

LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EN SANTÉ : GUIDE PRATIQUE

David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam



Alliance pour la
recherche sur les politiques
et les systèmes de santé



Organisation
mondiale de la Santé

La recherche sur la mise en œuvre en santé : Guide pratique

David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam



La recherche sur la mise en œuvre en santé : Guide pratique

Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé

Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

La recherche sur la mise en œuvre en santé : guide pratique / édité par David Peters ... [et al].

1.Recherche sur les services de santé – normes 2.Politique de santé. 3.Prestations des soins de santé. 4.Plan de recherche. 5.Mise en oeuvre des programmes de santé. I.Peters, David. II.Tran, Nhan. III.Adam, Taghreed. IV.Alliance for Health Policy and Systems Research. V.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250621 1

(classification NLM : W 84.3)

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copy-right_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les auteurs sont seuls responsables des vues exprimées dans la présente publication.

Imprimé par le Service de production des documents, Genève (Suisse)

Conception : Corrales Creative

Citation recommandée : David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. La recherche sur la mise en œuvre en santé : Guide pratique. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| Remerciements | 4 |
| Préface | 5 |
| Avant-Propos..... | 6 |
| Résumé | 8 |
| Chapitre 1 : Pourquoi la recherche sur la mise en œuvre est-elle nécessaire ? | 12 |
| Chapitre 2 : Comment la recherche sur la mise en œuvre est-elle utilisée ? | 18 |
| Chapitre 3 : Qu'est-ce que la recherche sur la mise en œuvre ? | 26 |
| Chapitre 4 : Qui doit participer à la recherche sur la mise en œuvre ? | 34 |
| Chapitre 5 : Quelles sont les approches et les méthodes appropriées pour la recherche sur la mise en œuvre ? | 44 |
| Chapitre 6 : Comment la recherche sur la mise en œuvre doit-elle être conduite ? | 56 |
| Chapitre 7 : Comment le potentiel de la recherche sur la mise en œuvre peut-il être réalisé ? | 60 |
| Bibliographie | 64 |
| Liste des tableaux | |
| Tableau 1 : Effets de l'amélioration de la qualité sur le dépistage et le suivi du cancer du col de l'utérus au Salvador | 23 |
| Tableau 2 : Types de stratégies utilisées pour améliorer la mise en œuvre dans le domaine de la santé | 29 |
| Tableau 3 : Variables des résultats de la mise en œuvre..... | 30 |
| Tableau 4 : Comparaison entre recherche-action participative et recherche conventionnelle | 50 |
| Tableau 5 : Types d'objectifs de la recherche sur la mise en œuvre, de questions sur la mise en œuvre et de méthode de recherche | 55 |
| Liste des figures | |
| Figure 1 : Cas de variole déclarés, par mois, de 1960 à 1967, et en 1968 et 1969, dans 20 pays d'Afrique occidentale et centrale | 14 |
| Figure 2 : La cascade de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Zambie (2007-2008) | 15 |
| Figure 3 : L'ensemble de la recherche sur la mise en œuvre | 31 |
| Figure 4 : Le cycle Plan-Do-Study-Act et les outils de recherche qui peuvent être utilisés à chaque stade | 48 |
| Liste des encadrés | |
| Encadré 1 : Le système d'assurance-maladie de Dangme West au Ghana | 17 |
| Encadré 2 : Une mise en œuvre fondée sur des recherches axées sur un contexte particulier est adaptée à ce contexte | 20 |
| Encadré 3 : Le rôle de la recherche sur la mise en œuvre dans l'évaluation et l'amélioration des résultats..... | 21 |
| Encadré 4 : L'importance des exécutants dans la recherche sur la mise en œuvre | 36 |
| Encadré 5 : Décideurs et chercheurs se rejoignent sur la question des accidents de la circulation routière en Malaisie..... | 40 |
| Encadré 6 : Des équipes de santé de district utilisent la recherche sur la mise en œuvre pour renforcer les capacités des ressources humaines en Afrique | 41 |
| Encadré 7 : Un essai pragmatique en Afrique du Sud | 46 |
| Encadré 8 : Application de la recherche sur l'efficacité et la mise en œuvre dans une étude sur les soins du nouveau-né au Bangladesh | 47 |
| Encadré 9 : Action participative destinée à améliorer les soins de santé du nouveau-né..... | 50 |
| Encadré 10 : Théorie de la mise en œuvre | 53 |

REMERCIEMENTS

Le présent Guide a été conçu par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (HPSR) avec l'appui de la Plateforme de recherche sur la mise en œuvre (IRP). L'IRP a été créée pour répondre au besoin de recherches pertinentes et fiables aux fins de la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé, et pour assurer la disponibilité des interventions requises dans les systèmes de santé grâce à une intensification efficace de ces interventions. L'Alliance est l'hôte du Secrétariat de l'IRP et dirige ses travaux. Le but principal de l'Alliance est de promouvoir la production et l'utilisation de recherches sur les politiques et les systèmes de santé afin d'améliorer la santé et les systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le Guide a bénéficié des contributions et des conseils de nombreuses personnes mais seuls les auteurs sont responsables des vues exprimées et des éventuelles erreurs de fait ou de jugement. Les auteurs remercient en particulier Irene Agyepong pour sa contribution à la planification, aux études de cas, et à l'examen critique du Guide; George Pariyo pour sa contribution à la planification et à l'examen critique du Guide; et Sally Theobald pour sa contribution aux études de cas et à l'examen critique du Guide. Les auteurs tiennent également à remercier les personnes suivantes pour leur examen critique du Guide et leurs réactions : Garry Aslanyan, Rajiv Bahl, Neal Brandes, Somsak Chunharas, Soraya Elloker, Abdul Ghaffar, Lucy Gilson, Margaret Gyapong, Luis Huicho, Jose Martines, Karstein Maseide, Garrett Mehl, Olumide Ogundahunsi, Kelechi Ohiri, Enola Proctor, Krishna Rao, Suzanne Reier, Abha Saxena, Jim Sherry, Rajendra Shukla, et Jeanette Vega.

Nous tenons enfin à remercier Gary Humphreys qui a aidé à l'élaboration de ce document.

PRÉFACE

L'un des plus grands défis pour la communauté sanitaire mondiale est la mise en œuvre d'interventions éprouvées dans des conditions réelles de terrain. La recherche sur les systèmes de santé, comme la recherche sur la mise en œuvre, est essentielle à cet égard, car elle fournit les bases nécessaires à la prise de décisions contextualisées et factuelles qui feront une réalité concrète de ce qui est théoriquement possible.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) joue depuis longtemps un rôle de premier plan dans la promotion de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (HPSR) - et notamment la recherche sur la mise en œuvre, avec à son actif des initiatives récentes remarquables comme le rapport de 2011 sur la recherche sur la mise en œuvre pour la lutte contre les maladies infectieuses de la pauvreté, et la publication en 2012 de sa première stratégie de recherche sur les politiques et les systèmes de santé parue en anglais sous le titre « Changing Mindsets » (Changer les mentalités), qui plaidait en faveur d'une plus grande intégration de la recherche dans la prise des décisions et recommandait que la recherche soit davantage déterminée par la demande. Avec le présent Guide, l'OMS continue de soutenir cette activité, et propose une introduction au domaine souvent difficile de la recherche sur la mise en œuvre.

La recherche sur la mise en œuvre étant une activité relativement nouvelle et quelque peu négligée, il est important de la mettre en évidence et de définir exactement en quoi elle consiste et ce qu'elle peut apporter. Aussi ce Guide présente-t-il une introduction aux concepts de base utilisés dans la recherche sur la mise en œuvre et décrit-il l'éventail des approches et des applications pour lesquelles elle peut être utilisée. Le Guide a pour objectif principal de soutenir la conception et la demande de recherches sur la mise en œuvre qui soient centrées sur les problèmes, pragmatiques et, surtout, qui correspondent aux besoins des systèmes de santé.

La recherche sur la mise en œuvre requiert la participation d'un large éventail d'acteurs et fait appel à de multiples disciplines pour relever les défis complexes de la mise en œuvre. Ainsi que le fait observer le présent Guide, la recherche sur la mise en œuvre, dans le meilleur des cas, est souvent une action collective basée sur la collaboration et, dans bien des cas, ce sont les soignants de première ligne, responsables de programmes particuliers ou travaillant dans les systèmes de santé, qui posent les questions sur lesquelles elle se fonde. Il est par conséquent indispensable que tous les acteurs concernés comprennent l'importance de la collaboration dans les activités de recherche sur la mise en œuvre. Nous espérons que ce Guide encouragera la collaboration et facilitera la réunion des acteurs du large éventail des systèmes de santé, qui sont tous quotidiennement aux prises avec les défis de la mise en œuvre.



Marie-Paule Kiény
Sous-Directeur général
Groupe Systèmes de santé et Innovation
Organisation mondiale de la Santé

AVANT-PROPOS

La recherche sur la mise en œuvre suscite un intérêt croissant, notamment en reconnaissance de sa capacité à optimiser les effets bénéfiques des interventions sanitaires. Domaine relativement nouveau et, il y a peu encore, assez négligé du secteur de la santé, la recherche sur la mise en œuvre reste une inconnue pour beaucoup. Aussi est-il important de faire la lumière sur ce qu'est exactement la recherche sur la mise en œuvre, et sur ce qu'elle peut apporter. Tel est l'objet du présent Guide.

La recherche sur la mise en œuvre fait intervenir un large éventail d'interventions d'un système de santé et, pour les besoins de ce Guide, nous examinons une grande variété de politiques, de programmes, de pratiques et de services individuels destinés à améliorer la santé des personnes. Quel que soit le mode opératoire de ces interventions – prévention des maladies, promotion de la santé, ou soins curatifs et/ou palliatifs – il est très important d'effectuer des recherches sur leur mise en œuvre pour comprendre comment elles fonctionnent dans la pratique.

Destiné à soutenir ceux qui font des recherches sur la mise en œuvre, ceux qui sont chargés de la mise en œuvre de programmes, et ceux qu'intéressent ces deux fonctions, le Guide propose une introduction aux concepts et à la terminologie de base de la recherche sur la mise en œuvre, présente brièvement ce qu'elle recouvre, et décrit les nombreuses possibilités qu'elle offre. L'objet principal du Guide est de développer le potentiel de recherche sur la mise en œuvre et d'accroître la demande de recherches sur la mise en œuvre qui correspondent aux besoins, et qui soient particulièrement adaptées aux systèmes de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire.

La recherche sur la mise en œuvre nécessite la participation d'acteurs divers et de disciplines multiples pour s'atteler aux problèmes de mise en œuvre complexes qui se posent. C'est pourquoi ce Guide s'adresse aux divers acteurs qui contribuent à la recherche sur la mise en œuvre et/ou sur qui elle a des effets. Ce sont les décideurs chargés de concevoir les politiques et de gérer les programmes dont les décisions influent sur les processus de mise en œuvre et d'intensification des interventions, ainsi que les praticiens et le personnel de première ligne, qui appliquent en définitive ces décisions et les chercheurs de différentes disciplines qui, grâce à leurs compétences, recueillent et analysent systématiquement les informations requises pour éclairer les questions liées à la mise en œuvre.

Nous espérons aussi que le Guide suscitera l'intérêt des éducateurs qui enseignent la recherche sur la mise en œuvre, des bailleurs de fonds qui financent les programmes de santé et de recherche en santé et qui pourraient souhaiter soutenir ce type de recherches, et les groupes de la société civile intéressés par les programmes de santé et la recherche en santé qui pourraient vouloir utiliser ces données pour promouvoir les bonnes pratiques cliniques et les bonnes pratiques en santé publique.

Si, par souci de simplicité, nous faisons référence dans le présent Guide aux exécutants et aux chercheurs, nous reconnaissons qu'il s'agit là d'une distinction théorique, bien des gens jouant les deux rôles. Telle est en effet l'une des principales affirmations du Guide, à savoir que les intérêts de la recherche sur la mise en œuvre sont souvent d'autant mieux servis qu'y participent activement les personnels de terrain, car ce sont eux qui voient ce qui ne va pas dans la mise en œuvre et qui sont par conséquent plus à même de poser les questions les plus pertinentes. Nous encourageons les exécutants à poser ces questions, et à montrer l'exemple en exigeant de meilleures recherches. Nous encourageons également les chercheurs à être plus pragmatiques, et à centrer leurs efforts sur les questions importantes pour les exécutants. Si des recherches doivent améliorer la mise en œuvre, la conception des recherches doit refléter les problèmes particuliers que pose la mise en œuvre aux exécutants et les contextes dans lesquels ils se posent.

Les premiers chapitres démontrent l'importance de la recherche sur la mise en œuvre pour la prise des décisions. Ils proposent une définition réaliste de la recherche sur la mise en œuvre et illustrent la pertinence de la recherche pour des problèmes qui sont souvent considérés comme purement administratifs, et donnent des exemples de la manière dont ces problèmes peuvent être énoncés comme des questions pour la recherche sur la mise en œuvre. Les premiers chapitres portent également sur la conduite de la recherche sur la mise en œuvre, soulignant l'importance de la collaboration et examinant le rôle des exécutants dans la planification et la conception des travaux, la collecte et l'analyse de données, et dans la diffusion et l'utilisation des résultats.

La deuxième moitié du Guide décrit dans le détail les méthodes et les modèles de recherche divers qui peuvent être utilisés pour la recherche sur la mise en œuvre, et illustre à l'aide d'exemples l'application de modèles quantitatifs, qualitatifs et mixtes pour répondre à des questions complexes liées à la mise en œuvre et à l'intensification des interventions. Elle propose des conseils sur la conceptualisation d'un travail de recherche sur la mise en œuvre depuis la détermination du problème, l'élaboration des questions posées par la recherche, la définition des résultats et des variables de la mise en œuvre, jusqu'à la sélection du modèle et des méthodes de recherche, compte tenu en même temps d'importantes questions de rigueur.

RÉSUMÉ

L'un des principaux défis pour la communauté sanitaire mondiale est la mise en pratique d'interventions éprouvées. Les interventions d'importance vitale et d'un coût abordable qui permettraient de faire face à un grand nombre de nos problèmes de santé existent mais nous ignorons généralement comment en optimiser la mise en œuvre dans tout l'éventail des systèmes de santé existants et dans l'immense diversité des situations possibles. Notre incapacité à mettre en œuvre efficacement les interventions a un prix. Ainsi, plus de 287 000 femmes meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, et quelque 7,6 millions d'enfants, dont 3,1 millions de nouveau-nés, meurent des suites de maladies qui sont évitables ou pourraient être soignées grâce aux interventions existantes.

COMPRENDRE LES MODALITÉS DE LA MISE EN ŒUVRE DANS LA PRATIQUE

Des problèmes de mise en œuvre se posent parce qu'un ensemble de facteurs, et notamment des facteurs contextuels concrets, sont négligés par d'autres disciplines de la recherche ou leur échappent. La recherche sur la mise en œuvre éclaire ces facteurs, et fournit les bases qui permettront de prendre les décisions contextualisées, fondées sur des bases factuelles, qui sont indispensables pour faire de ce qui est théoriquement possible une réalité concrète. La recherche sur la mise en œuvre étant ancrée dans la réalité, les personnes qui travaillent sur le terrain (les praticiens par opposition à ceux qui « font de la recherche ») posent souvent les questions qui sont à l'origine de réflexions nouvelles. L'un des grands défis pour les chercheurs concernés par la mise en œuvre est de s'assurer que ces questions sont entendues, et que les recherches effectuées visent à apporter des réponses aux questions posées et non à trouver des solutions aux sujets auxquels peuvent s'intéresser les chercheurs eux-mêmes.

UN OUTIL PRATIQUE

Ancrée dans la pratique, la recherche sur la mise en œuvre est aussi un outil puissant qui permet de recueillir et d'analyser les informations en temps réel, d'évaluer les résultats, par exemple, et de faciliter le renforcement des systèmes de santé. La recherche sur la mise en œuvre joue un rôle particulièrement important en aidant à intensifier les interventions et à les intégrer dans les systèmes de santé au niveau national. Il arrive trop souvent que des interventions qui fonctionnent dans des études pilotes d'ampleur limitée ne répondent pas aux attentes dès lors qu'elles sont déployées dans des stratégies nationales, ou qu'il soit impossible de les transposer d'un pays à un autre en raison d'écarts contextuels. La recherche sur la mise en œuvre n'aide pas seulement à expliquer pourquoi il en est ainsi ; elle peut aussi être utilisée pour appuyer le processus du raffinement itératif nécessaire au succès de l'adaptation. Ces mêmes capacités font de la recherche sur la mise en œuvre un instrument utile qui peut aider les organisations à renforcer leur potentiel d'apprentissage en leur permettant d'assimiler et d'appliquer le savoir élaboré sur une base itérative.

UNE ACTION FONDÉE SUR LA COLLABORATION

La recherche sur la mise en œuvre est souvent d'autant plus utile que les exécutants ont participé au choix, à la conception et à la conduite des phases de la recherche effectuée. C'est pourquoi il est si important d'encourager les liens de collaboration entre les principaux acteurs associés à l'élaboration d'une politique, à la gestion d'un programme, et à la recherche. À l'appui de la collaboration entre chercheurs et exécutants, la recherche sur la mise en œuvre pourra être intégrée dès le départ dans les processus décisionnels politiques et programmatiques, et non dissociée du processus de mise en œuvre. Ainsi, des enquêtes scientifiques pourront également être intégrées dans les activités destinées à résoudre les problèmes de mise en œuvre de manière itérative et continue. La recherche sur la mise en œuvre peut aussi jouer un rôle important en tant que véhicule au niveau communautaire en repérant les problèmes négligés, en mettant en évidence les résultats insuffisants et en responsabilisant davantage les organisations sanitaires.

Dans toutes ces actions fondées sur la collaboration, les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre sont appelés à faire preuve d'ouverture et de souplesse. La connaissance du contexte et des systèmes, et la souplesse nécessaire pour sélectionner les méthodes appropriées, peuvent être tout aussi importantes, voire plus, que le respect d'un modèle de recherche déterminé.

UN LARGE ÉVENTAIL DE RECHERCHES

L'expression recherche sur la mise en œuvre décrit en général l'étude scientifique des processus utilisés dans la mise en œuvre d'initiatives et des facteurs contextuels qui influent sur ces processus. Elle peut porter sur tous les aspects de la mise en œuvre, y compris les facteurs qui touchent la mise en œuvre (comme la pauvreté, l'éloignement géographique, ou les croyances traditionnelles), les processus de mise en œuvre eux-mêmes (comme la distribution par les centres de santé maternelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide entièrement subventionnées, ou l'utilisation de la vaccination de masse par opposition à la stratégie de surveillance-endiguement), et les résultats ou l'aboutissement de la mise en œuvre étudiée. La recherche sur la mise en œuvre est applicable et adaptée à de nombreux domaines de recherche différents, et à des degrés divers, selon le sujet étudié. La recherche fondamentale sur les nouveaux médicaments, par exemple, ignore généralement les questions liées à la mise en œuvre, mais s'assure que les personnes qui en ont besoin disposent de ces médicaments. La recherche sur la mise en œuvre porte souvent sur les stratégies nécessaires pour mettre en œuvre les nouvelles interventions appelées ici « stratégies de mise en œuvre », expression qui permet de les distinguer des interventions cliniques et de santé publique. Pour étudier les opérations de mise en œuvre, un cadre servant à conceptualiser et à mesurer les résultats de la mise en œuvre sur la base de variables telles que « l'acceptabilité », « la pertinence » et « la faisabilité » peut être utilisé pour savoir dans quelle mesure un processus de mise en œuvre fonctionne effectivement.

UN LARGE ÉVENTAIL D'APPROCHES

Parce qu'elle utilise des approches et des disciplines de recherche très diverses, parler d'un ensemble de « méthodes de recherche sur la mise en œuvre » n'a guère de sens. Certaines approches et certains modèles de recherche, cependant, – et notamment les essais pragmatiques, les essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre, les études sur l'amélioration de la qualité et les recherches sur l'action participative – sont particulièrement utiles parce qu'ils génèrent des informations pratiques, qu'ils rendent bien compte des subtilités du contexte au fil du temps, et qu'ils offrent la souplesse itérative requise pour faire face au changement. Si ces outils sont essentiels pour le praticien de la recherche sur la mise en œuvre, il est important de se souvenir que, dans la recherche sur la mise en œuvre, la "question est souveraine", en d'autres termes que c'est la question qui détermine la méthode utilisée, et non la méthode qui dicte le type de questions posées. Les questions que pose la recherche sur la mise en œuvre sont souvent complexes, car elles reflètent toute la gamme des facteurs contextuels qui peuvent influencer la mise en œuvre, ont des effets imprévisibles, et requièrent des exécutants une adaptation permanente. Les chercheurs qui sont prêts à accepter cette complexité doivent faire preuve d'une immense souplesse, concernant notamment la nature complexe et dynamique du sujet étudié.

FAIRE CORRESPONDRE LA RECHERCHE AUX BESOINS ET GARANTIR LA QUALITÉ

La recherche sur la mise en œuvre devrait en principe correspondre aux besoins, et répondre aux préoccupations du public visé tout en tenant compte des particularités du sujet étudié. L'un des éléments essentiels à cet égard est le niveau de certitude requis concernant les résultats ou les projections. Un décideur, compte tenu des contraintes auxquelles il est lui-même soumis, pourra ainsi rechercher des signes solides du fonctionnement futur d'une intervention donnée, sans nécessairement avoir le temps de consacrer plusieurs années aux recherches qui renforceraient cette certitude. La prise en compte des besoins de différents publics pourra influencer de manière importante sur la conception de base de la recherche, ainsi que sur le budget et le calendrier. Pour que la recherche sur la mise en œuvre corresponde aux besoins et soit de qualité, il sera utile de poser les questions essentielles suivantes :

- ▶ La recherche porte-t-elle clairement sur une question qui concerne la mise en œuvre ?
- ▶ Existe-t-il une description claire de ce qui est mis en œuvre (détails sur la pratique, le programme, ou la politique, par exemple) ?
- ▶ La recherche fait-elle appel à une stratégie de mise en œuvre ? Dans l'affirmative, celle-ci est-elle décrite et examinée de manière appropriée ?
- ▶ La recherche est-elle conduite en conditions de terrain ? Dans l'affirmative, la situation est-elle décrite de manière suffisamment détaillée ?
- ▶ La recherche prend-t-elle en considération de manière appropriée les variables des résultats de la mise en œuvre ?
- ▶ La recherche prend-t-elle en considération de manière appropriée le contexte et les autres facteurs qui influent sur la mise en œuvre ?

- ▶ La recherche prend-elle en considération de manière appropriée les changements progressifs, et le niveau de complexité du système ?
- ▶ La recherche définit-elle clairement le public cible de la recherche et la manière dont il pourra être utilisé ?

OBTENIR DAVANTAGE DE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE

Malgré l'importance de la recherche sur la mise en œuvre, celle-ci demeure un domaine d'étude négligé, notamment en raison de la méconnaissance de ce qu'elle est et de ce qu'elle offre, et en raison également du déficit d'investissements dans les activités de recherche sur la mise en œuvre. Nous consacrons des milliards aux innovations dans le domaine de la santé, mais dépensons très peu pour trouver le meilleur moyen de les utiliser. Ce problème touche tout le monde, mais plus particulièrement les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire où les difficultés liées à la mise en œuvre sont les plus grandes. Le présent guide a pour objectif de remédier à la méconnaissance dont souffre la recherche sur la mise en œuvre et d'encourager le personnel des programmes et ceux qui sont chargés de les exécuter à s'intéresser davantage à ce sujet, et à reconnaître que la recherche sur la mise en œuvre fait en réalité partie intégrante de la planification et de l'exécution des programmes, contrairement à quelque chose qui interviendrait après coup, une fois les programmes opérationnels, principalement au bénéfice des autres chercheurs. Les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre, quant à eux, peuvent faire beaucoup plus pour participer avec les exécutants et le personnel des programmes au processus de recherche. Ce n'est qu'en collaborant que les exécutants, compte tenu de leur connaissance intime du contexte, et les chercheurs, qui connaissent bien les méthodes et les fondements scientifiques de l'investigation, pourront espérer améliorer notre connaissance des questions liées à la mise en œuvre qui compromettent tant de nos initiatives de santé publique.



1 POURQUOI LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ Malgré l'abondance des données sur l'efficacité d'interventions vitales d'un coût abordable, les modalités d'une mise en œuvre efficace de ces interventions dans des situations diverses et dans tout l'éventail des systèmes de santé existants nous échappent généralement.
- ▶ Les problèmes de mise en œuvre résultent souvent de facteurs contextuels que les décideurs et les administrateurs des systèmes de santé n'ont peut-être même pas pris en considération.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre nous aide à mieux comprendre les problèmes que nous rencontrons dans la pratique en élargissant et en approfondissant notre connaissance de ces facteurs pratiques et de leurs effets sur la mise en œuvre.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre, en éclairant le chemin souvent accidenté entre ce qui est réalisable en théorie et ce qui se passe dans la pratique, est d'un immense secours.

POURQUOI LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

« Négliger la mise en œuvre coûte des vies et de l'argent. »

En décembre 1966, le Docteur William Foege a circulé à travers la brousse de l'est du Nigeria pour enquêter sur une flambée déclarée de variole. On en savait déjà beaucoup sur la manière de combattre cette maladie; une campagne mondiale d'éradication de la variole existait en effet depuis 1959, et plusieurs étapes décisives avaient été franchies concernant la production et l'administration d'un vaccin, et notamment la mise au point d'un vaccin anti-variolique lyophilisé, et l'utilisation d'une aiguille bifurquée simple pour administrer une dose efficace. Cependant, à la fin de 1966, la variole restait en circulation dans 31 pays et territoires, et on craignait que le but de toute la campagne – la vaccination de masse – soit inatteignable. La vaccination de masse visait en réalité à vacciner 80% de la population concernée, niveau qui permet de réaliser l'immunité collective. Pourtant, même avec un vaccin de qualité et la simple magie de l'aiguille bifurquée, la réalisation de ce niveau de couverture s'est révélée extrêmement difficile [1]. Il y avait un problème de mise en œuvre.

Puis vint le Nigeria. Après s'être assuré qu'il s'agissait effectivement d'une flambée de variole, et voulant monter une riposte, Foege a compris qu'il n'avait pas suffisamment de vaccins pour assurer la vaccination de masse de la population, dont 35% seulement étaient alors vaccinés contre cette maladie. Il fallait de plus attendre encore plusieurs semaines que soient livrés les nouveaux stocks de vaccin et les véhicules supplémentaires nécessaires pour leur transport. Un plan de secours s'imposait.

Ce plan, finalement, a consisté à se rendre dans les villages touchés et à vacciner les personnes qui n'avaient pas encore contracté la maladie, de manière à dresser

une barrière d'immunité efficace autour des points névralgiques. Conscient que certaines personnes, dont beaucoup ne se savaient peut-être pas infectées, allaient se déplacer, notamment pour aller acheter ou vendre des denrées alimentaires et d'autres produits sur les marchés, Foege a aussi dressé la carte des voies de transport locales et des marchés desservis. Puis, à l'aide du vaccin restant, il a érigé des anneaux de résistance dans les zones où il avait estimé qu'il était le plus probable de découvrir de nouveaux cas.

Cette stratégie de surveillance-endiguement – ainsi qu'elle a ensuite été désignée – a mis fin aux flambées épidémiques de variole au Nigeria oriental en tout juste cinq mois, et elle a été réalisée moyennant la vaccination

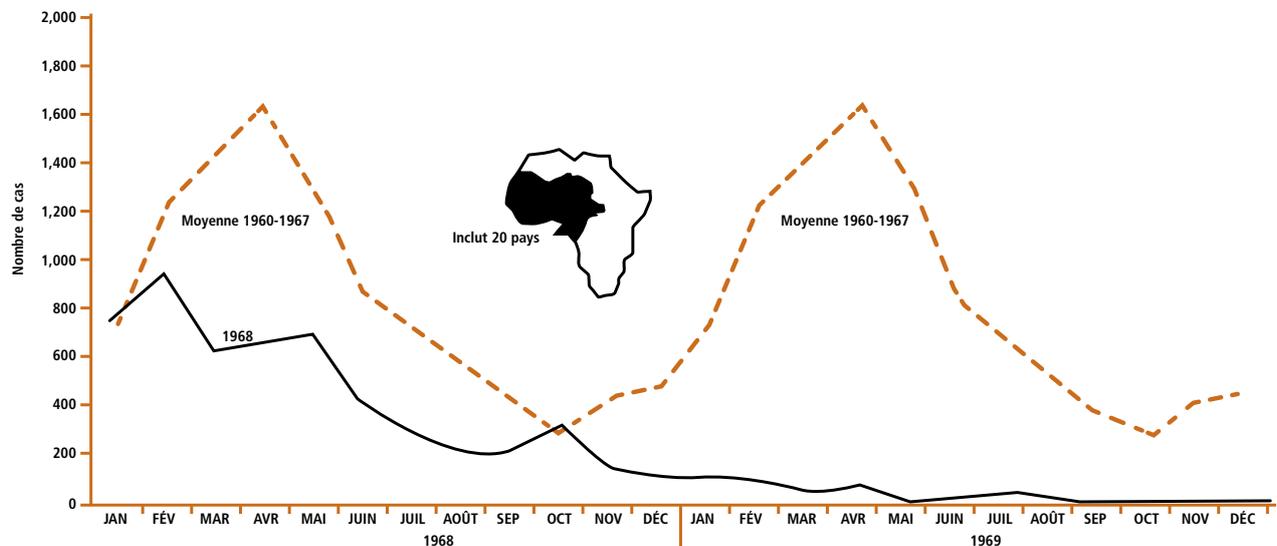
de 750 000 personnes seulement sur une population d'environ 12 millions [2]. Foege n'était en aucun cas le premier à utiliser cette méthode, une démarche similaire ayant été appliquée pour combattre des flambées épidémiques en Angleterre au XIX^{ème} siècle, mais il a été le premier à l'utiliser dans les conditions difficiles de

Malgré l'abondance des données sur l'efficacité d'interventions d'une importance vitale, les modalités d'une mise en œuvre efficace de ces interventions nous échappent généralement.

l'Afrique subsaharienne, et son exploit a fait sensation. Il avait été démontré que la réalisation de l'immunité collective n'était pas le problème. Le pouvoir de cette approche a vite été confirmé dans d'autres pays d'Afrique (voir la Figure 1), et des résultats plus impressionnants encore ont été enregistrés ailleurs, notamment en Inde, dans l'État du Tamil Nadu, où, l'année suivante, D. A. Ramachandra Rao à la tête d'une seule équipe dans le cadre d'une campagne de surveillance-endiguement a stoppé la transmission de la variole parmi les 41 millions d'habitants en tout juste six mois [2]. Il s'en est suivi une intensification des activités de surveillance-endiguement, et la variole a officiellement été déclarée éradiquée en 1979.

L'application de la stratégie de surveillance-endiguement n'était certes pas à proprement parler de la recherche sur la mise en œuvre ni ce qui était alors appelé « recherche de terrain » – expression plus descriptive à de nombreux égards. Foege combattait simplement une flambée épidémique. Les résultats de ses efforts, cependant, ont été extrêmement précieux pour la recherche, et, comme le montre le présent Guide, certaines des avancées les plus

Figure 1. Cas de variole déclarés, par mois, de 1960 à 1967, et en 1968 et 1969, dans 20 pays d'Afrique occidentale et centrale



D'après : Foege et al. 1971 [2]

significatives dans la connaissance de la mise en œuvre ont émané de personnes qui ne faisaient pas « un travail de recherche » au moment de leur découverte.

L'un des messages centraux du présent Guide est que les personnes qui contribuent à la recherche sur la mise en œuvre peuvent ou non appartenir au milieu universitaire, et que c'est très souvent la personne sur le terrain – le médecin du dispensaire rural éloigné ou la sage-femme qui travaille dans la communauté locale – qui, face à un problème particulier, pose les questions qui sont à l'origine de conceptions nouvelles. S'assurer que ces questions sont entendues, et que les recherches effectuées visent à apporter des réponses aux questions posées et non aux thèmes qui peuvent intéresser les chercheurs eux-mêmes est un sujet sur lequel nous reviendrons.

Un demi-siècle environ après le voyage de Foege dans la brousse de l'est du Nigeria, nous peinons toujours à

optimiser l'utilisation des vaccins dont nous disposons, même si les difficultés avec lesquelles nous sommes aux prises aujourd'hui ne sont généralement plus les mêmes. Les pays à revenu faible ou intermédiaire qui s'efforcent actuellement d'appliquer une stratégie de vaccination

cherchent plus probablement à adopter de nouveaux vaccins ou à intégrer les programmes de vaccination dans les services dispensés par leur système de santé. Ce faisant, ils rencontrent un éventail d'obstacles qui compromettent l'efficacité de la mise en œuvre, et notamment des difficultés gestionnaires, systémiques, socio-comportementales et financières, qui peuvent toutes limiter les effets d'un programme de vaccination et entraver l'amélioration de la santé.

C'est très souvent la personne sur le terrain – le médecin du dispensaire rural éloigné ou la sage-femme qui travaille dans la communauté locale – qui, face à un problème particulier, pose les questions qui sont à l'origine de conceptions nouvelles.

De même qu'elle sous-tendait l'action destinée à intensifier la stratégie de surveillance-endiguement de Foege pour la vaccination contre la variole, la recherche efficace sur la mise en œuvre peut jouer un rôle essentiel en améliorant notre connaissance de ces problèmes et favoriser la mise en œuvre de programmes de vaccination systématique dans le cadre des systèmes de santé. Ainsi, au lieu

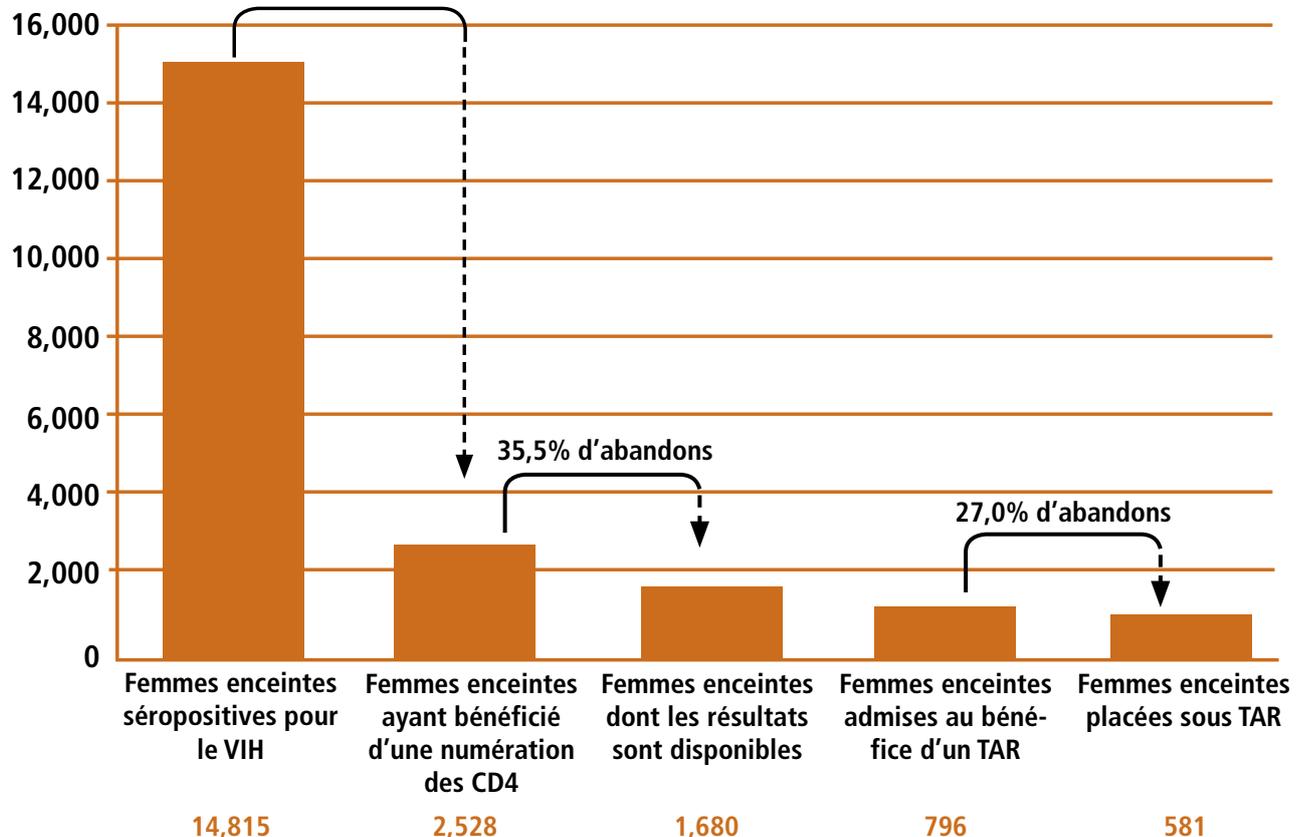
d'être limitée à des campagnes spéciales, la vaccination peut s'inscrire dans la durée et faire partie des services systématiques de santé du nouveau-né et de l'enfant. Il en est de même de nombreuses autres interventions qui, comme la vaccination, ne tiennent souvent pas leurs promesses à cause d'une mise en œuvre défailante.

En dépit des avancées de la médecine et de la santé publique du siècle dernier, plus de 287 000 femmes meurent chaque année des suites de complications de la grossesse et de l'accouchement, et environ 7,6 millions d'enfants, dont 3,1 millions de nouveau-nés, meurent de maladies qui peuvent être évitées ou soignées au moyen d'interventions existantes [3]. Ces décès sont souvent la conséquence de problèmes de mise en œuvre, or ceux-ci peuvent être résolus grâce à des recherches sur la mise en œuvre soigneusement conçues, planifiées et exécutées.

Ainsi qu'il est dit dans l'introduction, le souci central du présent Guide est la recherche sur la mise en œuvre pour

les pays à revenu faible ou intermédiaire où, malgré l'abondance des preuves de l'efficacité d'interventions d'importance vitale et d'un coût abordable, les modalités d'une mise en œuvre efficace de ces interventions dans des cadres divers et dans tout l'éventail des systèmes de santé existants nous échappent généralement [4]. Nous savons que les moustiquaires imprégnées d'insecticide réduisent les taux de transmission du paludisme, mais nous avons besoin de recherches supplémentaires pour trouver le moyen le plus efficace et le plus financièrement pérenne de distribuer ces moustiquaires et le moyen de s'assurer qu'elles sont utilisées correctement. Nous savons que la thérapie par la réhydratation orale (TRO) est extrêmement efficace dans le traitement des maladies diarrhéiques, mais nous peinons à atteindre des taux satisfaisants d'utilisation de la TRO. Nous savons également que les programmes de traitements antirétroviraux (TAR) peuvent prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH, mais qu'ils sont trop souvent impuis-

Figure 2. La cascade de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Zambie (2007-2008)



AVRIL 2007 - MARS 2008

Source : Mandala et al., 2009 [5]

sants à assurer que tous ceux qui ont besoin d'un traitement en bénéficient. Comme le montre la Figure 2, une petite proportion seulement – moins de 4% -des femmes séropositives pour le VIH pendant leur grossesse en Zambie bénéficient d'un TAR pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant [5].

Les raisons de ces échecs ne sont que trop familières aux exécutants et aux administrateurs de programme : pénurie de ressources humaines, problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement, inefficacité des canaux de distribution, et obstacles à l'accès des patients incluant des freins évidents comme des dépenses directes élevées ou la situation peu commode des services, et des barrières plus subtiles comme la discrimination socioéconomique ou sexiste, ou les valeurs et les préférences culturelles qui peuvent empêcher des communautés d'accéder aux interventions disponibles et/ou d'en bénéficier. Dans certains cas, des problèmes de mise en œuvre surviennent en dehors du système de santé, en raison de facteurs contextuels que les décideurs et les administrateurs de programme n'ont peut-être même pas pris en considération. Ce fut certainement le cas du système de bons de réduction sur lequel reposait la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide d'abord mis à l'essai au Ghana en 2004, par exemple [6].

L'idée de base du système était de distribuer un bon de réduction pour l'achat d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide à toutes les femmes enceintes à leur première visite dans un centre de soins prénatals. Le bon leur donnait droit à un rabais d'environ US\$ 4,20 sur l'achat d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide chez les détaillants du secteur formel. Un système similaire mis en place en République-Unie de Tanzanie avait remporté un succès considérable à la fin des années 1990. Au Ghana, cependant, le système a finalement échoué, la principale raison de cet écart entre les deux pays étant la nature de la production et de la distribution des moustiquaires.

Des recherches sur la mise en œuvre correctement menées, qui font porter toute l'attention requise sur le contexte, peuvent aider les exécutants à prévoir et à anticiper les problèmes.

La République-Unie de Tanzanie et le Ghana ont l'un et l'autre des usines textiles capables de fabriquer des moustiquaires en polyester destinées à être imprégnées d'insecticides, mais seules les usines de la République-Unie de Tanzanie ont converti une partie de leur production textile en moustiquaires, essentiellement en réponse aux appels directs des pouvoirs publics et aux possibilités commerciales qu'offrait le marketing social initial pour le programme des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Au Ghana, les entreprises du secteur privé produisaient des moustiquaires cousues localement. Malheureusement, pendant le lancement du système des bons de réduction au Ghana, le secteur informel a été négligé, les concepteurs du système préférant travailler avec le secteur privé structuré, qui n'était pas approvisionné par les fabricants locaux de fibres en polyester, et dont la capacité d'importation de moustiquaires imprégnées dans le pays était limitée. En conséquence, le secteur privé structuré a été incapable de satisfaire la demande générée par le système des bons de réduction, et les bons de réduction présentés par les mères n'ont pas pu être pris en compte.

Si l'on a souvent vanté les mérites d'une prise de conscience rétrospective, il est probablement juste de dire que des recherches sur la mise en œuvre correctement menées, et privilégiant le contexte, auraient aidé les exécutants à prévoir et anticiper les problèmes survenus au Ghana, notamment en attirant l'attention sur le rôle du secteur privé informel dans l'approvisionnement en moustiquaires imprégnées d'insecticide. C'est en raison de sa capacité à éclairer les problèmes contextuels que la recherche sur la mise en œuvre est un outil si important pour les exécutants au stade de la planification et il existe de nombreux exemples de recherches sur la mise en œuvre soutenant l'efficacité de l'élaboration des politiques et de la conception des programmes. La mise au point du système d'assurance-maladie de Dangme West au Ghana en est un exemple, les concepteurs du système utilisant pleinement les différents outils de la recherche sur la mise en œuvre pour anticiper les problèmes éventuels (Encadré 1) [7, 8].

Encadré 1. Le système d'assurance-maladie de Dangme West au Ghana

À la fin des années 1990, quatre centres de santé ruraux du secteur public seulement étaient au service de la population de Dangme West, district rural pauvre limitrophe d'Accra (Ghana), et aucun n'incluait un médecin. Pire encore, le système fondé sur la participation financière des patients, adopté en 1985, avait amené beaucoup de pauvres à se passer des services de santé les plus élémentaires. Aussi était-il de plus en plus pressant de trouver une autre méthode viable de financement de la santé qui ne passe pas par la facturation des services dispensés. L'intérêt pour la conception éventuelle d'un système d'assurance-maladie était tempéré par le fait que la plupart des habitants du district étaient très pauvres ou ne travaillaient pas dans le secteur formel.

Des recherches destinées à tester la faisabilité d'un système d'assurance-maladie à Dangme West ont été réalisées au moyen d'un processus consultatif et itératif de recherche formative associant l'équipe de gestion sanitaire du district en collaboration avec l'assemblée du district (administration locale) et des membres de la communauté du district de Dangme West. Des discussions approfondies, dans la communauté et entre particuliers, ont débouché sur un modèle réalisable, inspiré des exemples d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire, et sur une étude de l'historique de l'assurance-maladie et de son évolution dans les pays à haut revenu. Les détails pratiques comme les éléments d'un ensemble adapté de prestations, les honoraires à percevoir, et les dépenses probables ont fait l'objet d'une large consultation, de même que la difficile question des modalités de la sélection des bénéficiaires et de la garantie de l'accès aux soins, compte tenu de la disponibilité limitée des services dans le district. Au terme de consultations prolongées, il a été décidé d'adopter un ensemble de prestations couvrant tous les soins ambulatoires dispensés dans les centres de santé du district. Les centres de santé ont aussi été investis d'une fonction de filtrage, et du transfert des patients nécessitant des soins hospitaliers dans les quatre hôpitaux des districts voisins. Tous les membres des ménages ont été invités à s'enregistrer auprès du système, la prime ayant été fixée par membre et non par ménage. Les résultats et l'expérience résultant de cette recherche ont pour beaucoup servi en définitive à l'élaboration du système d'assurance-maladie national du Ghana, et son adoption légale en 2003.

D'après : Waddington et al., 1990 [7]; Agyepong et al., 2007 [8]

CONCLUSION

La recherche sur la mise en œuvre, en éclairant le chemin souvent accidenté entre ce qui est réalisable en théorie et ce qui se passe dans la pratique, est donc d'un immense secours. Ancrée dans la réalité, et puisant une grande partie de sa force auprès des praticiens de terrain et des communautés qu'ils desservent, la recherche sur la mise en œuvre fournit des enseignements contextuels impossibles à acquérir au moyen de recherches plus étroites. Le chapitre qui suit précise les modalités de la réalisation du potentiel de la recherche sur la mise en œuvre dans différentes applications.



2 COMMENT LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EST-ELLE UTILISÉE ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ La recherche sur la mise en œuvre est essentielle pour connaître le contexte, évaluer les résultats, guider la mise en œuvre et faciliter le renforcement des systèmes de santé.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre est particulièrement importante pour soutenir l'intensification des interventions et les intégrer dans les systèmes de santé au niveau national.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre peut aussi être utilisée pour aider les organisations à renforcer leur potentiel d'apprentissage.

COMMENT LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EST-ELLE UTILISÉE ?

« La recherche sur la mise en œuvre nous permet de traduire notre savoir en action »

Après avoir exposé les raisons générales de l'importance de la recherche sur la mise en œuvre, nous examinons maintenant certains des domaines particuliers dans lesquelles elle peut être d'une immense utilité pour divers acteurs, des décideurs au niveau ministériel qui peuvent recourir à la recherche sur la mise en œuvre pour appuyer l'élaboration des politiques, aux administrateurs de programme qui cherchent à comprendre des questions contextuelles, et aux prestataires de services de santé qui souhaitent évaluer les résultats, apporter des changements, ou innover. Pour tous ces acteurs, la recherche sur la mise en œuvre donne un aperçu des problèmes pratiques que pose la fourniture de services de santé sur le terrain.

CONNAÎTRE LE CONTEXTE

Comme le démontre l'exemple des moustiquaires imprégnées d'insecticide au Ghana cité dans le chapitre précédent, la recherche sur la mise en œuvre a un rôle important à jouer en expliquant des facteurs contextuels qui peuvent influencer sur les résultats des interventions. En effet, même lorsque des interventions sont conçues de manière similaire, leur mise en œuvre, selon certaines données, diffère en fonction du contexte, et a de nombreux effets différents [4]. Il a par exemple été amplement démontré que la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), approche systématique de la santé de l'enfant qui accorde une égale attention aux soins curatifs et à la prévention des maladies, dépendait énormément de caractéristiques du système de santé telles que les compétences de base des personnels de santé, l'approvisionnement en médicaments et l'efficacité de l'encadrement et du transfert des patients [9]. La PCIME dépend également de la mesure dans laquelle les patients utilisent les services proposés, et la recherche sur la mise en œuvre peut être particulièrement utile en déterminant et en décrivant les obstacles à l'accès, comme en témoigne la recherche sur le « modèle des trois retards » (décider de solliciter des soins, trouver un moyen de

transport pour se rendre dans l'établissement de santé, et bénéficier de soins de qualité une fois sur place), qui a joué un rôle majeur dans la solution des problèmes qui freinaient la réduction de la mortalité maternelle et infantile [10].

Ainsi qu'il est observé dans le chapitre précédent, la recherche sur la mise en œuvre est particulièrement utile en mettant en évidence des obstacles culturels parfois subtils qui peuvent échapper à une collecte d'informations strictement quantitatives. Les rôles dévolus par la société aux deux sexes et la personne qui prend les décisions au

Même lorsque des interventions sont conçues de manière similaire, leur mise en œuvre diffère selon le contexte, et a de nombreux effets différents.

sein du foyer, par exemple, peuvent déterminer la mesure de l'accès des personnes aux services de santé dont elles ont besoin, notamment là où la décision de requérir des soins relève du chef de famille, qui est un homme ; les femmes diffèrent souvent le moment de solliciter des soins - y compris en cas d'urgence et au détriment de leur propre santé et de la santé de leurs enfants - si l'homme n'est pas à la maison. Là où de tels obstacles existent, les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre et les administrateurs de programme peuvent jouer un rôle important en changeant de méthode pour informer les communautés au sujet des soins disponibles; au moyen d'une messagerie, par exemple, au sujet des autres personnes qui peuvent prendre la décision de solliciter des soins de santé en l'absence du chef de famille. Ce type d'initiative permet d'assurer que les femmes enceintes ne diffèrent pas le moment de solliciter des soins obstétricaux d'urgence - cause importante des taux de mortalité maternelle élevés dans certaines régions.

La recherche sur la mise en œuvre peut ainsi fournir des indications essentielles à plusieurs niveaux pour les exécutants qui reconnaissent généralement que la mise en œuvre ne se limite pas à l'application du même modèle dans les pays les uns après les autres [11]. L'intérêt de ces indications est illustrée par les travaux en cours dans l'État de l'Andhra Pradesh, en Inde, où la recherche sur

Encadré 2. Une mise en œuvre fondée sur des recherches axées sur un contexte particulier est adaptée à ce contexte

Les activités de collecte de données sur l'épidémie de VIH/sida en Inde ont permis d'affiner considérablement le tableau épidémiologique mais l'obtention des informations nécessaires pour allouer les ressources efficacement et pour lutter efficacement contre le sida demeure très problématique. Dans l'État de l'Andhra Pradesh, le projet Samastha de l'USAID des États-Unis d'Amérique, conçu pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le VIH en Inde, a contribué à affiner cette action. Les stratégies du projet reposaient sur les conclusions d'une évaluation des besoins réalisée dans l'Andhra Pradesh en 2006 qui avait recensé un certain nombre d'insuffisances dans les services de santé pour le VIH, qui affectaient la qualité des soins et laissaient un grand nombre de personnes dans l'ignorance des services disponibles. Pour remédier à ces insuffisances, le projet Samastha a conçu une intervention à quatre volets : améliorer l'accès à des soins cliniques de qualité dans les établissements; instaurer un système d'auto-évaluation et de suivi destiné à prévenir l'infection et à améliorer la qualité; établir un système informatisé d'information pour la gestion qui localise les personnes pour soutenir la planification et le suivi des programmes; et consolider les services de proximité communautaires en utilisant la micro-planification et les groupes d'appui.

La micro-planification est un outil participatif lié à un contexte particulier qui est utilisé pour la conception, la mise en œuvre et le suivi d'activités adaptées aux besoins des communautés locales. Les communautés qui souhaitent améliorer les services locaux de lutte contre le HIV peuvent utiliser la micro-planification pour déterminer les populations vulnérables, analyser la disponibilité et l'accessibilité des services, et hiérarchiser la prestation des services en fonction des services disponibles. La micro-planification est également très utile pour suivre l'utilisation des services. Un aspect essentiel de la micro-planification a été le recours à des agents de terrain choisis parmi les pairs, personnes vivant avec le VIH choisies dans la communauté pour des activités de communication, d'orientation et de suivi dans les zones cibles. Ces agents de terrain ont joué un rôle déterminant en établissant et en entretenant des contacts avec les groupes cibles du projet, et ils ont également fourni des détails essentiels sur le contexte local, et notamment sur les besoins et les caractéristiques de la communauté dans la zone sous leur responsabilité. Ils ont utilisé une gamme d'outils pour trouver les personnes vivant avec le VIH et les personnes vulnérables, concevoir des plans d'action pour répondre aux besoins de chacun, et veiller à ce que les patients utilisent les services nécessaires. L'action de micro-planification s'est soldée par une augmentation des enregistrements de personnes vivant avec le VIH, de 610 en 2007 à 5 907 en 2011. L'utilisation des services qui assurent la prestation des traitements antirétroviraux a aussi accusé une hausse sensible, le nombre des personnes sous TAR ou utilisant les services de préparation aux TAR a presque quadruplé, tandis qu'a diminué, de 228 à 18, le nombre des personnes vivant avec le VIH qui remplissaient les conditions requises mais n'étaient pas enregistrées auprès des services compétents.

D'après : Sankar, 2013 [12]

la mise en œuvre fondée sur la micro-planification a été utilisée pour améliorer la connaissance du contexte local, et notamment les perceptions et les besoins des populations vulnérables (Encadré 2) [12].

ÉVALUER LES RÉSULTATS

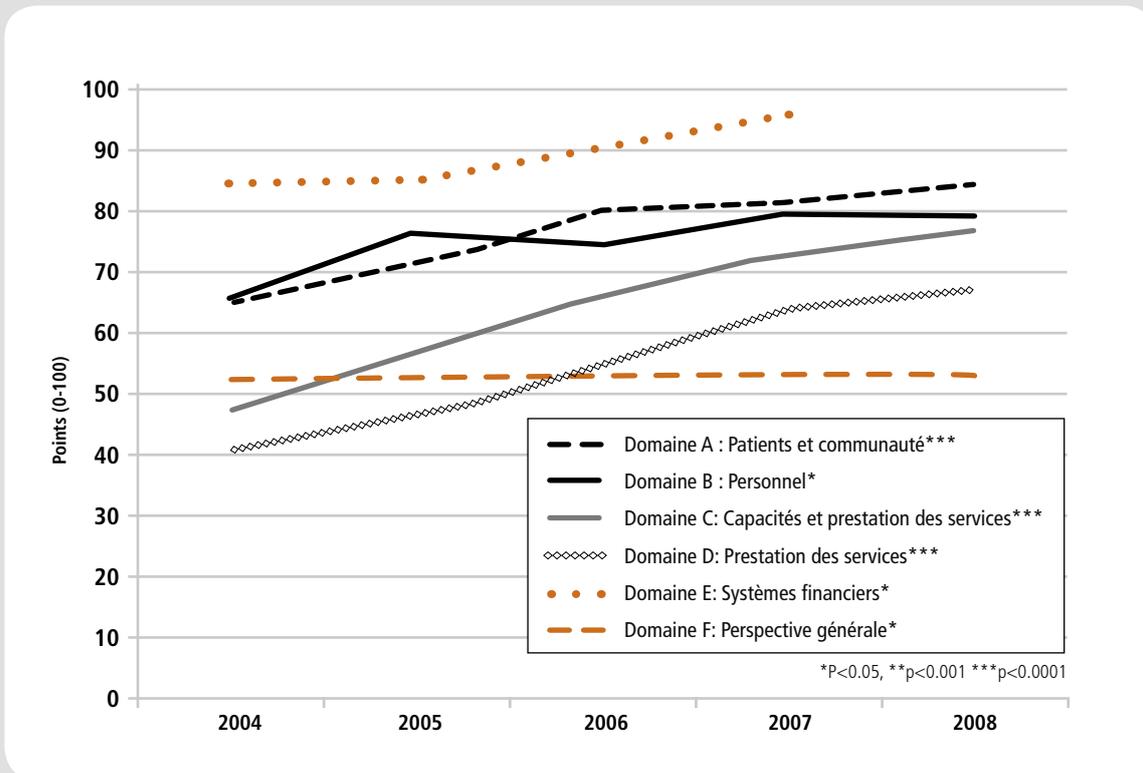
La recherche sur la mise en œuvre peut aussi être utilisée pour juger les résultats au fil du temps et servir de base pour les projections d'avenir. Le cas échéant, elle peut aussi être utilisée pour voir comment des organisations ou des programmes similaires ont fonctionné, et relever les écarts éventuels entre les résultats. Il convient de noter ici que le suivi et l'évaluation – activités habituelles de nombreux exécutants et administrateurs – jouent un rôle important dans ce type de

Encadré 3. Le rôle de la recherche sur la mise en œuvre dans l'évaluation et l'amélioration des résultats

Après des décennies de guerre, et la chute du régime des Talibans en 2002, le secteur de la santé afghan était dévasté. Les infrastructures physiques étaient détruites, il y avait peu de personnel de santé et peu d'administrateurs, et il n'y avait pas de système d'information sanitaire opérationnel. Les rares services de santé existants étaient essentiellement gérés par des organisations non gouvernementales (ONG). Le nouveau gouvernement a élaboré une politique et une stratégie sanitaires nationales qui devaient assurer un ensemble de services de santé de base dans tout le pays avec l'aide d'organisations donatrices et d'ONG locales et internationales. Avec la contribution de hauts fonctionnaires, d'organisations donatrices, d'ONG, et de prestataires de première ligne, et l'aide d'une équipe d'évaluation externe, un tableau de bord des services de santé de base a été mis en place pour faire le point sur les résultats obtenus annuellement dans chacune des 34 provinces. La fiche utilisée tient sur une simple feuille de papier et couvre six grands domaines (1. Perceptions des patients et de la communauté; 2. Point de vue du personnel; 3. Capacités des services de santé; 4. Fourniture des services (qualité et volume); 5. Systèmes financiers; et 6. Perspective générale concernant l'équité pour les femmes et les pauvres) et 29 indicateurs.

Des données ont été recueillies à partir de l'observation de plus de 700 établissements de santé choisis au hasard, de l'observation de plus de 7000 échanges patient-prestataire de soins et entretiens de sortie choisis au hasard. Il y a également eu plus de 2000 entretiens avec des personnels de santé choisis au hasard. Le tableau de bord a été utilisé pour attirer l'attention sur les domaines devant bénéficier d'activités de formation et de l'allocation de ressources, pour verser des primes ou annuler des contrats, pour motiver le personnel et rendre compte au public, et comme base pour tester les nouvelles politiques. Il a aussi conduit à la suppression de la participation financière des patients dans les dispensaires de soins primaires et à l'extension des systèmes de paiement reposant sur la qualité des prestations. Dans l'ensemble, une amélioration des tendances a été observée dans tous les domaines à l'échelle nationale.

Les tendances nationales dans les domaines inclus dans le tableau de bord



D'après : Peters et al., 2007 [13] ; Hansen et al., 2008 [14] ; Edward et al., 2011 [15]

recherche sur la mise en œuvre, aidant souvent à définir les questions importantes de recherche. Tel était certainement le cas des travaux effectués en Afghanistan après la chute du régime des Talibans en 2002 lorsqu'une fiche simplifiée de suivi des résultats a été utilisée pour le suivi et l'évaluation des résultats du système de santé et pour fixer les priorités annuelles des améliorations à apporter (Encadré 3) [13-15]. Cette méthode a mis en évidence un certain nombre de freins à la prestation des services de base auxquels il convenait de s'attaquer par une réaffectation des fonds, des décisions concernant les contrats, des activités de formation et des recherches supplémentaires, et elle a fourni les bases nécessaires pour évaluer plusieurs nouvelles stratégies de mise en œuvre destinées à financer et fournir les services de santé.

APPORTER UN SOUTIEN ET CONTRIBUER À L'INTENSIFICATION DES INTERVENTIONS

L'importance cruciale du contexte dans le succès de la mise en œuvre des interventions influe à l'évidence sur la

Les interventions qui fonctionnent dans des études pilotes sur une petite échelle déçoivent trop souvent lorsqu'elles sont déployées dans des stratégies nationales.

manière d'intensifier les interventions. Il arrive trop souvent que des interventions qui fonctionnent, et dont il est établi qu'elles fonctionnent dans des études pilotes d'ampleur limitée, ne répondent pas aux attentes lorsqu'elles sont mises en œuvre dans des stratégies nationales. Nous savons ce qui fonctionne, mais nous ne savons pas toujours comment assurer que cela fonctionne dans la pratique. Le succès de la mise en œuvre d'interventions si simples soient-elles suppose une connaissance des différentes manières dont l'intervention est affectée dans des situations concrètes (communauté, système de santé, économie).

De nombreuses interventions nouvelles ne sont certes pas simples du tout, et peuvent nécessiter l'adoption

d'un outil diagnostique nouveau ou de nouvelles technologies de l'information ou de la communication. L'innovation peut aussi revêtir la forme d'un changement organisationnel conçu pour soutenir, par exemple, une nouvelle méthode de communication. Là encore, l'innovation pourra nécessiter la modification d'un processus dans les services cliniques ou administratifs, ou un nouveau projet, un nouveau programme, une nouvelle stratégie ou une nouvelle politique. Quelle que soit la forme de l'innovation, il est certain qu'il ne suffira pas d'ajouter une composante nouvelle dans l'espoir que la situation s'améliorera. Toute mesure a des conséquences et c'est le travail de la recherche sur la mise en œuvre de les reconnaître et de les comprendre.

L'intensification des interventions ne se réduit pas non plus à répéter la même action sur une plus grande échelle. L'intensification des interventions est généralement assimilée à l'extension de la couverture géographique à partir d'un champ de recherche limité. Il est plus exact de dire qu'il s'agit d'une intensification horizontale, ou « diffuse », qui consiste généralement à reproduire une intervention, par opposition à l'intensification verticale, qui est définie comme supposant l'institutionnalisation d'une innovation moyennant une modification politique, réglementaire ou budgétaire ou d'autres changements du système de santé, – en d'autres termes, le processus complexe de l'ancrage d'une innovation dans la structure institutionnelle d'un système de santé [16]. L'intensification peut aussi concerner l'expansion des capacités organisationnelles, financières et techniques d'un système de santé. Il va sans dire que chacune de ces formes d'intensification – et il en existe d'autres, présente des défis particuliers pour les décideurs et les chercheurs qui les appuient.

Pour rendre cet appui efficace, les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre doivent poser plusieurs questions essentielles, et notamment les suivantes :

- ▶ Quels sont les effets prévus de l'adoption et de l'intensification de la nouvelle composante (conséquences prévues et imprévues) ?
- ▶ Quels enseignements peuvent être tirés d'autres initiatives visant à adopter ou intensifier (ou à ne pas intensifier) une intervention similaire ?
- ▶ Quels sont les principaux obstacles à l'intensifi-

cation de l'intervention ou les possibilités de l'intensifier ?

- ▶ Comment les principaux acteurs concernés seront-ils touchés ?
- ▶ Comment les différents acteurs sont-ils disposés vis-à-vis de l'intensification (prêts à la faciliter, par exemple, à faire obstruction, etc.) ?
- ▶ Comment fonctionnent dans le temps différentes stratégies utilisées pour traiter avec les différents acteurs ?
- ▶ Quels sont les coûts prévus de l'intensification ?

Les avantages de la recherche sur la mise en œuvre sont d'autant plus grands que la recherche répond aux questions que posent, ou que devraient poser, les décideurs et les praticiens.

important est de poser des questions

qui sont en rapport avec les problèmes rencontrés. La recherche sur la mise en œuvre peut procurer de nombreux avantages mais ces avantages sont d'autant plus grands que la recherche répond aux questions que posent, ou que devraient poser, les décideurs et les praticiens. La recherche sur la politique et les systèmes de santé est souvent désignée comme le cerveau du système de santé, mais elle en est aussi les yeux et les oreilles, le seul mécanisme sur lequel les décideurs peuvent compter pour alimenter le flux constant d'informations dont ils ont besoin pour pouvoir s'adapter au mieux à l'évolution des situations [11]. C'est la raison pour laquelle certaines des meilleures recherches sur la mise en œuvre sont souvent soutenues, lorsqu'elles ne sont pas en fait menées, par les praticiens de terrain – médecins, personnel infirmier et administrateurs – qui sont aux prises quotidiennement avec des problèmes de qualité.

La recherche sur la politique et les systèmes de santé est souvent désignée comme le cerveau du système de santé, mais elle en est aussi les yeux et les oreilles, le seul mécanisme sur lequel les décideurs peuvent compter pour alimenter le flux constant d'informations dont ils ont besoin pour pouvoir s'adapter au mieux à l'évolution des situations [11]. C'est la raison pour laquelle certaines des meilleures recherches sur la mise en œuvre sont souvent soutenues, lorsqu'elles ne sont pas en fait menées, par les praticiens de terrain – médecins, personnel infirmier et administrateurs – qui sont aux prises quotidiennement avec des problèmes de qualité.

La recherche sur la mise en œuvre est également très utile lorsqu'elle permet une approche itérative de l'amélioration, comme en témoigne le cas du Salvador, où, en 2002, une étude parrainée par l'Organisation panaméri-

SOUTENIR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Qu'il s'agisse de soutenir l'amélioration de la qualité et le renforcement des systèmes de santé, ou de toute les recherches sur la politique et les systèmes de santé – dont la recherche sur la mise en œuvre est une forme – le plus

Tableau 1. Effets de l'amélioration de la qualité sur le dépistage et le suivi du cancer du col de l'utérus au Salvador

| | Pré-intervention | Post-intervention |
|---|-----------------------------|-------------------|
| Nombre de femmes de 30 à 59 ans ayant bénéficié d'un test de dépistage pour la première fois l'an dernier | Inconnu (2446 échantillons) | 3408 |
| Nombre d'échantillons non satisfaisants | 41 (1.7%) | 14 (0.4%) |
| Délai entre le dispensaire et le laboratoire (jours) | 23 | 9 |
| Délai entre le laboratoire et le dispensaire (jours) | 27 | 11 |
| Nombre de femmes contrôlées par colposcopie en cas de frottis positif | 22 (24%) | 196 (100%) |

D'après : Agurto et al., 2006 [17]

caine de la Santé et le Ministère de la santé visait à améliorer les aspects organisationnels d'un programme de dépistage cytologique précoce. Le programme salvadorien de lutte contre le cancer du col de l'utérus rencontrait de nombreux problèmes en 2002 : peu de femmes bénéficiaient d'un test de dépistage basé sur un frottis vaginal, de nombreux échantillons de laboratoire n'étaient pas satisfaisants, et la colposcopie de contrôle en cas de test positif était rare. L'utilisation de cycles d'amélioration de qualité (planifier-faire-étudier-agir) a débouché sur la formation d'agents de terrain chargés de repérer les femmes ayant besoin d'un test de dépistage, de soutenir l'accès au dépistage, et d'encourager les visites de contrôle. Au bout d'une année à peine, les résultats étaient nettement meilleurs (Tableau 1) [17]. Le Ministère de la santé s'est saisi de ce processus pour étendre le programme.

Un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité, et du renforcement des systèmes de santé en général, est le potentiel d'apprentissage des organisations. Les organisations capable de tirer des enseignements de leur expérience ont été définies comme celles dont la structure facilite l'apprentissage ainsi que le partage du savoir entre les membres ou les employés [18, 19]. De même que les personnes qui tirent un enseignement de leur expérience, les organisations qui tirent des enseignements de leur expérience sont mieux placées pour anticiper les problèmes, et concevoir des solutions, ce qui les rend plus efficaces. La capacité d'apprentissage d'une organisation passe par sa capacité à assimiler et à appliquer les nouvelles connaissances qui évoluent de manière itérative à mesure que les connaissances sont vérifiées et que de nouveaux enseignements sont retirés [20]. La recherche sur la mise en œuvre a un rôle important à jouer en aidant les décideurs à s'assurer que les organisations dont ils sont responsables sont capables de tirer des enseignements de leur expérience, notamment en posant des questions telles que les suivantes : quelles démarches et quels processus peuvent être utilisés pour créer/renforcer une organisation qui tire des enseignements de son expérience ; comment une organisation de santé peut-elle dialoguer avec ses divers acteurs (organes directeurs, organismes financiers, autorités de réglementation, bénéficiaires, personnel interne, par exemple) pour améliorer l'apprentissage et l'efficacité organisationnelle ? Il va

sans dire que c'est là une question complexe sur laquelle nous reviendrons.

SAVOIR TACITE

Après avoir traité de l'importance de la recherche sur la mise en œuvre et décrit certaines de ses principales applications, il convient peut-être de reconnaître que la recherche sur la mise en œuvre ne peut fournir tout le savoir nécessaire au succès de la mise en œuvre. Le savoir-faire en matière de mise en œuvre s'acquiert aussi par l'apprentissage et l'expérience qui incluent l'observation et la pratique. Ce type de savoir-faire, parfois appelé « savoir tacite », est un élément important de l'apprentissage pour les particuliers et les organisations [21]. Cela dit, il apparaît clairement que les limites entre le savoir tacite et les connaissances officielles issues de la recherche sur la mise en œuvre se chevauchent souvent. Les recherches sur le savoir tacite des administrateurs sanitaires, par exemple, peuvent fournir des informations importantes sur la mise en œuvre. Ceux qui pratiquent la recherche sur la mise en œuvre ou utilisent la recherche pour prendre des décisions apprennent beaucoup sur leur métier grâce à l'apprentissage et au savoir tacite qu'ils acquièrent et qui se superposent aux méthodes officielles qu'ils appliquent.

CONCLUSION

Ce chapitre a tenté de donner un aperçu des larges applications de la recherche sur la mise en œuvre, et notamment de son utilité pour faire la lumière sur les problèmes qui se posent et les possibilités qui se présentent lorsque les interventions, au terme de l'étude pilote, sont mises en pratique. Le chapitre qui suit examine ce qu'est exactement la recherche sur la mise en œuvre, proposant une définition pratique applicable à tous les différents domaines de recherche qu'elle couvre. Il examine aussi les stratégies de mise en œuvre à l'appui de l'amélioration de la fourniture des services et de l'application des programmes et des politiques. Il décrit enfin les variables des résultats de la mise en œuvre qui peuvent être utilisées pour caractériser les modalités diverses de la mise en œuvre.



3 QU'EST-CE QUE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ La recherche sur la mise en œuvre peut porter sur tous les aspects de la mise en œuvre, y compris les facteurs qui affectent la mise en œuvre, les processus mêmes de la mise en œuvre et les résultats, ou les produits, de la mise en œuvre étudiée.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre est applicable et adaptée à de nombreux domaines différents et, selon le sujet étudié, elle est applicable et adaptée à différents degrés, la composante mise en œuvre étant plus prépondérante dans certaines questions posées que dans d'autres.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre est souvent axée sur les stratégies nécessaires pour mettre en œuvre de nouvelles interventions, qui sont appelées « stratégies de mise en œuvre ».
- ▶ La connaissance des processus de mise en œuvre nécessite l'utilisation d'un cadre pour conceptualiser et mesurer les résultats de la mise en œuvre. Les variables des résultats de la mise en œuvre sont les éléments constitutifs de ce cadre et ils servent d'indicateurs de l'efficacité du fonctionnement d'une mise en œuvre donnée.

QU'EST-CE QUE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE ?

« L'objet fondamental de la recherche sur la mise en œuvre est de comprendre non seulement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, mais aussi comment et pourquoi la mise en œuvre se passe bien ou se passe mal, et de trouver les moyens de l'améliorer. »

La recherche sur la mise en œuvre est un domaine d'étude en plein développement qui a des racines dans de nombreuses disciplines et traditions de recherche. Elle porte sur un large éventail de problèmes de mise en œuvre dans des contextes divers. Telle est, à de nombreux égards, la grande force de la recherche sur la mise en œuvre – sa capacité à exploiter différentes sources, à faire intervenir des points de vue multiples et à fournir des informations multiseCTORIELLES – mais elle présente aussi des défis taxinomiques évidents que les universitaires tendent parfois à éviter. Peut-être alors n'est-il pas surprenant qu'une certaine confusion entoure la nomenclature et que la portée de la recherche sur la mise en œuvre fasse l'objet d'un important débat [22, 23].

D'une manière générale, l'expression recherche sur la mise en œuvre décrit l'étude scientifique des processus utilisés dans la mise en œuvre d'initiatives ainsi que les facteurs contextuels qui influent sur ces processus. L'un des objets majeurs de la recherche sur la mise en œuvre est de soutenir et de promouvoir le succès de l'application d'interventions dont l'efficacité a été démontrée – un médicament connu pour éliminer les parasites du paludisme, un test diagnostique qui détermine qui a la tuberculose, ou une stratégie qui prévient la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Elle peut être utilisée pour trouver le moyen de déployer les ressources humaines de telle sorte que les communautés géographiquement éloignées puissent accéder à des soins quand elles en ont besoin, et pour trouver le moyen d'éliminer les obstacles financiers qui empêchent les populations vulnérables

de bénéficier des services nécessaires. Il s'agit aussi de réduire les coûts et d'accroître l'efficacité et la responsabilisation des organisations. La recherche sur la mise en œuvre concerne enfin l'apprentissage de la manière de développer les stratégies prometteuses et, point important, de la manière d'assurer leur pérennité à long terme.

La recherche sur la mise en œuvre, appliquée à la santé, est un type de recherche sur les politiques et les systèmes de santé qui étudie les politiques, les programmes et les pratiques cliniques et de santé publique, le but fondamental étant de comprendre non seulement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, mais aussi comment et pourquoi la mise en œuvre se passe bien ou se passe mal, et de tester différents moyens d'améliorer la mise en œuvre. Ainsi qu'il a été noté au départ, elle porte très souvent sur les problèmes qui surviennent lors du déploiement ou de l'intensification d'une initiative.

Pour les besoins du présent guide nous proposons une définition très simple et très large de la recherche sur la mise en œuvre qui peut être utilisée dans toutes les communautés de chercheurs, et qui a une signification pour les praticiens du secteur de la santé et pour les décideurs, ainsi que pour le public concerné : la recherche sur la mise en œuvre est l'enquête scientifique sur les questions qui concernent la mise en œuvre.

La recherche sur la mise en œuvre est l'enquête scientifique sur les questions qui concernent la mise en œuvre.

Aux termes de cette définition, la recherche sur la mise en œuvre peut viser ou étudier tous les aspects de la mise en œuvre, y compris les facteurs qui influent sur la mise en œuvre (tels la pauvreté, l'éloignement géographique, ou les croyances traditionnelles), les processus mêmes de la mise en œuvre (comme la distribution par l'intermédiaire des centres de santé maternelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide entièrement subventionnées, ou l'utilisation de la vaccination de masse par opposition à la stratégie de surveillance-endiguement), et les résultats, ou les produits, de la mise en œuvre étudiée. Comme décrit précédemment, la recherche sur la mise en œuvre peut être axée plus particulièrement sur des questions telles que les suivantes : énumération des problèmes de mise en œuvre courants; connaissance des facteurs qui entravent ou facilitent l'accès aux interventions de santé; élaboration et mise à l'essai de solutions pour surmonter

les obstacles à la mise en œuvre, dans un contexte particulier ou dans un éventail d'environnements; et détermination de la meilleure façon d'introduire des innovations dans un système de santé, ou d'en promouvoir l'utilisation sur une grande échelle et la pérennité.

STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE

Si la recherche sur la mise en œuvre n'a pas pour objet de découvrir de nouveaux produits de santé, ni de contrôler la sécurité ou l'efficacité d'interventions cliniques, elle porte souvent sur les stratégies nécessaires pour fournir ou mettre en œuvre ces produits ou ces interventions. Ces stratégies sont parfois appelées « stratégies de mise en œuvre », expression qui permet de les distinguer des interventions cliniques et de santé publique [24]. Tandis que les dispensaires de proximité et les listes de contrôle sont des stratégies de mise en œuvre couramment utilisées pour améliorer la couverture et la qualité des programmes de vaccination, c'est la fourniture du vaccin qui est considérée comme l'intervention sanitaire. Les stratégies de mise en œuvre peuvent aussi être conçues pour améliorer les aspects socioculturels de la mise en œuvre, par exemple en améliorant l'acceptabilité ou l'adoption de l'intervention, ou pour influencer sur des aspects tels que la qualité et le coût des services fournis. La recherche sur la mise en œuvre peut être axée sur la stratégie de mise en œuvre elle-même, ou intégrer l'examen de la stratégie de mise en œuvre dans une étude plus large de l'intervention sanitaire.

Comme le montre le Tableau 2, il est possible de grouper les stratégies de mise en œuvre en fonction de l'acteur qui les utilise. Les stratégies de mise en œuvre habituelles visent notamment à : (1) accroître les capacités des pouvoirs publics (politique publique, surveillance et organismes de financement); (2) améliorer les résultats des organisations chargées de l'exécution ou de la prestation des services; (3) renforcer les compétences et les résultats de chaque prestataire et de chaque travailleur de première ligne; (4) autonomiser les communautés et les ménages; et (5) soutenir les acteurs multiples qui participent à l'amélioration de la santé [4].

RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE

Pour améliorer notre connaissance des processus de mise en œuvre, et accroître l'efficacité de la recherche sur la mise en œuvre, il est essentiel de disposer d'un cadre pour la conceptualisation et la mesure des résultats de la mise en œuvre. Ce cadre permettra aussi la réalisation d'études indispensables sur l'efficacité relative des stratégies de mise en œuvre. Pour conceptualiser et évaluer le succès ou l'échec de la mise en œuvre, il est utile d'employer une forme de taxinomie cohérente qui permette, par exemple, d'évoquer différents aspects de la réaction à la mise en œuvre – l'acceptabilité d'une intervention, ou la mesure dans laquelle une intervention a été acceptée ou adoptée.

Ces caractéristiques peuvent être considérées comme les résultats de la mise en œuvre, et elles sont désignées comme les variables des résultats de la mise en œuvre. Les variables des résultats de la mise en œuvre servent d'indicateurs de l'efficacité du fonctionnement d'une mise en œuvre donnée. Les variables des résultats de la mise en œuvre – acceptabilité, adoption, adéquation, faisabilité, fidélité, coût de la mise en œuvre, couverture et pérennité – peuvent également apparaître comme des facteurs intermédiaires qui contribuent à d'autres résultats importants comme la satisfaction concernant les soins de santé ou l'état de santé [25, 26].

Toutes les variables des résultats de la mise en œuvre ne sont pas d'égale importance dans la mise en œuvre d'une intervention, ou pour la recherche sur la mise en œuvre (voir le Tableau 3) [25]. Concernant une intervention nouvelle, par exemple, l'accent pourra être mis principalement sur l'acceptabilité, l'adoption, l'adéquation et la faisabilité. Pour les interventions existantes, la mesure dans laquelle l'intervention est mise en œuvre telle qu'elle a été initialement conçue, ou est fidèle à l'original (d'après la variable de la fidélité), est souvent très importante, comme le sont le coût et la couverture. Les questions de pérennité, qui devraient être prises en compte dès les premières phases d'une intervention, sont fréquemment négligées dans les recherches sur les interventions sanitaires [27].

Chaque variable représente un aspect important de la mise en œuvre qui peut être étudié au moyen de la recherche sur la mise en œuvre.

Tableau 2. Types de stratégies utilisées pour améliorer la mise en œuvre dans le domaine de la santé

| Acteur principal et Domaines d'intervention | Exemples de stratégies de mise en œuvre |
|--|---|
| <p>Pouvoirs publics</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaboration des politiques, surveillance et réglementation Financements publics | <ul style="list-style-type: none"> Examens des politiques Stratégies de renforcement de la gouvernance et de réduction de la corruption Passation de contrats avec mesure des résultats Décentralisation de la prestation des services publics Incitations et réglementation en matière de financements publics (comment augmenter les recettes, mise en commun des fonds, et mécanismes de paiement) Éducation du public, communication sur les changements de comportements |
| <p>Organisations chargées de l'exécution et organisations chargées de la prestation des services</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration organisationnelle et responsabilisation | <ul style="list-style-type: none"> Stratégies pour l'amélioration de la qualité/l'assurance de la qualité/la gestion des résultats : solution des problèmes en équipe; élaboration et application de lignes directrices et de modes opératoires normalisés; encadrement régulier Incitations financières pour les équipes et les personnes sur la base des résultats Réorganisation et/ou intégration des services Systèmes de gestion des ressources humaines Renforcement de la gestion des établissements et des systèmes logistiques Renforcement de la gestion financière Commercialisation des services et des produits de santé |
| <p>Prestataires individuels et travailleurs de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> Pratiques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> Éducation et formation continues Apprentissage et soutien entre pairs Auxiliaires professionnels |
| <p>Communautés et ménages</p> <ul style="list-style-type: none"> Autonomisation, participation, éducation Pratiques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> Information et éducation de la communauté : formation d'agents de santé communautaires; formation de membres de la communauté comme des jeunes, des mères (en groupes, à la maison, par les médias); marketing social et création d'une demande Renforcement de l'inclusion et de la participation : services gérés par la communauté; partenariats et cogestion communautaires; appropriation des services par la communauté Renforcement de la responsabilisation locale : suivi conjoint; systèmes de responsabilisation des prestataires; systèmes d'information communautaires Renforcement des capacités organisationnelles locales : mobilisation de la communauté; conseils et structures communautaires pour la surveillance et la gestion Autonomisation financière : financement communautaire; subventions en nature et bons de réduction; budgétisation participative communautaire; intégration dans des systèmes générateurs de revenus et de micro-financement Appui des pairs pour les services de santé et les comportements sains |
| <p>Acteurs multiples</p> | <ul style="list-style-type: none"> Évaluation des besoins et des obstacles : plans de réduction des obstacles Obtention d'un appui à large assise des acteurs concernés : faire participer des groupes d'intérêts puissants; coordonner l'action avec les organisations communautaires Processus gestionnaires souples et modifications compte tenu des réactions des acteurs concernés |

D'après : Peters et al., 2009 [4]

Tableau 3. Variables des résultats de la mise en œuvre

| Résultat de la mise en œuvre | Définition de travail* | Termes apparentés** |
|------------------------------|--|---|
| Acceptabilité | La perception parmi les acteurs concernés (consommateurs, prestataires, administrateurs, décideurs, par exemple) qu'une intervention est satisfaisante | Facteurs liés à l'acceptabilité : (confort, avantage relatif, crédibilité, par exemple) |
| Adoption | L'intention, la décision initiale, ou l'action d'essayer de mettre en œuvre une nouvelle intervention | Utilisation effective, Utilisation, Intention d'essayer |
| Adéquation | L'adéquation ou la pertinence perçue de l'intervention dans une situation particulière ou pour un public cible particulier (prestataire ou consommateur, par exemple) ou une question particulière | Pertinence, Adéquation perçue, Compatibilité, Vérifiabilité, Convenance, Utilité, Praticabilité |
| Faisabilité | La mesure dans laquelle une intervention peut être mise en œuvre dans une situation ou une organisation particulière | Praticabilité, Adéquation réelle, Utilité, Convenance pour un usage quotidien |
| Fidélité | La mesure dans laquelle une intervention a été mise en œuvre comme elle a été conçue dans un protocole, une politique, ou un plan original | Conformité, Mise en œuvre comme prévu, Intégrité du traitement, Qualité de la mise en œuvre du programme, Intensité ou dosage de la prestation |
| Coût de la mise en œuvre | Le coût supplémentaire de la stratégie de mise en œuvre (comment, par exemple, les services sont fournis dans un contexte particulier). Le coût total de la mise en œuvre inclura également le coût de l'intervention elle-même. | Coût marginal*** |
| Couverture | La mesure dans laquelle la population qui remplit les conditions requises pour bénéficier d'une intervention en bénéficie effectivement | Portée, Accès, Éventail des services ou Couverture efficace (l'accent portant sur ceux qui ont besoin d'une intervention et de sa mise en œuvre d'une qualité suffisante, alliant ainsi couverture et fidélité), Pénétration (l'accent portant sur le degré d'intégration d'une intervention dans le contexte d'un service) |
| Pérennité | La mesure dans laquelle une intervention est maintenue ou institutionnalisée dans une situation donnée. | Maintien, Continuation, Pérennité, Institutionnalisation, Systématisation, Intégration, Incorporation |

*Les définitions originales faisaient référence à des « innovations individuelles ou des pratiques fondées sur des bases factuelles ». Le terme "intervention" est utilisé dans ce tableau pour que les définitions puissent s'appliquer plus largement aux programmes et aux politiques.

**D'autres termes apparaissent plus couramment dans la littérature sur la mise en œuvre concernant les programmes et les politiques à grande échelle (Peters et al 2009; Rogers 2003; Carroll et al. 2007, Victoria et al 2005)

***Sert de numérateur pour les mesures apparentées de l'efficacité économique et les mesures du coût-utilité, coût-avantages, ou coût-efficacité. De nombreuses analyses des coûts examinent le coût total de la mise en œuvre d'une intervention, y compris le coût de l'intervention elle-même, ainsi que le coût de la mise en œuvre d'une stratégie de mise en œuvre particulière dans un contexte donné.

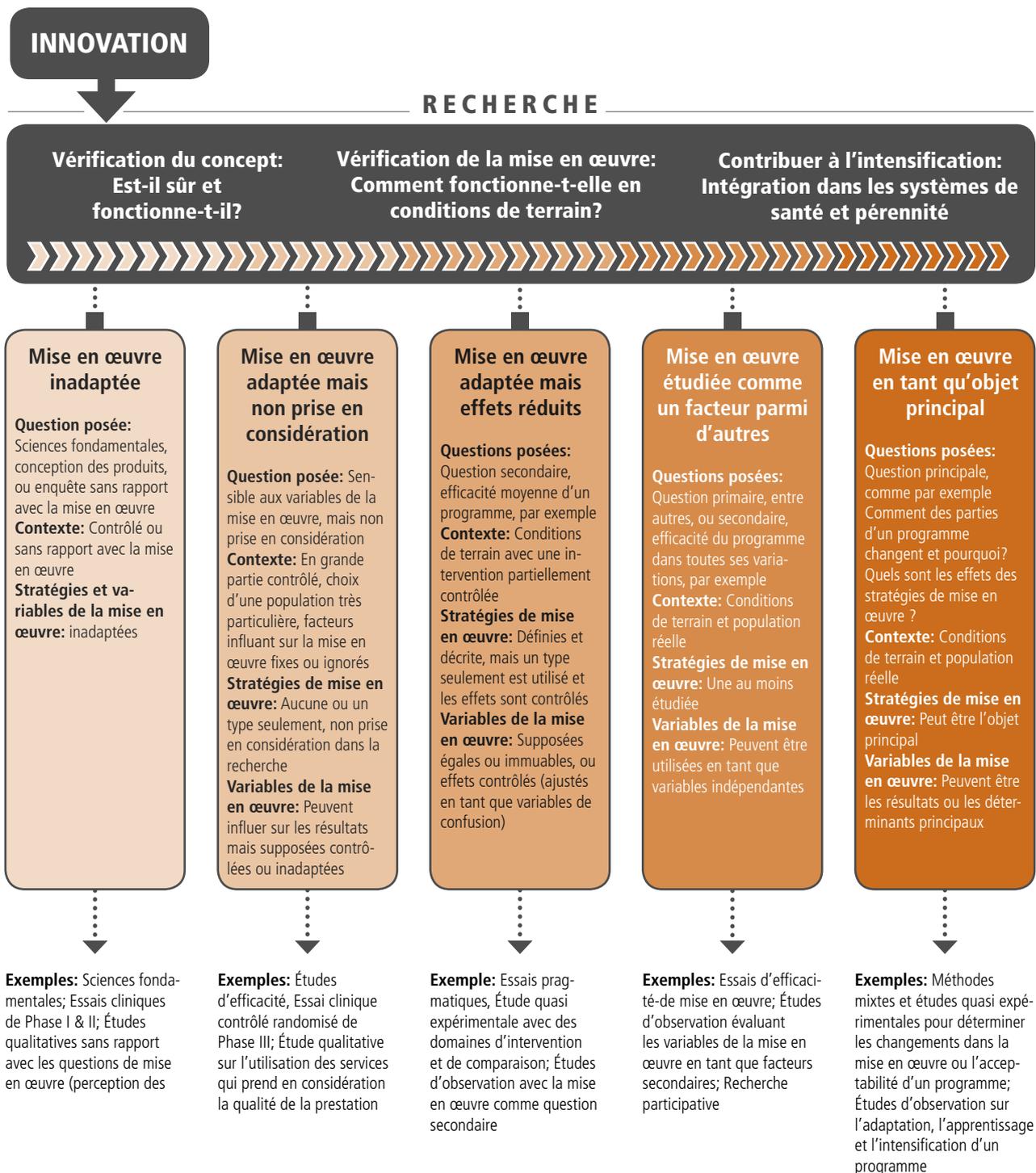
D'après : Proctor et al., 2011 [25]

L'ENSEMBLE DE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE

Ainsi qu'il a été dit précédemment, l'une des critiques parfois formulées à l'encontre de la recherche sur la mise en œuvre est qu'elle n'est pas définie comme un domaine d'étude. Cela tient en partie au fait qu'elle est applicable

et adaptée à tant de domaines différents et en partie au fait que, selon le sujet étudié, elle est applicable et adaptée à des degrés différents. Pour appréhender cette idée, il convient d'envisager la recherche sur la mise en œuvre comme un tout homogène, avec des activités de recherche dans lesquelles la composante recherche sur la mise en œuvre est plus ou moins prépondérante.

Figure 3. L'ensemble de la recherche sur la mise en œuvre



La Figure 3 illustre cette idée sous la forme d'un organigramme où l'élément mis en œuvre, en allant vers l'aval, occupe une place de plus en plus prépondérante dans les questions.

Sur la gauche de l'organigramme, se trouvent les recherches qui ne concernent pas du tout des questions de mise en œuvre (tels des travaux de recherche fondamentale sur la zidovudine comme moyen de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant). Tandis qu'à la droite du diagramme, se trouvent les recherches qui concernent principalement des questions relatives à la mise en œuvre en conditions de terrain (comment, par exemple, s'assurer que des femmes enceintes séropositives pour le VIH dans des pays à faible revenu bénéficient du traitement prophylactique à la zidovudine pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant).

Ainsi qu'il est décrit ci-après, plus les recherches portent sur des stratégies de mise en œuvre et étudient les variables de la mise en œuvre, plus leur composante mise en œuvre est prépondérante.

Il est important de noter que des recherches qui ne portent pas sur la mise en œuvre peuvent se révéler très utiles pour la recherche sur la mise en œuvre. Grâce aux recherches sur le vaccin antivariolique lyophilisé, par exemple, la réfrigération du vaccin est devenue superflue, ce qui a eu des incidences majeures pour la mise en œuvre de la campagne d'éradication de la variole. Des recherches fondamentales peuvent ainsi déboucher sur des produits nouveaux qui peuvent ultérieurement être mis à l'essai en tant qu'interventions destinées à améliorer la santé. De même, des découvertes faites sur le terrain (la possibilité, par exemple, de préparer les sels de réhydratation orale sur place et d'en confier l'administration à du personnel non spécialisé) peuvent avoir des incidences en amont dans la chaîne de la recherche (l'importance accordée à l'élaboration de sels de réhydratation orale qui ne sèchent pas).

La composante mise en œuvre d'une recherche est prépondérante lorsque celle-ci traite de questions portant principalement sur la mise en œuvre, qu'elle se déroule dans des conditions de terrain et qu'elle prend tout au moins en considération les facteurs qui influent sur la mise en œuvre, ou même évalue des stratégies de mise en œuvre et les variables des résultats de la mise en œuvre. C'est l'importance accordée par la recherche sur la mise en œuvre au contexte et à l'interaction entre les conditions de terrain et l'intervention étudiée qui la distingue, par exemple, du suivi systématique, qui mesure

les progrès accomplis au fil du temps dans un domaine particulier, sans nécessairement chercher à comprendre ce qui peut influencer ces progrès (ou leur absence). Le suivi est très souvent le point de départ de recherches sur la mise en œuvre lorsqu'il va jusqu'à utiliser des méthodes de recherche pour étudier en profondeur des questions qui débordent le cadre du suivi systématique. La recherche qui se déroule dans des situations

contrôlées, en dehors de la pratique, avec des échantillons très particuliers qui ne sont pas représentatifs de la population cible de l'intervention, et où les variables des résultats de la mise en œuvre et les facteurs qui influent sur la mise en œuvre ne sont pas adaptés ou sont contrôlés dans le but d'en éliminer les effets, peut être considérée comme ayant une composante mise en œuvre restreinte.

En définitive, il est important de noter que cet organigramme est une représentation très simplifiée d'une réalité beaucoup plus complexe et qu'il est utilisé ici à titre purement illustratif. Les systèmes de santé, en réalité, ont rarement affaire à une seule innovation à la fois mais doivent souvent tenir compte simultanément d'innovations multiples (et d'autres perturbations ou changements). Aussi le processus de l'absorption et de l'adaptation est beaucoup plus compliqué et plus complexe qu'il n'apparaît ici.

La composante mise en œuvre de la recherche est d'autant plus prépondérante que celle-ci traite de questions portant principalement sur la mise en œuvre, qu'elle se déroule dans des conditions de terrain et qu'elle prend tout au moins en considération les facteurs qui influent sur la mise en œuvre

CONCLUSION

Ce chapitre présente certaines des idées de base qui constituent la recherche sur la mise en œuvre, y compris une définition pratique qui peut être utilisée pour toutes les recherches quelle que soit la tradition dans laquelle elles s'inscrivent. Il tente aussi d'établir une typologie des obstacles et des problèmes qui touchent la mise en œuvre, de décrire des stratégies de mise en œuvre, et de décrire les variables des résultats de la mise en œuvre qui peuvent être utilisées dans les recherches pour décrire divers aspects du déroulement de la mise en œuvre. Dans le chapitre suivant, nous examinerons le rôle de la collaboration et les raisons pour lesquelles elle est nécessaire pour comprendre la mise en œuvre en conditions de terrain, compte tenu des facteurs contextuels pertinents.



4 QUI DOIT PARTICIPER À LA RECHERCHE SUR LA MISE EN OEUVRE ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une bonne recherche sur la mise en œuvre est une recherche qui repose sur la collaboration, et qui est souvent d'autant plus utile que les exécutants ont joué un rôle aux stades de la définition, de la conception et de la conduite de la recherche effectuée.
- ▶ Il est important d'encourager les liens de collaboration entre les acteurs associés à l'élaboration de la politique, à la gestion du programme et à la recherche.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre doit être intégrée dans la prise des décisions politiques et programmatiques pour que l'enquête scientifique fasse partie du processus de résolution des problèmes liés à la mise en œuvre.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre peut jouer un rôle important en « parlant franchement aux autorités », en désignant les questions négligées ou en démontrant les résultats et en accroissant la responsabilisation des organisations de santé.
- ▶ Il peut être aussi important, si ce n'est plus important, de comprendre le contexte et les systèmes, et de faire preuve de la souplesse nécessaire pour définir des approches méthodologiques appropriées, que de respecter un modèle de recherche fixe.

QUI DOIT PARTICIPER À LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE ?

« Le succès de la recherche sur la mise en œuvre dépend entièrement du succès de la collaboration. »

Comme il ressort du chapitre précédent, la recherche sur la mise en œuvre se définit notamment par le fait qu'elle cherche à comprendre la réalité de la mise en œuvre dans des conditions de terrain. Contrairement à d'autres formes de recherche, elle ne tente pas d'éliminer ce qui est extérieur ou accidentel; à bien des égards, ce sont en fait précisément ces facteurs qui intéressent le praticien de la recherche sur la mise en œuvre. Cette approche suppose que le chercheur est prêt à accepter à l'occasion l'imprévisible et ce qui est par ailleurs problématique, comme d'autres chercheurs ne le feraient peut-être pas. Elle utilise aussi des sujets d'étude dans toute leur complexité et dans leur milieu naturel. Cela nécessite de travailler avec les populations qui seront effectivement touchées par une intervention, par exemple, et non de choisir des populations sur la base de critères d'éligibilité étroits (en choisissant, par exemple, des volontaires qui présentent une seule affection alors que l'intervention cible les personnes présentant des comorbidités).

Les considérations liées au contexte qui intéressent la recherche sur la mise en œuvre comprennent l'environnement social, culturel, économique, politique, juridique et physique, et notamment la situation démographique et épidémiologique actuelle. Elles peuvent aussi inclure le cadre institutionnel, et notamment les structures institutionnelles particulières en place, et les divers acteurs qui y travaillent. La manière dont les systèmes de santé sont structurés, et le rôle joué par les pouvoirs publics, le secteur privé et les organisations non gouvernementales (ONG) présentent aussi de l'intérêt.

Une autre considération essentielle pour la recherche sur la mise en œuvre est le public auquel les recherches sont destinées, ou pour lequel elles pourraient être utiles. Les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre doivent

tenir compte en particulier des besoins et/ou des limites de leur public cible – les personnes ou les organisations qui vont utiliser les résultats. Ainsi qu'il est noté dans le dernier chapitre, la recherche sur la mise en œuvre couvre un large éventail de sujets, et le public intéressé par ces recherches est tout aussi large, incluant, par exemple, les administrateurs et les équipes de santé qui travaillent sur les stratégies d'amélioration de la qualité, les décideurs qui essaient de modifier la politique existante ou de faire adopter une politique entièrement nouvelle, et les praticiens qui ont besoin d'un appui pour utiliser des interventions qui sont fondées sur les meilleures données factuelles disponibles. Chacun de ces publics potentiels a des exigences et des points de vue différents et, pour une utilité optimale, la recherche sur la mise en œuvre doit prendre ces différences en considération. Il arrive le

La recherche sur la mise en œuvre sera d'autant plus utile que le public auquel elle s'adresse n'en attend pas passivement les résultats.

plus souvent que ces recherches s'adressent, non pas à un autre chercheur ou à un universitaire, mais à un profane ayant besoin d'une analyse claire, fondée sur des bases factuelles et débarrassée de tout jargon, sur laquelle il pourra ultérieurement s'appuyer pour prendre des décisions.

Malgré des exceptions, que nous évoquerons ci-après, la recherche sur la mise en œuvre sera d'autant plus utile que les exécutants auront participé à la définition, à la conception et à la conduite des recherches effectuées, et qu'ils ne se contentent pas d'en attendre passivement les résultats. Ainsi qu'il a déjà été noté, les personnels en première ligne des soins de santé, qu'ils dirigent des programmes particuliers, ou travaillent dans des systèmes de santé, peuvent grandement contribuer à la collecte d'informations (Encadré 4). Le suivi systématique, par exemple, est souvent le point de départ de nombreuses questions posées par la recherche sur la mise en œuvre, et il dépend de la collecte et de l'analyse systématique des données administratives et sanitaires les plus récentes. Il existe plusieurs manières d'encourager la communication des réactions du terrain, dont la Recherche Action Participative (RAP) qui, comme son nom l'indique, suppose la participation des sujets de la recherche, et qui a été décrite comme une recherche « effectuée avec et par la population locale et non sur elle » [28]. La RAP n'a pas

Encadré 4. L'importance des exécutants dans la recherche sur la mise en œuvre

Vu la nature des questions que pose la recherche sur la mise en œuvre, les exécutants ont à l'évidence un rôle essentiel à jouer dans sa conduite, et ils ne devraient pas être des partenaires passifs mais devraient participer activement à l'ensemble du processus de recherche. Dans certain cas, en effet – études sur l'amélioration de la qualité, par exemple – les exécutants sont en position idéale pour diriger ce type de recherches, et assumer la responsabilité de la quasi-totalité des aspects du cycle de recherches. Les exécutants peuvent apporter plusieurs contributions importantes, dès le stade de la planification où ils sont les mieux placés pour énumérer les freins à la mise en œuvre et proposer des questions pour la recherche sur la mise en œuvre, et pour trouver des solutions qui pourront être mises à l'essai. Ils peuvent également jouer un rôle dans la conception d'études, notamment en aidant à comprendre le contexte et les facteurs contextuels qui influent sur la mise en œuvre, et en contribuant à formuler les questions posées pour qu'elles reflètent la situation existante. Pour ce qui est de la collecte des données, les exécutants sont certainement dans une position privilégiée pour accéder aux sources de données, et pour mener les entretiens, et pour ce qui est de l'analyse (en particulier pour les données qualitatives), ils peuvent jouer un rôle important en expliquant et en interprétant les données. Enfin, les exécutants ont un rôle essentiel à jouer dans la diffusion des résultats, notamment en intégrant les enseignements tirés dans la pratique des programmes.

été conçue particulièrement pour répondre à des questions sur la mise en œuvre, mais la mise en œuvre est un sujet évident pour la recherche participative. La RAP donne aussi l'occasion à des communautés qui, sinon, n'auraient pas voix au chapitre lorsqu'il s'agit de « parler franchement aux autorités », par exemple de dénoncer des cas d'exploitation ou d'abus liés à la prestation des services. Nous reviendrons sur la RAP et d'autres méthodes de recherche plus en détail dans le Chapitre 5.

Il est naturellement très important que chercheurs et exécutants s'associent dans la conduite de la recherche sur la mise en œuvre dans les situations où les problèmes centraux sont liés à l'amélioration de la qualité et à l'intensification d'un programme, qui touchent l'une et l'autre de nombreux acteurs. Ainsi qu'il est noté dans le chapitre précédent, l'intensification revêt de nombreuses formes et peut inclure non seulement l'expansion des services, mais également le renforcement des capacités organisationnelles, financières et politiques des organisations chargées de l'exécution, et les processus d'apprentissage qui suscitent l'intérêt des organismes chargés de l'exécution, des bénéficiaires, des organismes de financement et des responsables [29]. Vu les multiples facettes de ces activités, elles nécessitent des recherches diversifiées. Une solide collaboration entre les acteurs est préférable pour la réalisation de ces études.

Quel que soit le sujet étudié, il est surtout important que chercheurs et exécutants reconnaissent l'utilité de nouer entre eux une relation symbiotique – dans laquelle les exécutants communiquent leurs réactions depuis les premières lignes, tandis que les chercheurs apportent leurs compétences concernant les méthodes de recherche nécessaires pour la réalisation d'études fiables. Ce n'est que par cette union que les acteurs concernés peuvent s'assurer que le savoir généré demeure valable, et qu'il correspond aux besoins.

L'IMPORTANCE DES PARTENARIATS DANS LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE

Vu l'importance de la collaboration dans la recherche sur la mise en œuvre, les compétences requises pour établir et maintenir les partenariats sont un élément essentiel à prendre en considération. Il s'agit notamment d'encourager des liens de collaboration entre les principaux acteurs associés à l'élaboration des politiques, à la gestion des programmes et à la recherche. Un exemple intéressant de la manière dont la collaboration peut fonctionner est le cas précité du Ghana, où chercheurs et exécutants se sont réunis à la fin des années 1990 pour trouver le moyen optimal de concevoir un système national d'assurance-maladie (Encadré 1) [7]. En commençant par ce que l'on appelle la recherche formative, qui consiste

à étudier la communauté à l'intention de laquelle une intervention donnée est planifiée, les chercheurs et les exécutants ont travaillé en étroite collaboration, prenant conjointement les décisions relatives à la conception de la recherche pour s'assurer qu'elle puisse fournir des

Les exécutants communiquent leurs réactions depuis les premières lignes, tandis que les chercheurs apportent leurs compétences concernant les méthodes de recherche nécessaires pour la réalisation d'études fiables.

données sûres, et qu'elle le fasse en respectant les délais auxquels étaient tenues les autorités sanitaires du district [7]. L'expérience du Ghana témoigne non seulement de l'utilité de la collaboration, mais aussi de l'importance d'une approche évolutive et itérative de la recherche sur la mise en œuvre.

ANCER LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE

Une manière d'améliorer la collaboration et d'encourager les partenariats dans le domaine de la recherche sur la mise en œuvre consiste à l'intégrer dans la prise des décisions politiques et programmatiques. Dans la mesure où la recherche sur la mise en œuvre découle souvent d'activités programmatiques bien établies et où elle bénéficie directement aux programmes, il est logique d'en faire une partie intégrante des opérations programmatiques depuis le début, et non une activité accessoire, qui fournira alors des données sur le contexte et permettra de faire des comparaisons qui seront utiles ultérieurement pour l'élaboration des programmes. Si la recherche sur la mise en œuvre avait fait partie intégrante du projet pilote des moustiquaires imprégnées d'insecticide du Ghana en 2004 dès le début, l'écart entre le Ghana et la République-Unie de Tanzanie concernant la production et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide aurait été remarqué à temps et les concepteurs du projet pilote auraient pu apporter les ajustements nécessaires,

et sauver ainsi des vies et des ressources essentielles [6].

Pour intégrer efficacement la recherche sur la mise en œuvre dans les processus décisionnels liés à la mise en œuvre il ne suffit pas d'ouvrir de bonne heure des lignes de communication avec les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre; la recherche sur la mise en œuvre doit être ancrée dans l'activité globale de conception, de planification et de prise des décisions. Cet ancrage peut être réalisé de trois manières : premièrement, en intégrant le financement de la recherche et des activités programmatiques; deuxièmement, en appliquant systématiquement les recherches et les enquêtes scientifiques dans la recherche de solutions aux problèmes; et troisièmement, en recourant à la prise conjointe des décisions dans le processus de la recherche et de la mise en œuvre. Nous examinons tour à tour chacun de ces impératifs.

► Intégrer le financement de la recherche et des activités programmatiques

La manière dont la recherche sur la mise en œuvre est conduite dépend dans une grande mesure des modalités de son financement. Le financement de la recherche ne suit généralement pas le même canal que le financement des programmes. Tel est aussi bien le cas des bailleurs de fonds internationaux que des pouvoirs publics qui disposent le plus souvent d'un budget pour les programmes et d'un budget pour la recherche. Du fait de cette séparation, les cycles de financement de la recherche ne correspondent pas toujours aux besoins des programmes. De la même façon, de nombreux travaux de recherche sont attribués sur compétition, souvent à l'initiative particulière de chercheurs, alors que la compétition n'entre d'ordinaire pas en ligne de compte concernant le financement des programmes, qui peut exiger que des équipes ou des administrateurs de programme définissent les questions pertinentes. C'est aussi là une cause d'incompatibilités entre les besoins des programmes et les objectifs des recherches, qui n'incite pas les chercheurs à relier leurs travaux aux obstacles et aux problèmes réels qui surviennent au cours de la mise en œuvre des programmes. De plus, le processus et les délais pour la publication des appels d'offres de propositions de recherche et la sélection des études dépassent souvent le temps dont disposent les responsables des programmes pour prendre des décisions importantes au sujet de la mise en œuvre.

Là où le financement de la recherche sur la mise en œuvre est intégré dans les budgets des programmes, il y a davantage de possibilités de faire coïncider les recherches avec les besoins des programmes. C'est la démarche suivie par Bloomberg Philanthropies dans deux grandes initiatives mondiales pour la prévention du tabagisme et la sécurité routière. Dans les deux cas, la fondation a versé des fonds à un consortium de partenaires incluant la société civile, des chercheurs universitaires, et des organismes techniques, pour collaborer à la mise en œuvre d'interventions de santé publique à grande échelle. Chacun des partenaires du consortium joue un rôle et contribue à différents aspects de la mise en œuvre. Dans le cas de l'initiative contre le tabagisme, l'accent portait sur l'adoption de lois antitabac et la recherche sur le coût de la lutte antitabac et ses incidences politiques a été accompagnée d'activités de sensibilisation [30]. De la même façon, pour l'initiative sur la sécurité routière dans 10 pays, les chercheurs travaillent avec les partenaires chargés de l'exécution pour appuyer les activités de surveillance, suivre et évaluer les progrès, et fournir des informations essentielles liées aux perceptions des acteurs concernés et des communautés sur les interventions en cours de mise en œuvre [31]. Non seulement cette approche fondée sur la collaboration reconnaît le rôle individuel joué par les différents partenaires dans le processus de la mise en œuvre mais elle permet aussi d'harmoniser les questions posées par la recherche et les besoins des programmes tout en facilitant la participation d'acteurs multiples au processus de recherche – assurant ainsi l'utilisation des données produites à l'appui de la mise en œuvre.

► **L'application systématique de la recherche et de l'investigation scientifique dans les activités programmatiques**

S'il est important d'intégrer le financement de la recherche et des programmes, l'application systématique de la recherche doit en outre être institutionnalisée dans le processus décisionnel des programmes pour que la recherche sur la mise en œuvre devienne un élément central de l'activité de résolution des problèmes. Plusieurs moyens peuvent être utilisés à cet effet. Pour commencer, l'établissement de protocoles et/ou de processus décisionnels liés à la mise en œuvre et à l'intensification des interventions et qui font explicitement référence à la recherche, est un bon moyen de s'assurer que les problèmes et les questions à examiner sont traités de façon

systématique.

Le cadre OMS/ExpandNET pour le passage à grande échelle est un exemple utile de la manière dont la recherche et l'investigation scientifique peuvent être intégrées dans ces processus. Le cadre inclut des questions auxquelles il faut répondre – parfois au moyen de la recherche sur la mise en œuvre – et qui font partie des neuf étapes que les exécutants devront prendre en considération lors de l'extension d'un programme [16]. L'intégration des questions posées par la recherche sur la mise en œuvre dans un cadre en vue de l'extension ancre efficacement la recherche dans la prise des décisions liées à l'extension des interventions. Le cadre OMS/ExpandNET propose aussi une approche multidisciplinaire qui utilise différents acteurs pour guider le processus d'intensification afin d'assurer l'existence de partenariats et d'une collaboration à tous les stades, et notamment pendant la conduite de la recherche sur la mise en œuvre [16].

La recherche et l'investigation scientifique peuvent aussi être intégrées dans le processus décisionnel des programmes moyennant le suivi et l'évaluation obligatoires, dont l'utilité comme base de la recherche sur la mise en œuvre a déjà été notée [32]. L'obligation de relier le suivi et la mise en œuvre des programmes garantit que les problèmes et les difficultés, dont certains peuvent être résolus par la recherche sur la mise en œuvre, sont régulièrement détectés. L'obligation d'évaluer les programmes contribue également à améliorer la responsabilisation et l'apprentissage à plus long terme. Cela aide également à systématiser la manière dont les problèmes de mise en œuvre sont perçus, et à assurer la pertinence de la recherche sur la mise en œuvre pour le programme. Un exemple intéressant de l'utilité de ce type d'ancrage est la législation qui exige l'évaluation systématique de tous les programmes sociaux financés par l'État au Mexique, et qui a aidé à dépolitiser le processus décisionnel tout en améliorant la pertinence des données issues de la recherche pour les exécutants et les autres décideurs [32, 33].

► **Partage des responsabilités en matière décisionnelle**

L'aspect ultime de la recherche intégrée est peut-être le plus important, en même temps que le plus difficile à réaliser. La mise en œuvre et l'extension des programmes

exigent un certain niveau de souplesse et évoluent souvent sous la pression des délais à tenir. Aussi toutes les recherches à l'appui de ces activités doivent-elles tenir compte de ces réalités. Cela signifie que les décisions relatives aux modèles, aux méthodes et aux résultats des recherches ne doivent pas seulement reposer sur le point de vue des chercheurs mais qu'elles doivent également refléter les vues des exécutants et des autres acteurs concernés. Les chercheurs, par exemple, sont peut-être les seuls à souhaiter obtenir des données probabilistes qui peuvent être justifiées au moyen d'analyses statistiques, tandis que les délais à tenir peuvent imposer un modèle de recherche qui produit simplement des données indiquant, par exemple, si une stratégie a permis un certain niveau de couverture dans une population ou si la qualité des services répond à certaines normes (ce qu'on appelle parfois une déclaration d'adéquation) sans nécessairement tenir compte des influences extérieures éventuellement responsables du changement [4, 34].

Les approches fondées sur la collaboration présentent un certain nombre de possibilités pour la recherche sur la mise en œuvre, mais elles comportent aussi des difficultés.

De la même façon, les questions sur lesquelles porte la recherche sur la mise en œuvre, dans de nombreux cas, doivent être conçues conjointement par les chercheurs et les décideurs pour refléter leurs points de vue différents. Ainsi qu'il a été noté précédemment, les exécutants et les chercheurs abordent souvent les problèmes sous des angles légèrement différents, les exécutants focalisant leur attention sur les obstacles et les problèmes particuliers liés à la mise en œuvre, et les chercheurs s'employant à formuler des questions qui se prêtent à l'étude et auxquelles la recherche peut apporter une réponse. Cet écart dans les priorités était apparent dans la mise en œuvre de l'étude sur l'utilisation de matériaux destinés à accroître la visibilité pour la sécurité des motocyclistes en Malaisie (Encadré 5). Les chercheurs et les décideurs

à différents niveaux ont élaboré conjointement les questions posées par la recherche et un modèle d'étude qui ont fourni des données factuelles (sur la faisabilité d'une intensification dans un district), qui répondaient aux besoins des décideurs, tout en recourant à des méthodes quasi expérimentales, gages de la rigueur de l'étude et de l'indépendance et de l'objectivité nécessaires au bon déroulement du travail des chercheurs [35]. L'exemple malais prouve qu'il est possible de répondre à différentes préoccupations, si l'on est prêt au compromis, ce qui ne devrait pas être considéré comme habituel. Le fait est que le partage des responsabilités en matière décisionnelle n'est pas toujours aisé, et que toutes les décisions ne feront pas non plus l'unanimité. Cela montre néanmoins que les décisions peuvent reposer sur une multitude de points de vue et qu'il est possible de tenir dûment compte des compétences et des connaissances des différents acteurs.

LES PROBLÈMES QUE POSENT LES PARTENARIATS

Même dans ce bref exposé sur la recherche sur la mise en œuvre intégrée, le lecteur doit bien voir que si les méthodes fondées sur la collaboration offrent un certain nombre de possibilités, elles présentent aussi des difficultés. Cela tient en partie à la complexité des systèmes de santé et à l'interaction des multiples acteurs qui y travaillent. S'il est courant d'évoquer les acteurs essentiels en fonction de leur rôle fondamental, et de les répartir entre décideurs, administrateurs de programme, travailleurs de première ligne, et les patients qu'ils desservent, par exemple, il est important de reconnaître que tous les rôles peuvent être joués à différents niveaux et que les frontières entre les participants sont parfois floues.

Ainsi, les décisions qui fixent les priorités et conduisent à l'élaboration des politiques et des programmes peuvent être prises initialement au niveau national d'un système de santé donné, mais lorsque les décisions du niveau central sont transmises en vue de leur mise en œuvre, des initiatives destinées à résoudre les problèmes ou à améliorer les opérations peuvent entraîner des modifications des dispositions relatives à la mise en œuvre prises initialement et des décisions centrales. En conséquence, alors que les travailleurs de première ligne sont souvent principalement chargés d'appliquer des décisions et des politiques déjà approuvées, compte tenu de ces effets

locaux, ils peuvent aussi être appelés à fixer les priorités en matière décisionnelle et à formuler des politiques et des programmes connexes. Sous cet angle, les exécutants à tous les niveaux des opérations du système de santé ont un rôle essentiel à jouer – parfois même le rôle principal (notamment dans les études sur l'amélioration de la qualité) dans les activités de recherche sur la mise en œuvre. Un bon exemple d'exécutants associés au processus de recherche est celui des équipes de gestion sanitaire de district au Ghana, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie qui, avec l'appui du groupe de recherche

PERFORM, ont utilisé la méthode de la recherche-action (planifier, agir, observer et réfléchir) pour concevoir puis mettre à l'essai des processus de renforcement de la gestion dans des contextes particuliers, axés sur l'amélioration des résultats du personnel (Encadré 6) [36].

Il apparaît donc que le flux d'informations et la formation d'idées sont souvent alimentés par des chaînes de réactions, mais ne sont pas un processus strictement linéaire. De plus, vu l'importance du processus dans la recherche sur la mise en œuvre, une certaine connaissance du

Encadré 5. Décideurs et chercheurs se rejoignent sur la question des accidents de la circulation routière en Malaisie

Malgré le lien évident qui existe entre savoir et action, les interactions entre ceux qui produisent l'information et ceux qui sont censés utiliser et appliquer cette information sont l'exception et non la règle, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La mise à l'essai de mesures de prévention conçues pour réduire les accidents et les décès liés aux deux-roues en Malaisie est un bon exemple de la manière dont ce type de collaboration peut fonctionner.

En juillet 2005, un département de la sécurité routière (DRS) a été créé au sein du ministère des transports et des réunions entre le DRS et les autres acteurs concernés ont été organisées pour évaluer la propension des décideurs à entreprendre de nouvelles recherches sur les avantages éventuels de l'utilisation de matériaux réfléchissants destinés à améliorer la visibilité des motocyclistes. Fait décisif, les chercheurs et les décideurs sont convenus très tôt de leurs objectifs communs, et de la manière de les atteindre. Les responsables politiques, au départ, étaient sceptiques, pensant que la recherche prendrait trop de temps et qu'ils pourraient résoudre la plupart des problèmes liés à la mise en œuvre dans tout le district d'une intervention utilisant des matériaux destinés à améliorer la visibilité (VEM). En même temps, l'équipe de recherche avait initialement envisagé un modèle d'étude plus complexe et plus long pour obtenir des résultats plus généralisables. Grâce aux consultations, aux discussions, et aux compromis des acteurs concernés, le groupe est convenu de procéder à un essai de terrain de l'étude utilisant un modèle quasi expérimental qui permettrait d'élargir l'intervention VEM à tout un district, car il était politiquement impossible de choisir au hasard dans un district les motocyclistes qui bénéficieraient de l'intervention. Ce modèle devait aussi permettre d'utiliser les données recueillies systématiquement par la police et les hôpitaux aux fins de l'analyse, réduisant le temps nécessaire pour l'évaluation de base; cela a également renforcé le lien entre la recherche et les activités programmatiques.

Un essai de terrain intéressait particulièrement les responsables politiques car c'était là l'occasion d'obtenir immédiatement des résultats concrets. Cela devait aussi permettre de comprendre comment une telle intervention pouvait être étendue dans le contexte malaisien et comment elle pouvait être maintenue une fois l'essai terminé. L'inconvénient de cette étude, qui allait être rendue très publique, était bien sûr que le VEM se révèle inutile, mais les chercheurs ont pu convaincre le DRS que même des résultats négatifs permettraient de réaliser des économies, le coût de l'étude étant nettement inférieur au coût d'une campagne nationale inefficace sur le VEM. En définitive, l'essai a été lancé publiquement pour sensibiliser l'opinion à cette question, et le projet pour la sécurité des motocyclistes est finalement devenu la campagne « Pour votre sécurité, soyez visibles ».

D'après : Tran et al., 2009 [35]

contexte et des systèmes, et la souplesse et la créativité nécessaires pour trouver les approches méthodologiques appropriées, peuvent revêtir autant, voir plus, d'importance que le respect d'un modèle de recherche fixe reposant sur le point de vue d'une discipline particulière. L'essai clinique contrôlé randomisé, par exemple, dépend

d'une intervention fixe et reproductible comme la prise d'un comprimé, tandis que la mise en œuvre peut inclure des interventions qui changent fréquemment et ne sont pas à proprement parler reproductibles. Un modèle de recherche fixe tel qu'un essai contrôlé randomisé, s'il est adapté aux études sur l'efficacité, ne permettra peut-être

Encadré 6. Des équipes de santé de district utilisent la recherche sur la mise en œuvre pour renforcer les capacités des ressources humaines en Afrique

La pénurie de personnels de santé compétents et motivés empêche dans une large mesure d'améliorer la santé et de sauver des vies en Afrique. Pour remédier à cette insuffisance, il faudrait une stratégie à deux volets qui assure la formation de personnels nouveaux et améliore les résultats du personnel existant. Des facteurs complexes influent sur le travail du personnel, et notamment le niveau et la distribution des effectifs, l'organisation du travail et les ressources requises, les conditions de travail et la rémunération. Le fait de comprendre la nature de ces facteurs et de concevoir des solutions appropriées aux problèmes rencontrés donne la possibilité non seulement d'améliorer le travail accompli par le personnel existant mais aussi de réduire les pertes de personnel.

PERFORM, groupe de recherche actuellement en activité au Ghana, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, centre ses efforts sur le renforcement des capacités locales et l'appropriation des opérations à l'appui de la gestion des ressources humaines et des activités apparentées des systèmes de santé. PERFORM soutient en particulier les équipes de gestion sanitaire de district (DHMT) qui, au moyen d'une série d'ateliers et de réunions d'examen utilise la recherche-action (planifier, agir, observer et réfléchir) pour élaborer puis mettre à l'essai des opérations de renforcement de la gestion dans un contexte particulier destinées à améliorer le travail accompli par le personnel. Les DHMT déterminent les domaines dans lesquels il convient d'améliorer les résultats du personnel de santé, appliquent des stratégies intégrées pour les ressources humaines et les systèmes de santé, réalisables dans le contexte existant et destinées à améliorer le travail du personnel de santé, et suivent la mise en œuvre des stratégies, évaluent les opérations et les effets sur les résultats du personnel de santé et du système de santé plus généralement.

Les DHMT **planifient** ensuite leur propres « bouquets » de stratégies pour les ressources humaines et les systèmes de santé, **agissent** pour mettre en œuvre ces stratégies et **observent** les effets des stratégies qu'elles ont élaborées sur le travail accompli par les personnels de santé. Elles **réfléchissent** ensuite à la manière dont leurs plans ont été réalisés et, le cas échéant, révisent le plan ou s'attaquent à de nouveaux problèmes, commençant ainsi à ancrer le processus dans leur district.

Les principaux résultats de ce travail en cours incluront des interventions de district élaborées et mises à l'essai, destinées à améliorer à la fois le travail accompli par les personnels de santé et, plus généralement, la gestion des systèmes de santé décentralisés dans ces trois pays d'Afrique. Ces interventions sont potentiellement reproductibles dans d'autres districts du Ghana, de l'Ouganda et de la République-Unie de Tanzanie et dans d'autres pays dotés de systèmes de santé décentralisés. Les résultats de la recherche enrichiront l'ensemble des connaissances sur la manière dont le renforcement de la gestion du personnel en Afrique subsaharienne peut améliorer le travail accompli par les personnels et, plus généralement, les résultats du système de santé. L'approche de la recherche-action contribuera en outre au renforcement des compétences et de la capacité des administrateurs participants à résoudre à l'avenir d'autres problèmes de gestion, et à intensifier cette approche en cas de succès.

D'après : PERFORM Consortium, 2011 [36]

pas de répondre aux questions concernant la mise en œuvre.

Un autre problème inhérent à la collaboration tient aux priorités parfois concurrentes des participants. Les chercheurs, par exemple, peuvent subir des pressions pour publier dans des revues influentes qui privilégient souvent les approches d'une discipline particulière, tandis que les exécutants subissent des pressions pour résoudre le problème aussi rapidement que possible. Ces différences, et il en existe beaucoup d'autres, ne sont pas insurmontables mais il est évident que, sans compromis et, dans certains cas, sans sacrifices de part et d'autre, la collaboration sera au mieux problématique.

Pour accroître leurs chances de collaborer de manière satisfaisante avec leurs partenaires sur le terrain, les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre doivent eux-mêmes aller sur le terrain. Ils comprendront d'autant mieux le contexte et le point de vue d'autrui qu'ils feront l'expérience de ce contexte. Les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre devraient en principe vivre et travailler un certain temps dans le contexte (et dans les organisations) qu'ils se proposent d'étudier afin d'obtenir les informations sur lesquelles reposeront leur modèle de recherche et leurs méthodes de travail. Ce type d'immersion aide également à acquérir une capacité d'écoute, à comprendre le point de vue d'autrui, à nouer un dialogue, à pratiquer la négociation et à résoudre conjointement les problèmes. Bien que ces compétences soient des aspects essentiels de la recherche sur la mise en œuvre, elles ne sont hélas généralement pas reconnues comme des compétences liées à la recherche.

LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE FACE À SES OPPOSANTS

Si utile soit le type d'immersion qui vient d'être décrit, dans certaines situations, l'ancrage de la recherche dans les processus publics n'est simplement pas possible. Les décideurs, les administrateurs, et les organismes de financement ne cherchent pas toujours à savoir comment leurs programmes sont mis en œuvre, sauf, naturellement, s'il peut être établi qu'ils fonctionnent bien. Ils peuvent avoir investi un capital politique et financier considérable dans une politique, et craindre de ne pas produire les résultats

souhaités ou de mal gérer les ressources. Les bailleurs de fonds sont fréquemment hostiles à des recherches qui pourraient mettre en évidence des problèmes de pérennité ou les conséquences négatives involontaires de leurs programmes, comme les problèmes de répartition des ressources humaines qui résultent de l'engagement de personnes pour des projets monovalents, problème fréquent associé notamment aux projets de lutte contre le VIH [27]. De la même façon, les préoccupations des groupes minoritaires n'intéressent pas nécessairement les groupes au pouvoir, notamment en cas de susceptibilités sociales et politiques. Les domaines où se pose ce type de problèmes incluent les questions concernant les hommes qui ont des rapports homosexuels, le traitement des groupes autochtones, la fourniture de services liés à l'avortement, et les pratiques invasives dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines, etc. Les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre qui collaborent avec des groupes défavorisés ou des organisations de la société civile peuvent être dans l'incapacité de collaborer avec leurs opposants. Cela peut être particulièrement problématique lorsque la recherche a lieu dans une zone touchée par un conflit civil persistant. Dans certains cas, une recherche-action participative pourra même être jugée révolutionnaire par le pouvoir en place. En pareil cas, un aspect important du travail des praticiens de la recherche sur la mise en œuvre consistera à trouver le moyen d'intégrer leur recherche dans le processus d'établissement des priorités pour influencer la politique suivie. Cela pourra aussi nécessiter des méthodes qui reposent davantage sur des stratégies de sensibilisation pouvant utiliser des recherches bien conçues.

CONCLUSION

Ce chapitre a tenté de définir les questions essentielles liées à la recherche sur la mise en œuvre, en mettant l'accent en particulier sur l'importance de mener les recherches sur la mise en œuvre en conditions de terrain, en tenant compte du contexte, et en prêtant attention aux besoins du public cible. L'importance de la collaboration et la nécessité de partenariats entre les exécutants, les chercheurs et les autres acteurs concernés ont aussi été soulignées. Le chapitre suivant traite des principes qui fondent les méthodes courantes utilisées dans la

recherche sur la mise en œuvre, et examine la manière dont les questions posées déterminent les méthodes de recherche utilisées. Nous verrons également comment des méthodes peuvent être conçues pour tenter de résoudre le problème de la complexité qui caractérise si souvent la mise en œuvre.



5 QUELLES SONT LES APPROCHES ET LES MÉTHODES APPROPRIÉES POUR LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ La recherche sur la mise en œuvre, comme toute recherche, est régie par deux grands principes : ses résultats doivent être garantis, et ses méthodes doivent être transparentes.
- ▶ Dans la mesure où elle utilise un large éventail d'approches qualitatives, quantitatives et mixtes, parler d'un ensemble restreint de méthodes de recherche sur la mise en œuvre n'a guère de sens.
- ▶ Dans la recherche sur la mise en œuvre, « la question est souveraine », et c'est la question qui détermine la méthode utilisée, et non l'inverse.
- ▶ Les questions posées, reflet de la complexité du terrain, sont souvent complexes. Un large éventail de facteurs contextuels, aux effets imprévisibles nécessitant une adaptation permanente de la part des exécutants, influe sur la mise en œuvre.

QUELLES SONT LES APPROCHES ET LES MÉTHODES APPROPRIÉES POUR LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE ?

« La question est souveraine. »

S'agissant des différentes approches de la recherche sur la mise en œuvre, il est utile de garder à l'esprit ses objectifs fondamentaux qui, ainsi que nous l'avons vu, sont de comprendre comment et pourquoi les politiques, les programmes et les pratiques cliniques et de santé publique fonctionnent ou ne fonctionnent pas dans la pratique, et d'apprendre à les faire mieux fonctionner. La recherche sur la mise en œuvre peut être utilisée plus particulièrement pour : évaluer les changements survenus dans des contextes pratiques, en s'inspirant de l'expérience passée, le cas échéant; comprendre des phénomènes complexes; trouver et/ou tester des idées nouvelles; et prévoir, ou du moins aider à anticiper, ce qui pourrait résulter à l'avenir d'une innovation ou d'un changement particulier. Elle joue aussi un rôle important en informant les acteurs concernés, améliorant ainsi la compréhension, la transparence et la responsabilisation [37]. Enfin, cet aspect n'étant certainement pas le moindre, le but de la recherche sur la mise en œuvre est d'opérer de réels changements, d'améliorer l'efficacité, la qualité, la rationalité et l'équité des politiques, des programmes et des services.

Avant d'examiner certaines des approches possibles de la recherche pour atteindre ces buts, il convient de noter que, si la recherche sur la mise en œuvre diffère à certains égards d'autres formes de recherche, comme toute recherche, elle est régie par deux grands principes. Le premier est que les résultats doivent être garantis, c'est-à-dire validés par des preuves suffisantes. Le second est que ses méthodes doivent être transparentes, c'est-à-dire suffisamment explicites pour que d'autres parties puissent juger de l'adéquation des processus et justifier les conclu-

sions, et qu'elles soient reproductibles [38]. Quelle que soit l'approche utilisée, il est important de tenir compte de ces principes.

La recherche sur la mise en œuvre utilisant un large éventail d'approches qualitatives, quantitatives et mixtes, parler d'un ensemble restreint de méthodes de recherche sur la mise en œuvre n'a guère de sens. Plusieurs méthodes de recherche sont cependant particulièrement utiles pour la recherche sur la mise en œuvre parce qu'elles sont intrinsèquement pratiques et fournissent des informations pratiques; qu'elles permettent de saisir les subtilités du contexte, notamment à mesure qu'il évolue; et qu'elles offrent la souplesse itérative nécessaire pour faire face au changement et évoluer. Suit une brève description de certaines de ces approches.

ESSAIS PRAGMATIQUES

Les tests ou essais d'interventions sanitaires sont souvent décrits comme explicatifs ou pragmatiques. Ces termes distinguaient à l'origine les essais conçus pour aider à choisir entre les soins possibles des essais conçus pour évaluer les causes sous-jacentes hypothétiques. Ainsi, les essais explicatifs cherchent en général à comprendre et à expliquer les avantages fournis par une intervention en situation contrôlée, en utilisant souvent des sujets de recherche clinique soigneusement choisis, tandis que les essais pragmatiques portent sur les effets de l'intervention dans la pratique habituelle. Contrairement aux essais explicatifs, les essais

La recherche sur la mise en œuvre utilisant un large éventail d'approches qualitatives, quantitatives et mixtes, parler d'un ensemble restreint de méthodes de recherche sur la mise en œuvre n'a guère de sens.

pragmatiques cherchent à diversifier au maximum les modalités de mise en œuvre de l'intervention (en termes de situation, par exemple, de prestataires ou de types de patients) afin de pouvoir généraliser au maximum les résultats à d'autres situations [39]. Les essais pragmatiques peuvent ainsi fournir des preuves solides de l'efficacité de la stratégie de mise en œuvre dans la pratique.

Les essais pragmatiques incluent d'ordinaire une importante période formative associant les exécutants et les responsables politiques pour concevoir la stratégie

d'intervention, qui peut parfois donner à tort le sentiment que le modèle est solide et adapté à la situation dans laquelle il est appliqué. Aussi se peut-il, si l'essai n'est pas complété par des méthodes de recherche supplémentaires, que le type de changements qui surviennent dans la pratique – changements des stratégies de mise en œuvre, changements des variables des résultats de la mise en œuvre, ou autres changements non aléatoires des facteurs contextuels – ne soit pas pris en compte. Le modèle de l'intervention dans un essai pragmatique et les

résultats attendus de la recherche doivent de préférence être élaborés en collaboration avec les participants, les bailleurs de fonds et les praticiens qui prennent les décisions relatives à l'intervention, et qui sont directement touchés par le résultat. L'utilité des essais pragmatiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est attestée, comme en témoigne une étude récente réalisée par des chercheurs en Afrique du Sud (Encadré 7) [40].

Encadré 7. Un essai pragmatique en Afrique du Sud

L'un des plus grands obstacles à l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux (TAR) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est le manque de personnel médical pour les administrer. La pénurie de médecins en Afrique du Sud a eu tendance à limiter l'accès au traitement et les chercheurs du service d'application des connaissances du Lung Institute, à l'Université du Cap (Afrique du Sud), ont utilisé des essais pragmatiques pour démontrer que des personnels de santé autres que des médecins étaient capables de subvenir à la demande de soins. L'essai a porté en particulier sur le programme STRETCH de rationalisation des tâches et des rôles pour étendre le traitement et les soins liés au VIH, qui forme le personnel infirmier à l'action éducative pour la mise en route et le renouvellement de la prescription des TAR, et la décentralisation des soins. Trente et un centres de soins primaires ont été répartis de manière aléatoire entre le programme géré par le personnel infirmier et le programme habituel des soins normalisés. L'étude a suivi pendant dix huit mois plus de 8000 patients dans le cadre du programme géré par les personnels infirmiers et 7000 patients dans le groupe des soins normalisés, et observé que les taux de mortalité, les taux de suppression virale, et les autres mesures de la qualité des soins ne différaient pas, quand ils n'étaient pas supérieurs, dans le programme géré par les personnels infirmiers.

D'après : Fairall et al., 2012 [40]

ESSAIS HYBRIDES SUR L'EFFICACITÉ ET LA MISE EN ŒUVRE

Les essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre associent des éléments de recherche sur l'efficacité et des éléments de recherche sur la mise en œuvre pour évaluer à la fois l'efficacité d'une intervention sanitaire, et la stratégie de mise en œuvre utilisée pour la mettre en œuvre. Si les essais pragmatiques n'essaient pas de contrôler ou d'assurer la prestation des services de façon à ce qu'elle réponde à un critère réaliste dans des situations de pratique normale, les essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre interviennent aussi et/ou observent le processus de mise en œuvre tel qu'il se déroule effectivement, par exemple en évaluant les variables des résultats de la mise en œuvre [24].

Un document récent propose trois types de modèles de recherche hybride sur l'efficacité et la mise en œuvre de base, fondés en grande partie sur la priorité accordée aux composantes efficacité ou aux composantes mise en œuvre dans les objectifs de la recherche [24].

- Les modèles du type 1 évaluent les effets d'une intervention sanitaire sur les résultats pertinents tout en observant et en recueillant des informations sur la mise en œuvre. Dans ce type de recherche, le fonctionnement du patient ou les symptômes consécutifs à une intervention sanitaire sont mesurés et, simultanément, la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche de la mise en œuvre adoptée sont évaluées par des méthodes qualitatives, axées sur le processus ou mixtes.

- ▶ Les modèles du type 2 évaluent à la fois les interventions sanitaires et les stratégies de mise en œuvre.
- ▶ Les modèles du type 3 évaluent une stratégie de mise en œuvre tout en observant et en recueillant des informations sur les effets de l'intervention sanitaire sur les résultats pertinents. Les modèles du type 3 évaluent principalement la stratégie de mise en œuvre en mesurant l'adoption des interventions sanitaires et la fidélité à ces interventions.

Les essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre présentent plusieurs avantages. Au lieu de tenter de résoudre les problèmes par étape, en commençant par

Les essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre présentent plusieurs avantages, et notamment l'accélération de l'application des connaissances.

un essai clinique randomisé pour déterminer si une intervention mise en œuvre dans une situation contrôlée fonctionne, puis en passant à des modèles tels que les essais contrôlés randomisés en grappes pour déterminer le meilleur moyen de mettre l'intervention en pratique, les approches hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre

Encadré 8. Application de la recherche sur l'efficacité et la mise en œuvre dans une étude sur les soins du nouveau-né au Bangladesh

Pour obtenir tout l'éventail des données qualitatives et quantitatives nécessaires aux fins de l'évaluation de l'essai contrôlé randomisé qui a été conçu pour évaluer une intervention de soins à domicile et de soins dispensés par des agents de santé communautaire et une intervention de soins communautaires en comparaison des soins habituels du nouveau-né, les chercheurs ont utilisé un éventail de méthodes de recherche, dont les suivantes :

- Recherche quantitative basée sur une enquête auprès des ménages, qui a fourni des estimations de la mortalité néonatale existante et des niveaux d'accouchements en présence de personnel qualifié, qui ont motivé la nécessité d'intervenir, et a aussi fourni les niveaux de départ;
- Recherche qualitative formative, qui a été utilisée pour étudier les pratiques familiales qui compromettent la survie des nouveau-nés, et les obstacles à la sécurité des accouchements et aux soins postnatals. Elle a ensuite servi de base pour l'élaboration de l'ensemble de soins du nouveau-né à domicile (« enrichissement du participant »), et pour la conception d'instruments aux fins de la recherche quantitative (« validité de l'instrument »);
- Observation des soins du nouveau-né pour démontrer la capacité des agents de santé communautaires à diagnostiquer les maladies du nouveau-né;
- Enquêtes auprès des ménages et entretiens approfondis, utilisés pour montrer que l'intervention a été mise en œuvre comme prévu, tandis que les enquêtes, l'observation et les entretiens approfondis ont aussi servi à établir si les nouvelles pratiques de soins du nouveau-né ont été effectivement mises en œuvre (« fidélité de la mise en œuvre »);
- Enquêtes de fond auprès des ménages, utilisées pour évaluer les niveaux de mortalité néonatale et de couverture des services, tandis que la recherche qualitative a servi à expliquer dans le détail comment et pourquoi les pratiques liées à l'accouchement et aux soins postnatals avaient changé, en grande partie du fait de la participation de la communauté locale au programme, et de l'encadrement attentif des agents de santé communautaires (« amélioration de la signification »).

D'après : Baqui et al., 2008 [41]; Baqui et al., 2009 [42]; Choi et al., 2010 [43]; Shah et al. 2010 [44]

permettent aux chercheurs d'évaluer simultanément les effets d'interventions appliquées dans la pratique et la stratégie de mise en œuvre utilisée pour les appliquer. Ces modèles, outre qu'ils accélèrent un processus qui, sinon, prendrait beaucoup de temps, permettent aussi aux chercheurs de mettre en évidence des interactions importantes entre l'intervention et la mise en œuvre. Ils peuvent par conséquent être utilisés pour étayer les décisions relatives aux méthodes de mise en œuvre optimales. La mise à l'essai de l'ensemble de soins du nouveau-né à Sylhet, au Bangladesh est un bon exemple des buts différents pour lesquels conviennent les essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre (Encadré 8) [41-44].

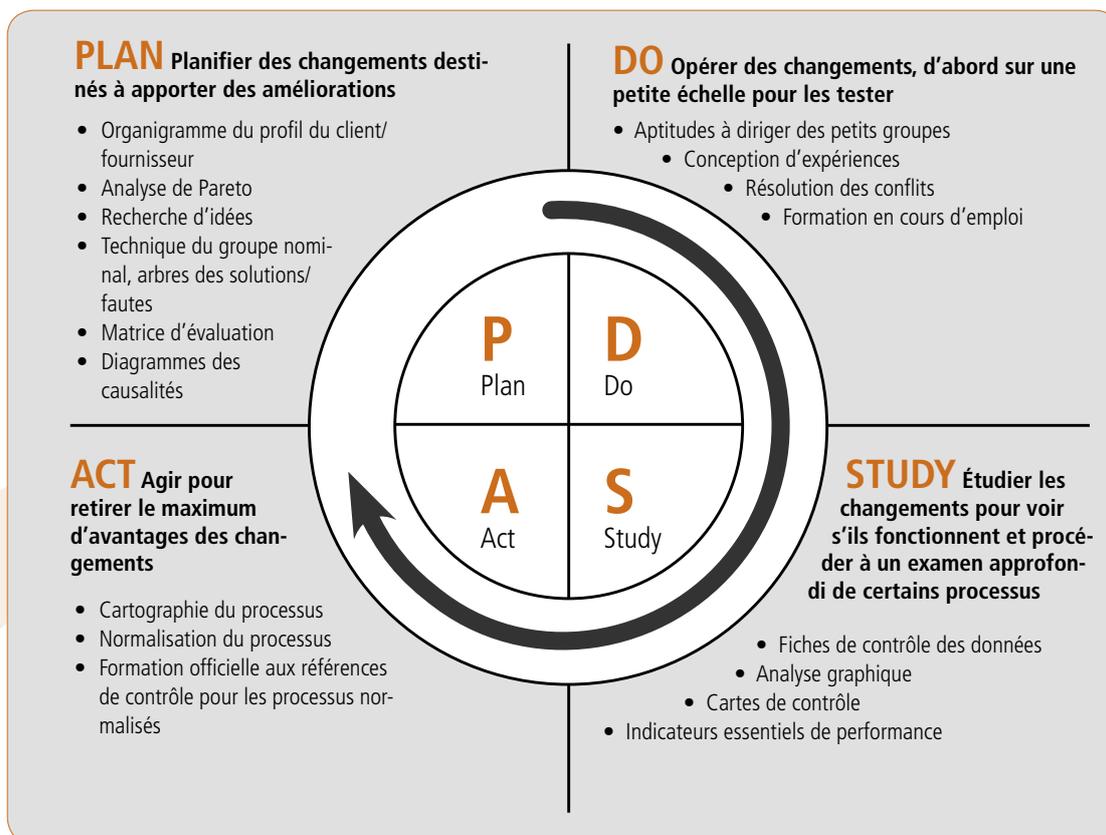
ÉTUDES SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Comme le montre l'exemple du dépistage du cancer du

col de l'utérus au Salvador (Tableau 1), l'étude sur l'amélioration de la qualité des soins de santé se heurte à trois grands problèmes : premièrement, l'évaluation de la qualité dépend naturellement du contexte; deuxièmement, la qualité s'apparente à une cible mobile – les interventions d'amélioration étant modifiées à de nombreuses reprises du fait des réactions concernant les résultats; troisièmement, la réalisation de recherches sur la qualité nécessite aussi généralement la prise en compte d'interventions complexes incluant des éléments multiples. Tout cela a des incidences sur le modèle de recherche [17].

Pour rendre compte de la nature itérative de l'amélioration de la qualité, sorte de cible mobile, les études incluent d'ordinaire un ensemble structuré de processus cycliques, régi par un paradigme connu comme le PDSA (plan-do-study-act cycle), ou « roue de Deming », ou l'une de ses variantes [45]*. Le cycle PDSA permet l'application conti-

Figure 4. Le cycle Plan-Do-Study-Act et les outils de recherche qui peuvent être utilisés à chaque stade



Adapté de : Brassard et al., 1994 [46]

*Le cycle PDSA porte différents noms, et notamment le cycle « plan-do-check-act », le cycle de Shewhart, en référence à Walter Shewhart, qui a été le premier à utiliser les méthodes de « contrôle » statistique dans les années 1930 pour améliorer les processus de fabrication, puis la roue de Deming, en référence à W. Edwards Deming, qui a popularisé les méthodes modernes de contrôle de la qualité et le cycle PDCA devenu plus tard le cycle PDSA.

nue de méthodes scientifiques pour formuler une hypothèse ou un plan en vue d'améliorer la qualité, d'appliquer le plan, d'analyser et d'interpréter les résultats, puis d'élaborer un plan en vue de l'action suivante. Le présent guide n'a pas pour objet de décrire dans le détail les outils qui peuvent être utilisés dans les études PDSA pour améliorer la qualité, mais des exemples sont donnés dans la Figure 4, pour les différents stades du cycle PDSA [46]. Un autre exemple instructif est le travail PDSA effectué au Salvador concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, examiné dans le Chapitre 2.

En règle générale, la recherche PDSA sur l'amélioration de la qualité détermine si l'intervention étudiée – d'ordinaire un changement apporté au processus – améliore sensiblement un résultat. Les résultats obtenus sont ensuite utilisés pour opérer des changements dans l'intervention sur une base cyclique itérative. Aussi les interventions PDSA comportent-elles en général la répétition de tests au fil du temps. Les études PDSA sont souvent désignées comme quasi expérimentales parce que le chercheur ne contrôle pas entièrement l'étude, notamment pour ce qui est de sa capacité à appliquer l'intervention de façon aléatoire à des sujets particuliers [47]. Il existe un large éventail de modèles de recherche quasi expérimentale, certains commentateurs recensant jusqu'à seize types différents, et notant leurs forces et leurs faiblesses respectives aux plans de la valeur interne (l'intervention dans l'étude particulière a-t-elle apporté un réel changement), et de la valeur externe (demandant à quelles populations, quelles situations, quel traitement et quelles variables des résultats l'effet observé peut-il être généralisé) [47].

Les modèles de recherche PDSA sont souvent utilisés pour l'amélioration de la qualité dans les systèmes de santé, car ils permettent d'évaluer des réponses mesurées régulièrement à de nombreuses reprises au fil du temps, dans un même cas ou avec des groupes de comparaison [48]. Les modèles de recherche incluent d'ordinaire : les séries temporelles, avec évaluation initiale et évaluation post-intervention des niveaux et des tendances des résultats obtenus; les séries temporelles multiples, dans lesquelles l'intervention et la situation initiale sont répétées à différents moments ; les séries temporelles où les interventions sont appliquées à différents groupes à différents moments ; et les modèles factoriels où l'intervention est appliquée de façon aléatoire à des groupes pour compa-

rer les séries temporelles. Les données pour ces modèles quasi expérimentaux peuvent provenir d'informations systématiques pour la gestion sanitaire, ou d'enquêtes spéciales destinées à mesurer en particulier les résultats intéressants.

Pour des conseils normalisés sur l'utilisation de systèmes d'information sanitaire et d'enquêtes sur les établissements de santé de qualité, le lecteur peut consulter le rapport de Lindelow et Wagstaff sur les données et les problèmes de mesure que pose l'évaluation des résultats des établissements de santé [49]. Pour des conseils d'ordre général sur la manière de concevoir et de rendre compte des travaux incluant des interventions visant à améliorer la qualité, le lecteur pourra consulter les lignes directrices SQUIRE (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*) [45].

RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE

Toute recherche sur des sujets humains suppose une participation humaine, mais la recherche-action participative (RAP) a ceci de particulier qu'elle confère aux sujets eux-mêmes un pouvoir sur le processus de recherche et une certaine maîtrise de ce processus. La RAP renvoie ainsi à une gamme de méthodes de recherche qui font d'ordinaire appel à des processus itératifs de réflexion et d'action "conduits avec et par la population locale et non sur elle" [28].

Le Tableau 4 présente le type d'approches participatives qui utilisent des priorités et des points de vue définis localement [28]. Si la plupart des méthodes RAP utilisent des techniques qualitatives, des techniques quantitatives et mixtes sont de plus en plus utilisées comme, par exemple, dans l'évaluation rurale participative ou dans les statistiques participatives [50] [51]. Les directives qui existent sur la conduite de la recherche-action participative et l'établissement des rapports sur ce sujet tendent à mettre l'accent sur l'action locale des participants, et non sur la manière dont des chercheurs extérieurs peuvent les utiliser dans leur travail [52, 53].

Plusieurs initiatives fondées sur la RAP ont été mises en œuvre ces dernières décennies dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, et notamment les travaux de l'organisation non gouvernementale indienne, Ekjut, qui aide des associations féminines à améliorer la santé de la

Tableau 4. Comparaison entre recherche-action participative et recherche conventionnelle

| | Recherche-action participative | Recherche conventionnelle |
|--|---|--|
| A quoi sert la recherche ? | Action | Compréhension et action ultérieure possible |
| À qui la recherche est-elle destinée ? | Population locale | Intérêts institutionnels, personnels et professionnels |
| Quelles sont les personnes dont les connaissances comptent le plus ? | Celles de la population locale | Celles des scientifiques |
| Qui choisit le sujet ? | Les priorités locales | Organisme de financement, priorités institutionnelles, intérêts professionnels |
| Pour quelles raisons la méthodologie est-elle choisie ? | Autonomisation et apprentissage | Convention propre à la discipline, « objectivité », « vérité » |
| Qui participe aux différents stades de la recherche ? | | |
| Définition du problème | Population locale | Chercheur |
| Collecte des données | Population locale | Chercheur, personne chargée de la collecte des données |
| Interprétation | Concepts et cadres locaux | Théories et cadres propres à la discipline |
| Analyse | Population locale | Chercheur |
| Présentation des résultats | Accessible et utile localement | Par les chercheurs aux universitaires et aux organismes de financement |
| Mesures découlant des résultats | Partie intégrante du processus | D'ordinaire séparées ou peuvent ne pas prendre effet |
| Qui prend des mesures ? | Population locale, avec ou sans appui extérieur | Organismes extérieurs |
| À qui appartiennent les résultats ? | Partagés | Le chercheur ou le bailleur de fonds |
| Accent mis sur le processus ou sur les résultats ? | Processus | Résultats |

D'après : Cornwall and Jewkes 1995 [28]

Encadré 9. Action participative destinée à améliorer les soins de santé du nouveau-né

Le succès et la pérennité des programmes communautaires destinés à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né nécessitent la participation active des femmes, des familles et des personnels de santé communautaires, or les stratégies utilisées pour faire participer ces groupes sont souvent dirigées de l'extérieur, et imposées par les dirigeants. Depuis 2005, l'organisation non gouvernementale indienne, connue sous le nom d'Ekjut, essaie d'inverser cette tendance en aidant des associations féminines à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés dans les zones tribales des États indiens du Jharkhand et de l'Odisha.

Des animatrices locales guident les associations féminines tout au long d'un cycle d'activités incluant l'apprentissage et l'action participatives, au cours desquelles les femmes désignent, hiérarchisent et analysent les problèmes locaux liés à la santé de la mère et du nouveau-né et élaborent et appliquent ensuite des stratégies pour tenter de les résoudre. L'intervention d'Ekjut a initialement été évaluée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé en grappes réalisé entre 2005 et 2008 dans 36 groupes essentiellement tribaux de trois districts contigus du Jharkhand et de l'Odisha. Une étude récente a fait état d'une baisse significative de la mortalité néonatale dans ces districts à la suite des interventions et conclut que la mobilisation de la communauté par les associations féminines pouvait contribuer à améliorer de manière durable et reproductible la survie des nouveau-nés dans les zones rurales de l'Inde.

D'après : Roy et al., 2013 [54]

mère et du nouveau-né dans les zones tribales des États indiens du Jharkhand et de l’Odisha (Encadré 9) [54].

APPROCHE RÉALISTE

L’objet de l’approche réaliste est de permettre aux décideurs d’acquérir une connaissance plus approfondie de l’intervention et de la manière dont son potentiel peut être accru au maximum dans différentes situations. Cette approche peut être extrêmement utile dans le cas d’interventions politiques et programmatiques, là où la complexité et la diversité dans la mise en œuvre sont des facteurs importants [55].

L’approche réaliste, qui porte habituellement sur des interventions et des programmes sociaux complexes, est ancré dans une particularité fournissant une analyse explicative axée sur ce qui fonctionne pour qui, dans quelles circonstances, à quels égards, et comment [55]. Cela étant, il apparaît clairement qu’une synthèse requiert une certaine forme de généralisation et, dans l’examen réaliste, cette généralisation provient de la reconnaissance des hypothèses sous-jacentes. Aussi, la première étape de l’approche réaliste consiste-t-elle à découvrir et à expliquer les hypothèses sous-jacentes de l’intervention en question, révélant la manière dont elle est censée fonctionner en théorie. Il s’agit là d’un processus itératif qui consiste à affiner la focalisation des questions autour de la nature de l’intervention en évaluant l’intégrité de la théorie sous-jacente, en comparant les théories rivales, et en évaluant la même théorie dans des situations différentes. L’approche réaliste recherche ensuite dans la littérature des preuves empiriques qui appuient, contredisent ou modifient les hypothèses programmatiques sous-jacentes, alliant connaissances théoriques et preuves empiriques, tout en mettant l’accent sur la relation entre le contexte dans lequel l’intervention est appliquée, les mécanismes au moyen desquels elle fonctionne et les résultats produits.

L’étude et l’examen des publications conduisent en définitive à une piste de vérification proprement dite de la littérature examinée, et une étude finale est ensuite réa-

lisée lorsque l’examen est presque achevé. Les différents articles sont évalués sous l’angle de leur pertinence et de leur rigueur méthodologique, et une synthèse est effectuée pour chacune des principales questions de l’examen. Les questions peuvent inclure les suivantes : Quelles parties du programme fonctionnent et quelles parties ne fonctionnent pas ? Pour qui ? Dans quelles circonstances ? Pourquoi ? Finalement, les résultats de l’étude sont communiqués de manière à resserrer les liens avec ceux qui ont commandé l’étude ou qui peuvent l’utiliser, de préférence dans le cadre d’un dialogue avec les pouvoirs publics [56].

L’approche réaliste fournit une analyse explicative axée sur ce qui fonctionne pour qui, dans quelles circonstances, à quels égards, et de quelle manière.

Le rapport OMS de 2011, *Realist Review and Synthesis of Retention Studies for Health Workers in Rural and Remote Areas*, de Dieleman et collègues, illustre la manière dont ce type d’étude peut être utilisé pour comprendre des facteurs contextuels et les principaux mécanismes sur lesquels reposent de nom-

breuses stratégies de fidélisation [57]. Ce rapport adopte un cadre analytique axé sur un ensemble « contexte-mécanisme-résultat » qui décrit comment une intervention – dans ce cas des stratégies de fidélisation des travailleurs – interagit avec un contexte particulier – dans ce cas des zones rurales et reculées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire – et comment elle donne certains résultats. Les théories sur lesquelles repose l’intervention, avec cette approche, sont précisées et testées au moyen de scénarios là où l’intervention a été mise en œuvre [57].

RECHERCHE MIXTE

La recherche mixte, comme son nom l’indique, utilise à la fois des méthodes qualitatives et des méthodes quantitatives de collecte et d’analyse des données dans une même étude. Si la recherche mixte n’est pas spécifiquement conçue pour la recherche sur la mise en œuvre, elle est particulièrement adaptée à ces activités de recherche parce qu’elle constitue un moyen pratique de comprendre plusieurs points de vue, différents types de liens de causalité, et différents types de résultats – tous courants dans les situations de mise en œuvre. Les approches utilisant la recherche mixte peuvent être extrêmement utiles et elles

sont applicables à toute une gamme d'objets – jusqu'à 65 selon une étude [58]. Ceux-ci peuvent se résumer à quatre objets principaux [59]*.

- ▶ Enrichissement des participants : obtenir un maximum d'informations d'un échantillon de participants (au moyen, par exemple, d'un questionnaire d'enquête type suivi d'une demande d'explications approfondies).
- ▶ Validité de l'instrument : s'assurer que les instruments utilisés sont adaptés et utiles (utilisation de groupes thématiques, par exemple, pour choisir les sujets d'un questionnaire ou en tester la validité).
- ▶ Fidélité de la mise en œuvre (intégrité du traitement) : établir si l'intervention ou le programme est mis en œuvre comme prévu.
- ▶ Amélioration du sens : optimiser l'interprétation des résultats, par exemple en utilisant des mesures qualitatives pour expliquer l'analyse statistique ou inversement.

Il existe un certain nombre de systèmes qui décrivent des types différents de recherches mixtes, selon l'attention prioritaire des différentes approches, les systèmes d'échantillonnage utilisés pour les différentes parties de l'étude, le choix du moment et la chronologie des méthodes qualitatives et quantitatives, et la part respective des méthodes qualitatives et quantitatives [60, 61]. Les modèles entièrement mixtes utilisent des méthodes qualitatives et des méthodes quantitatives à chaque stade de la recherche – échantillonnage et collecte et analyse des données, et conclusions. Les lecteurs intéressés pourront consulter le manuel de Tashakkori et Teddlie qui décrit 35 modèles différents, ou l'article de Onwuegbuzie et Colins qui décrit 24 systèmes d'échantillonnage différents [55, 61]. Plusieurs auteurs donnent des indications générales sur la conception et l'application des modèles mixtes et les comptes rendus sur ces méthodes [59, 60, 62, 63]. Un système simple permettant de rendre compte de manière

satisfaisante d'une recherche mixte (GRAMMS) est décrit ci-après [64].

- ▶ Décrire les raisons qui justifient l'utilisation d'une approche mixte pour répondre aux questions posées par la recherche.
- ▶ Décrire le modèle sous l'angle de l'objet, des priorités et de la chronologie des méthodes.
- ▶ Décrire chaque méthode sous l'angle de l'échantillonnage et de la collecte et de l'analyse des données.
- ▶ Décrire où l'intégration a eu lieu, comment elle a eu lieu et qui y a participé.
- ▶ Décrire les inconvénients dus à l'association de deux méthodes différentes.
- ▶ Décrire les enseignements pouvant résulter de l'association ou de l'intégration de différentes méthodes.

L'IMPORTANCE DE LA QUESTION POSÉE

Si l'on considère que les différentes méthodes de recherche décrites ci-dessus constituent une boîte à outils de base pour les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre, il est important de se souvenir que, dans la recherche sur la mise en œuvre, c'est la question posée qui décide de l'outil à utiliser et non l'outil qui dicte la forme de la question. En un mot, dans la recherche sur la mise en œuvre, la question est souveraine. Cela ne signifie pas que l'activité est purement ponctuelle et ne laisse pas de place à des concepts globaux; certaines notions théoriques aident en fait à réfléchir sur les processus de mise en œuvre, et notamment les théories du changement qui essaient d'expliquer ce qui est nécessaire pour atteindre un but à long terme comme l'amélioration de la santé.

Une théorie du changement doit décrire une suite ou une voie logique avec des ensembles de résultats sur le chemin du but, et refléter les hypothèses concernant les

*Les expressions utilisées par les auteurs diffèrent légèrement de celles qui sont employées ici. Nous avons voulu éviter toute confusion avec d'autres expressions employées dans la recherche sur la mise en œuvre. Au lieu de « fidélité de l'instrument » utilisé par les auteurs, nous parlons de « validité de l'instrument » pour éviter toute confusion avec « fidélité de la mise en œuvre ». Les auteurs utilisent « intégrité du traitement » pour désigner la « fidélité de la mise en œuvre ». Là où les auteurs utilisent l'expression « amélioration de la signification », qui peut être confondue avec la vérification de la signification statistique dans la recherche quantitative, nous parlons de « l'amélioration du sens ».

changements apportés. Les étapes en chemin et les hypothèses quant aux raisons de leur survenue font souvent l'objet de recherches pour des vérifications, des tests ou de plus amples explications. Il convient également de noter les enseignements précieux issus de certains des travaux réalisés sur la théorie de la mise en œuvre, et

notamment le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), modèle utile pour l'organisation de concepts essentiels dans la recherche sur la mise en œuvre (Encadré 10) [65-67].

Encadré 10. Théorie de la mise en œuvre

Plusieurs théories ont été élaborées pour promouvoir la mise en œuvre efficace des interventions sanitaires. Beaucoup tentent d'expliquer les comportements individuels ou collectifs autour des questions de mise en œuvre. Le cadre RE-AIM (champ d'action, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien), par exemple, est couramment utilisé dans les interventions de promotion de la santé et il constitue un moyen pratique d'évaluer les effets des interventions sanitaires sur la base des changements observés chez les personnes, dans les organisations et dans les communautés. La théorie de la diffusion des innovations cherche à expliquer comment les innovations se propagent, en mettant en évidence l'importance des caractéristiques perçues de l'innovation (avantage relatif, compatibilité avec les approches existantes, capacité d'observer les résultats, capacité de tester l'innovation, et sa complexité), du caractère innovant de l'entité qui l'adopte, du système social, des processus individuels d'adoption, et du système de diffusion.

Le CFIR (cadre unifié pour la recherche sur la mise en œuvre) a été conçu pour regrouper les diverses théories et expressions utilisées à l'appui de la poursuite de la mise au point de la théorie et de la mise à l'essai des modalités d'application des interventions de santé qui se sont révélées efficaces. Le CFIR se compose de cinq éléments : 1. caractéristiques de l'intervention; 2. cadre extérieur; 3. cadre intérieur; 4. caractéristiques des personnes associées; et 5. le processus de la mise en œuvre. Des notions telles que le renforcement et la qualité des preuves sont liées au domaine de l'intervention, tandis que des questions comme les besoins et les ressources des patients font partie du cadre extérieur. Les notions liées au cadre intérieur de l'organisation incluent sa culture et l'engagement de la direction. Les attitudes, les croyances et les capacités individuelles jouent également un rôle de premier plan, tandis que d'autres facteurs influents sont liés au processus de la mise en œuvre lui-même (planifier, évaluer et réfléchir, par exemple).

D'après : Glasgow et al., 2009 [65]; Rogers et al., 2003 [66]; Damschroder et al., 2009 [67]

HARMONISER LES MÉTHODES ET LES QUESTIONS POSÉES

Vu l'importance de la question posée par la recherche, il est utile d'examiner un instant les types de questions susceptibles d'être posées, et les méthodes de recherche qui pourraient permettre d'y répondre. Une manière de procéder consiste à répartir les questions posées en un nombre limité de catégories fondées sur l'objectif essentiel de la recherche à effectuer, comme nous l'avons fait dans le Tableau 5 [4, 34, 58].

Ainsi, dans le deuxième exemple, l'une des principales questions posées en vue de décrire les phénomènes de la mise en œuvre est : « Qu'est-ce qui décrit les principaux facteurs qui influent sur la mise en œuvre dans un contexte donné ? » Suivent les types de méthodes de recherche de nature à produire les informations requises, liste incluant des méthodes quantitatives (enquêtes transversales ou descriptives, analyse de réseau) et des méthodes qualitatives. Un aspect remarquable des méthodes proposées est l'importance accordée à la recherche qualitative, et en particulier aux recherches conçues pour emmagasiner une abondance de détails au moyen, par exemple, d'études de cas, d'entretiens avec des informateurs clefs, et de groupes thématiques.

Dans l'exemple des prévisions, les questions posées destinées à fournir des prévisions utilisent des connaissances ou des théories antérieures pour prévoir des événements futurs. La recherche peut recourir à diverses méthodes quantitatives, y compris la modélisation basée sur les agents, qui fait appel à des modèles statistiques pour simuler les actions et les interactions d'agents autonomes comme des organisations ou des groupes en vue d'évaluer leurs effets sur le système dans son ensemble, et l'extrapolation des données et l'analyse de sensibilité. Ces méthodes peuvent être complétées par des recherches qualitatives comme des exercices de construction de scénarios et la méthode « Delphi » qui confie à un groupe d'experts le soin de faire des prévisions, en général à partir d'un questionnaire, et se déroule en plusieurs cycles entre lesquels un animateur donne un résumé anonyme des prévisions. Ces prévisions présentent à l'évidence un intérêt particulier là où une innovation importante est adoptée, comme dans le cas du programme des bons de réduction pour les moustiquaires imprégnées d'insecti-

cide en République-Unie de Tanzanie ou celui du système d'assurance au Ghana.

Ainsi qu'il est noté dans les chapitres précédents, la recherche sur la mise en œuvre est d'autant plus utile qu'elle est effectuée en conditions de terrain et évalue le contexte et les autres facteurs qui influent sur la mise en œuvre, certaines recherches évaluant en particulier les stratégies de mise en œuvre et/ou mesurant les variables des résultats de la recherche [68].

CONCLUSION

Ce chapitre a tenté de recenser les caractéristiques des méthodes de recherche choisies sur la base de leur utilité pour les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre, et de proposer des moyens d'appliquer ces méthodes à certaines questions posées par la recherche sur la mise en œuvre. Le prochain chapitre portera sur l'harmonisation de la recherche sur la mise en œuvre et des besoins, tant sous l'angle de l'action imposée par le matériel étudié que sous l'angle des besoins du public cible.

Tableau 5. Types d'objectifs de la recherche sur la mise en œuvre, de questions sur la mise en œuvre et de méthodes de recherche

| Objectif | Description | Question relative à la mise en œuvre | Méthodes de recherche et approches de la collecte des données* |
|-------------------|--|--|---|
| Étudier | Étudier sous tous ses aspects une idée ou un phénomène pour formuler des hypothèses ou des généralisations à partir d'exemples particuliers | Quels peuvent être les facteurs et les agents responsables de la mise en œuvre satisfaisante d'une intervention sanitaire ? De l'amélioration ou de l'expansion d'une intervention sanitaire ? | Méthodes qualitatives : Théorie ancrée, ethnographie, phénoménologie, études de cas et approches narratives; entretiens avec des informateurs clés, groupes thématiques, examens rétrospectifs Méthodes quantitatives : Analyse des réseaux, Enquêtes transversales Méthodes mixtes : Association de méthodes qualitatives et quantitatives |
| Décrire | Définir et décrire le phénomène et ses corrélats ou ses causes éventuelles | Qu'est-ce qui décrit le contexte dans lequel se situe la mise en œuvre ? Qu'est-ce qui décrit les principaux facteurs qui influent sur la mise en œuvre dans un contexte donné ? | Méthodes quantitatives : Enquêtes transversales (descriptives), analyse des réseaux Méthodes qualitatives : Théorie ancrée, ethnographie, phénoménologie, études de cas et approches narratives; entretiens avec des informateurs clés, groupes thématiques, examens rétrospectifs Méthodes mixtes : Enquête tant qualitative que quantitative avec données et analyses convergentes |
| Influencer | Vérifier si une intervention produit un résultat escompté. | | |
| Avec adéquation | Avec une confiance suffisante dans le fait que l'intervention et les résultats se produisent | La couverture d'une intervention sanitaire évolue-t-elle chez les bénéficiaires de l'intervention ? | Études avant-après ou séries chronologiques chez les bénéficiaires de l'intervention seulement; Recherche-action participative |
| Avec plausibilité | Avec davantage de confiance dans le fait que le résultat est dû à l'intervention | L'attribution d'un résultat sanitaire à l'intervention mise en œuvre et non à d'autres causes est-elle plausible ? | Essais en grappes non randomisés concomitants : intervention sanitaire mise en œuvre dans certaines zones et non dans d'autres; étude avant-après ou étude transversale chez des bénéficiaires et des non-bénéficiaires du programme ; études habituelles sur l'amélioration de la qualité |
| Avec probabilité | Avec une forte probabilité (calculée) que le résultat est dû à l'intervention | Un résultat sanitaire est-il dû à la mise en œuvre de l'intervention ? | Essais partiellement contrôlés : Examens pragmatiques et essais randomisés en grappes; Intervention sanitaire mise en œuvre dans certaines zones et non dans d'autres; Essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre |
| Expliquer | Élaborer ou développer une théorie pour expliquer la relation entre les concepts et les raisons de la survenue des faits, et la manière dont ils se sont produits. | Comment et pourquoi la mise en œuvre de l'intervention a des effets sur le comportement sanitaire et sur les services ou l'état de santé dans toutes ses variations ? | Méthodes mixtes : Enquête tant qualitative que quantitative avec données et analyses convergentes Méthodes quantitatives : Mesures répétées du contexte, des acteurs, de la profondeur et de l'ampleur de la mise en œuvre dans toutes les sous-unités; définition du réseau; peuvent utiliser des modèles pour des conclusions confirmatives; Essais hybrides sur l'efficacité et la mise en œuvre; Méthodes qualitatives : Etudes de cas, approches phénoménologiques et ethnographiques avec entretiens avec des informateurs clés, groupes thématiques, examens rétrospectifs Recherche-action participative |
| Prévoir | Prévoir des événements futurs à partir de connaissances ou de théories antérieures | Quelle est l'évolution future probable de la mise en œuvre ? | Méthodes quantitatives : Modélisation basée sur les agents; Simulation et modélisation prévisionnelle; Extrapolation des données et analyse de la sensibilité (analyse des tendances, modélisation économétrique) Méthodes qualitatives : Exercices de construction de scénarios; Méthode Delphi appliquée à des personnalités influentes |

D'après : Peters et al., 2009 [4], Habicht et al 1999 [34]



6 COMMENT LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DOIT-ELLE ÊTRE CONDUITE ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ La recherche sur la mise en œuvre doit correspondre aux besoins, et satisfaire aux exigences du public cible tout en tenant compte des particularités du sujet étudié.
- ▶ Les modèles de recherche doivent être réactifs et capables de tenir compte de l'évolution des éléments à des stades multiples.
- ▶ Il n'existe pas de règle fixe concernant la justification du choix d'une méthode de recherche particulière pour la recherche sur la mise en œuvre, sinon que les méthodes utilisées doivent refléter les questions posées.

COMMENT LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DOIT-ELLE ÊTRE CONDUITE ?

« Soyez à l'écoute des demandes de votre sujet et de votre public. »

Après avoir vu de quelle manière la question, dans la recherche sur la mise en œuvre, pouvait être considérée comme « souveraine », nous aborderons dans le présent chapitre l'importance de l'harmonisation de la recherche avec les besoins, qu'il s'agisse de satisfaire aux exigences du public cible ou de tenir compte des particularités du sujet étudié.

Si la recherche sur la mise en œuvre a un rôle à jouer dans l'élaboration de concepts théoriques, les données issues de la recherche sur la mise en œuvre ont le plus souvent vocation à être utilisées en conditions de terrain, et non par d'autres chercheurs. Cela signifie que le praticien de la recherche sur la mise en œuvre doit être conscient de l'usage qui sera fait de son travail. L'une des considérations essentielles à cet égard est le niveau de certitude requis concernant les résultats et les projections. Un décideur, par exemple, pourra rechercher des signes solides du fonctionnement futur d'une intervention donnée, sans nécessairement avoir le temps d'effectuer les recherches prolongées qui renforceraient cette certitude. L'essai de terrain quasi expérimental du type décrit dans le chapitre précédent sur les matériaux réfléchissants et les accidents de deux-roues peut être adapté, et surtout plus approprié, pour répondre aux questions qui sont posées par la recherche.

Ces différences ont des incidences importantes pour le modèle de base de la recherche, qu'il s'agisse de la taille de l'échantillon, de la nécessité de groupes de comparaison parallèles et de la randomisation des participants à l'intérieur de ces groupes, ainsi que du coût et des délais fixés pour la réalisation de la recherche [4, 34]. Différentes méthodes de recherche ont aussi des incidences sur le budget et le calendrier. Des études exploratoires ou descriptives simples cherchant à établir ce qui se passe, par exemple, ne nécessiteront pas nécessairement une

observation à long terme. Mais des études qui évaluent l'influence d'une intervention requièrent d'ordinaire des observations à deux moments distincts au minimum, des mesures plus fréquentes pouvant être nécessaires s'il y a lieu d'évaluer des facteurs changeants de la mise en œuvre.

Si la principale question posée par la recherche vise à expliquer comment et pourquoi la mise en œuvre évolue d'une certaine façon, les exigences concernant le modèle de recherche sont d'autant plus grandes, nécessitant des observations multiples pour tenir compte des changements dus aux différents types de personnes interrogées. Ainsi, dans une situation où la préoccupation majeure est la non-conformité avec les directives relatives, par exemple, à la prescription des antimicrobiens, une étude quantitative des niveaux de prescription des antimicrobiens devra être accompagnée au minimum de recherches destinées à rendre compte des niveaux de sensibilisation à l'usage rationnel des médicaments, et de l'attitude des médecins et des patients et de leurs interactions. Même là, cependant, des facteurs contextuels essentiels échapperont probablement au praticien de la recherche sur la mise en œuvre s'il ne creuse pas davantage ou n'étend pas plus largement son filet. Là où les généralistes du secteur public, par exemple, sont rémunérés à la consultation, ils estimeront qu'il est plus rapide et plus profitable de prescrire l'antimicrobien que demande le patient que de passer du temps à informer le patient sur les dangers de la résistance aux antimicrobiens [69]. En se cantonnant aux questions de sensibilisation, on risque de passer à côté du rôle essentiel que joue le financement du système de santé.

L'IMPORTANCE D'UNE RECHERCHE SOUPLE ET RÉACTIVE

Les systèmes de santé sont complexes. Et cette complexité est accrue par la complexité de leurs principaux acteurs, à savoir les décideurs, les exécutants et les bénéficiaires ultimes des services de santé. Les systèmes de santé et leurs acteurs évoluent et s'adaptent constamment à des actions nouvelles, réagissant souvent de manière imprévisible [70]. De plus, un large éventail de facteurs contextuels influent généralement sur la mise en

œuvre et ces facteurs changent souvent au fil du temps, produisant des effets imprévisibles qui nécessitent de la part des exécutants des adaptations incessantes. Cela a des incidences profondes pour les méthodes de recherche utilisées dans l'étude de la mise en œuvre, notamment pour ce qui est de la nécessité de répondre de manière souple et créative à l'évolution du sujet étudié. La mise en œuvre de politiques, de programmes et de pratiques étant en outre rarement un processus statique ou linéaire, les modèles de recherche doivent être réactifs et capables

Des facteurs contextuels peuvent influencer sur la mise en œuvre et ces facteurs peuvent aussi évoluer au fil du temps, produisant des effets imprévisibles qui exigent une adaptation continue de la part des exécutants.

de prendre en compte les éléments en évolution à des stades multiples. Les modèles de recherche qui reposent sur une intervention unique et immuable, tel un essai clinique contrôlé randomisé habituel, ne sont guère adaptés à l'étude de phénomènes changeants, surtout lorsque les changements sont imprévisibles. Le défi lié à la complexité est d'autant plus grand que le modèle de recherche est lui-même complexe, et qu'il fait appel à des méthodes multiples et à différentes sources d'information.

JUSTIFIER LE CHOIX DES MÉTHODES DE RECHERCHE

Comme dans d'autres domaines de recherche, il n'existe pas de règle fixe obligeant à justifier le choix d'une méthode de recherche particulière pour la recherche sur la mise en œuvre, sinon que les méthodes utilisées doivent refléter les questions posées. La compréhension de l'objectif de la recherche et de la question particulière posée par la recherche est un bon point de départ, et elle devrait reposer sur la théorie du changement proposée. La Figure 3 présente un modèle utile pour réfléchir à l'éventail des questions et des méthodes de recherche dans l'ensemble que constitue la recherche sur la mise en œuvre, la mise

en œuvre devenant plus importante avec la vérification de la preuve de la mise en œuvre et la prise en considération des variables des résultats de la mise en œuvre.

En règle générale, cependant, la preuve de la mise en œuvre concerne habituellement une intervention clinique ou de santé publique dont le bon fonctionnement est avéré. À mesure que les sujets progressent en aval vers les questions de l'intensification de la couverture et de l'intégration et de la pérennité des interventions dans les systèmes de santé, la recherche s'oriente vers la mise en œuvre. Il va sans dire qu'il ne s'agit là que d'un modèle théorique et qu'en réalité le processus n'est ni linéaire ni achevé en une seule itération, les systèmes de santé s'adaptant en permanence et intégrant des innovations multiples avec des points d'entrée différents.

S'il apparaît à l'évidence qu'un certain degré de jugement subjectif est nécessaire pour évaluer une étude particulière, en règle générale, une recherche sur la mise en œuvre est satisfaisante si elle est capable de répondre à chacune des questions suivantes :

- ▶ La recherche apportera-t-elle une solution à un problème de mise en œuvre pertinent et important ?
- ▶ Les éventuelles connaissances nouvelles valent-elles le coût de la recherche ?
- ▶ Y a-t-il des objectifs de recherche clairs et des questions liées à la mise en œuvre, et le modèle de recherche proposé leur correspond-t-il ? (voir le Tableau 5)
- ▶ La recherche cadre-t-elle d'une manière cohérente avec une théorie du changement ou une chaîne de causalité ? Sinon, quelles sont les possibilités de produire des théories ou des questions nouvelles ?
- ▶ La recherche donnera-t-elle des résultats qui pourront être mis en pratique en temps opportun par les publics cibles ?
- ▶ Le modèle de recherche reflète-t-il l'idée que l'intervention est stable et simplement reproductible, ou l'idée que l'intervention est censée évoluer ?

- ▶ La recherche prend-elle bien en compte les changements qui se produisent au fil du temps et selon le lieu concernant l'intervention, le contexte et les effets ?
- ▶ Dans des environnements complexes, la recherche peut-elle mettre en évidence les principaux éléments du système de santé et leurs relations, ainsi que les conséquences fortuites qu'aura probablement une intervention ?

ÉVALUER LA QUALITÉ DE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE

Les critères d'évaluation de la qualité des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives classiques sont essentiellement les mêmes lorsque la recherche porte sur la mise en œuvre. Il existe déjà des lignes directrices pour aider à concevoir des recherches en santé et à en rendre compte, dont un grand nombre sont répertoriées dans EQUATOR "Library for Health Research Reporting" (à l'adresse : <http://www.equator-network.org/>). Elles incluent des directives comme la déclaration CONSORT sur les essais contrôlés randomisés, les recommandations STROBE pour les études observationnelles, les lignes directrices PRISMA pour les examens systématiques et les méta-analyses, et les critères COREQ pour la recherche qualitative.

Aucune de ces directives ne portant sur les questions particulières liées à la recherche sur la mise en œuvre, nous proposons les questions suivantes qui peuvent être utilisées comme un guide succinct pour l'évaluation des questions particulières liées à la recherche sur la mise en œuvre, en plus des lignes directrices classiques. Il convient de noter que ces lignes directrices sont conçues pour aider à établir et évaluer les comptes rendus des recherches, mais elles peuvent aussi être adaptées aux fins de l'évaluation des propositions de recherche ou de la conception de recherches sur la mise en œuvre. Les principales questions sont notamment les suivantes :

- ▶ La recherche traite-t-elle clairement d'une question qui concerne la mise en œuvre ?

- ▶ Existe-t-il une description claire de ce qui est mis en œuvre (détails de la pratique, du programme, ou de la politique, par exemple) ?
- ▶ La recherche inclut-elle une stratégie de mise en œuvre ? Si tel est le cas, celle-ci est-elle décrite et examinée de manière appropriée ?
- ▶ La recherche est-elle conduite en conditions de terrain ? Si tel est le cas, cette situation est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ?
- ▶ La recherche tient-elle dûment compte des variables des résultats de la mise en œuvre ?
- ▶ La recherche tient-elle dûment compte du contexte et des autres facteurs qui influent sur la mise en œuvre ?
- ▶ La recherche tient-elle dûment compte des changements qui se produisent au fil du temps, et du niveau de complexité du système ?
- ▶ La recherche définit-elle clairement le public cible de la recherche et la manière dont il peut être utilisé ?

Grâce à ce guide, nous espérons que les praticiens, les décideurs, les chercheurs et les utilisateurs des recherches commenceront à se sentir suffisamment confiants pour déterminer si la recherche sur la mise en œuvre est conduite de manière transparente et fait l'objet de rapports transparents, et si elle garantit les conclusions atteintes au moyen de méthodes valables et fiables.

CONCLUSION

Ce chapitre a tenté de dégager les considérations essentielles pour les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre qui cherchent à optimiser l'impact de leur travail. Le chapitre suivant examine les problèmes que rencontre le domaine de la recherche sur la mise en œuvre lui-même, et traite de la manière dont les exécutants et les chercheurs pourraient faire davantage pour soutenir ce domaine d'étude essentiel et mieux utiliser son potentiel.



7 COMMENT LE POTENTIEL DE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE PEUT-IL ÊTRE RÉALISÉ ?

POINTS ESSENTIELS

- ▶ Sans la recherche sur la mise en œuvre, nous consacrons dans le meilleur des cas des ressources précieuses à la mise en œuvre dans l'espoir que les choses se passeront bien.
- ▶ Malgré l'importance de la recherche sur la mise en œuvre, elle demeure un domaine d'étude négligé pour deux raisons : méconnaissance de ce qu'elle est et de ce qu'elle a à offrir; et manque de moyens pour financer les activités de recherche.
- ▶ La recherche sur la mise en œuvre devrait être considérée comme une fonction essentielle de la mise en œuvre d'un programme, et être ancrée dans le cycle programmatique.
- ▶ Des financements supplémentaires sont nécessaires pour la recherche sur la mise en œuvre, et ces financements devraient être harmonisés avec le financement des programmes.
- ▶ Davantage de possibilités devraient être offertes aux chercheurs et aux exécutants des pays à revenu faible ou intermédiaire qui souhaitent entreprendre des recherches sur la mise en œuvre.

COMMENT LE POTENTIEL DE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE PEUT-IL ÊTRE RÉALISÉ ?

« La recherche sur la mise en œuvre, dans l'ensemble, n'est pas une entreprise coûteuse et les investissements en sa faveur sont très profitables. »

La recherche sur la mise en œuvre contribue à la réalisation des avantages qui résultent d'une mise en œuvre efficace des politiques, des programmes et des services. Sans elle et le savoir qu'elle génère, nous dépensons au mieux des ressources précieuses en espérant naïvement que les choses vont bien se passer au lieu d'appliquer le type de processus décisionnel fondé sur des bases factuelles et sur l'expérience que permet la recherche sur la mise en œuvre. Cette approche a un prix. Chaque fois qu'un programme échoue faute d'une attention suffisante accordée aux conditions de terrain ou parce que les concepteurs du programme n'ont pas prévu ni anticipé les facteurs contextuels, il y a un prix à payer en ressources gaspillées et en souffrances humaines inutiles. Ce coût est parfois considérable.

En dépit de l'importance de la recherche sur la mise en œuvre, cependant, celle-ci demeure un domaine d'étude négligé, ce dont témoignent de nombreux travaux, tel le rapport 2006 publié par Sir David Cooksey sur la recherche sur les soins de santé au Royaume Uni, qui relève « des incitations perverses qui accordent plus d'importance aux sciences fondamentales qu'à la recherche appliquée » et qui indique que les deux tiers des financements publics et philanthropiques de la recherche sont alloués à la recherche fondamentale en tant que recherche appliquée, recherche sur la mise en œuvre incluse [71]. Il va sans dire que les financements privés de la recherche privilégient plus encore la mise au point de nouveaux produits destinés à des marchés nouveaux, aux dépens de l'exploitation des produits déjà disponibles. Ce qui vaut pour le Royaume Uni vaut également pour la plupart des pays développés. Des milliards de dollars sont consacrés aux

innovations dans le domaine de la santé, tandis qu'une fraction seulement de cette somme est dépensée pour trouver le meilleur moyen de les utiliser [72]. Ce problème concerne tout le monde, mais là où les problèmes de mise en œuvre se posent de la manière la plus aiguë, à savoir dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les conséquences défavorables de la négligence de la recherche sur la mise en œuvre se font très vivement sentir. Même lorsque des produits, des programmes et des services sont conçus spécialement pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, il arrive trop souvent qu'ils n'atteignent jamais l'utilisateur final en raison d'une mise en œuvre défailante.

Vu le besoin de recherches sur la mise en œuvre, pourquoi n'en fait-on pas davantage ? Et pourquoi les recherches sur la mise en œuvre qui sont effectuées n'ont pas toujours les effets que l'on pourrait en attendre ? Plusieurs raisons expliquent

Sans la recherche sur la mise en œuvre, nous dépensons au mieux des ressources précieuses dans l'espoir que les choses vont bien se passer

le déficit de recherches sur la mise en œuvre, l'une des raisons majeures étant la méconnaissance de la nature de ces recherches et de leur capacité à optimiser les bienfaits des interven-

tions dont nous disposons. Un autre obstacle évident est le manque d'appui financier pour ce type de recherche.

Ainsi qu'en témoignent les diverses approches décrites dans le présent Guide, la recherche sur la mise en œuvre, dans l'ensemble, ne coûte pas cher, et certainement moins cher que les investissements dans l'ingénierie biomédicale de pointe. Ainsi, les investissements dans la recherche sur la mise en œuvre sont très profitables. On peut en outre faire valoir qu'un grand nombre des interventions et des technologies nécessaires pour réduire la morbidité et la mortalité sont maintenant disponibles, et qu'il conviendrait de s'attacher à mieux les utiliser. Cela ne signifie pas qu'il faille mettre fin aux investissements dans les sciences fondamentales, et il convient de noter que le rapport précité de Cooksey insistait sur l'importance du maintien du niveau des investissements britanniques dans les projets dits « blue sky ». Il ne s'agit pas non plus simplement de recueillir de nouveaux fonds pour la recherche sur la mise en œuvre, mais de mieux utiliser les fonds disponibles, et de les canaliser vers des re-

cherches qui correspondent aux besoins, par exemple, en donnant aux exécutants et au personnel des programmes davantage de possibilités d'accéder à ces financements.

Pour relever ces défis, il est important de soutenir et de promouvoir la recherche sur la mise en œuvre sur plusieurs fronts, que nous ventilons ci après dans un programme d'action.

Action n°1 : La recherche sur la mise en œuvre devrait être considérée comme un élément essentiel de la mise en œuvre d'un programme. Cela revient à ancrer la recherche dans le cycle programmatique selon une progression itérative qui permet un apprentissage continu et, si besoin est, une adaptation. Pour appuyer ce changement, les exécutants et le personnel du programme pourront être encouragés à se l'approprier ou à en assumer la principale responsabilité avec le soutien et les conseils d'universitaires spécialisés. Conclusion : les exécutants doivent participer plus activement à la recherche sur la mise en œuvre.

Action n°2 : Pour une meilleure accessibilité à la recherche sur la mise en œuvre, les chercheurs doivent être encouragés à participer aux activités programmatiques. Ils devront notamment nouer le dialogue avec les exécutants et mener des initiatives qui intègrent la recherche sur la mise en œuvre dans la pratique pour mieux apprécier les complexités de la mise en œuvre.

Action n°3 : Les exécutants doivent rendre les programmes plus accessibles aux chercheurs et inviter les chercheurs à participer aux programmes. Ce sont parfois les exécutants qui s'opposent à une collaboration. Les activités productrices de savoir devraient faire partie intégrante de la mise en œuvre d'un programme et les personnes qui ont les compétences requises pour faire de la recherche devraient jouer un rôle actif à l'appui de ce processus.

Action n°4 : Accroître les fonds disponibles pour la recherche sur la mise en œuvre et harmoniser ce financement avec le financement des programmes. Cette ré-harmonisation suppose que les fonds destinés à la recherche sur la mise en œuvre soient inscrits dans les budgets des programmes ou explicitement liés aux activités des programmes au moyen d'une collaboration et de partenariats structurés.

Action n°5 : Davantage de possibilités de formation à la recherche sur la mise en œuvre doivent être offertes au personnel des programmes et aux exécutants. La recherche sur la mise en œuvre devrait également être intégrée dans des programmes de formation tels que les Masters en santé publique pour qu'elle soit reconnue comme une fonction essentielle de la pratique en santé publique, cycle dans lequel le savoir issu de la recherche est utilisé aux fins de la mise en œuvre des programmes.

Action n°6 : Fournir davantage de conseils et de possibilités de tutorat pour les chercheurs et les exécutants des pays à revenu faible ou intermédiaire qui souhaitent entreprendre des recherches sur la mise en œuvre. Personne n'est mieux placé pour effectuer le type de recherche contextuelle capable de soutenir la recherche sur la mise en œuvre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de sorte que les chercheurs de ces pays constituent une énorme ressource inexploitée.

Action n°7 : Des incitations liées à la participation des chercheurs à la modification des politiques et des programmes devraient être créées, en plus des incitations liées aux publications et à l'enseignement universitaires. Une certaine réorientation des chercheurs est donc nécessaire, avec des possibilités offertes aux chercheurs d'acquérir l'expérience et une meilleure connaissance du travail de terrain et des programmes. Les bailleurs de fonds pourraient peut-être apporter leur soutien à cet effet.

CONCLUSION

Le présent Guide a pour objectif de commencer à remédier à la méconnaissance dont souffre la recherche sur la mise en œuvre et les auteurs espèrent que les lecteurs approfondiront ce sujet en consultant les références citées dans ces pages. Il convient d'espérer en particulier que le personnel des programmes et ceux qui sont chargés de les exécuter s'intéresseront davantage à ce sujet, et reconnaîtront que la recherche sur la mise en œuvre est en réalité une question programmatique, qui fait partie intégrante de la planification et de l'exécution des programmes, contrairement à quelque chose qui interviendrait une fois les programmes devenus opérationnels, et qui se pratiquerait dans la « bulle » de la recherche, principalement au bénéfice d'autres chercheurs. Les praticiens de la recherche sur la mise en œuvre, pour leur

part, peuvent faire beaucoup plus pour participer au processus de recherche avec les exécutants et le personnel des programmes. Pour que les choses changent, le personnel des programmes et les exécutants qui comprennent l'importance du contexte et les chercheurs qui connaissent les méthodes et l'art de l'enquête doivent collaborer. Ainsi seulement pourrons-nous espérer faire progresser notre connaissance des problèmes de mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fenner, F., Smallpox and its eradication. 1988, Geneva, Switzerland : World Health Organization.
2. Foege, W.H., J.D. Millar, and J.M. Lane, Selective epidemiologic control in smallpox eradication. *American Journal of Epidemiology*, 1971. 94(4) : p. 311-315.
3. NORAD, Accelerating progress in saving the lives of women and children, in *The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals*. 2013, Ministry of Foreign Affairs, Norway : Oslo, Norway.
4. Peters, D.H., et al., *Improving Health Services in Developing Countries : From Evidence to Action*. 2009, Washington, DC, USA : World Bank.
5. Mandala, J., et al., Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Zambia : implementing efficacious ARV regimens in primary health centers. *BMC Public Health*, 2009. 9(314).
6. de Savigny, D., et al., Introducing vouchers for malaria prevention in Ghana and Tanzania : context and adoption of innovation in health systems. *Health Policy and Planning*, 2012. 27(4) : p. iv32-iv43.
7. Waddington, C.J., A price to pay, part 2 : The impact of user charges in the Volta region of Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 1990. 5(4) : p. 287-312.
8. Agyepong, I.A. and S. Adjer, Public social policy development and implementation : a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy and Planning*, 2007. 23(2) : p. 150-160.
9. Victoria, C.G., et al., Context matters : Interpreting impact findings in child survival evaluations. *Health Policy & Planning*, 2005. 20(1) : p. i18-i31.
10. Thaddeus, S. and D. Maine, Too far to walk : maternal mortality in context. *Social Science Medicine*, 1994. 38(8) : p. 1091-110.
11. de Savigny, D. et T. Adam, *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé*. 2009, Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Organisation mondiale de la santé.
12. Sankar, B., *Micro-planning in Andhra Pradesh : Ensuring Quality HIV Care for Individuals and Communities*, in *AIDS-TAR-One*. 2013, USAID : Arlington, VA, USA.
13. Peters, D.H., et al., Carte de pointage équilibrée pour les services sanitaires afghans. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2007. 85 : p. 146-151.
14. Hansen, P.M., et al., Measuring and managing progress in the establishment of basic health services : the Afghanistan health sector balanced scorecard. *International Journal of Health Planning and Management*, 2008 : p. 107-117.
15. Edward, A., et al., Configuring balanced scorecards for measuring health system performance : evidence from 5 years evaluation in Afghanistan. *PLoS Med*, 2011 : p. e1001066.
16. OMS et ExpandNET, *Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle*. 2011, Département Santé et recherche génésiques, OMS : Genève, Suisse.
17. Agurto, I., et al., Improving cervical cancer prevention in a developing country. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006 : p. 81-86.
18. Faden, R.R., et al., An ethics framework for a learning health care system : A departure from traditional research ethics and clinical ethics, in *Hastings Centre Report*. 2013. p. S16-27.
19. Smith, M., et al., *Best Care at Lower Cost : The Path to Continuously Learning Health Care in America*. 2013, Institute of Medicine of the National Academies : Washington, DC, USA.
20. IOM, *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*. 2001, Institute of Medicine : Washington, DC, USA.
21. Lam, A., Tacit knowledge, organizational learning and societal institutions : An integrated framework. *Organization Studies*, 2000. 21(3) : p. 487-513.
22. Ciliska, D., et al., Diffusion and dissemination of evidence-based dietary strategies for the prevention of cancer. *Nutrition Journal*, 2005. 4(13).
23. Remme, J.H.F., et al., Defining Research to Improve Health Systems. *PLoS Medicine*, 2010. 7(11).

BIBLIOGRAPHIE

24. Curran, G.M., et al., Effectiveness-implementation hybrid designs : Combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical Care*, 2012. 50(3) : p. 217-226.
25. Proctor, E., et al., Outcomes for implementation research : conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 2011. 38(2) : p. 65-76.
26. Brownson, R.C., G.A. Colditz, and E.K. Proctor, Dissemination and Implementation Research in Health : Translating Science to Practice. 2012 : OUP USA.
27. Peters, D.H., L. Paina, and S. Bennett, Expecting the unexpected : Applying the Develop-Distort Dilemma to maximize positive market impacts in health. *Health Policy Plan*, 2012. 27(4) : p. iv44-iv53.
28. Cornwall, A. and R. Jewkes, What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 1995. 41(12) : p. 1667-1676.
29. Subramanian, S., et al., Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC Health Services Research*, 2011. 11.
30. WHO. Bloomberg initiative to reduce tobacco use. Tobacco Free Initiative (TFI) 2013 [cited 2013; Available from : <http://www.who.int/tobacco/about/partners/bloomberg/en/>].
31. Peden, M., G. diPietro, and A. Hyder, Two years into the road safety in 10 countries project : How are countries doing? *Injury Prevention*, 2012. 18(4) : p. 279.
32. WHO, Changing Mindsets : Strategy on Health Policy and Systems Research. 2012, Alliance for Health Policy & Systems Research
33. Hanney, S. and M. Gonzalez-Block, Evidence-informed health policy : Are we beginning to get there at last? *Health Research and Policy Systems*, 2009. 7(30).
34. Habicht, J.P., C.G. Victora, and J.P. Vaughan, Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 1999. 28 : p. 10-18.
35. Tran, N., et al., Engaging policy makers in road safety research in Malaysia : A theoretical and contextual analysis. *Health Policy*, 2009. 90(1) : p. 58-65.
36. Consortium, P. PERFORM : Improving Health Workforce Performance. 2011 [cited 2013; Available from : <http://www.performconsortium.com/>].
37. Newman, I., et al., A typology of research purposes and its relationship to mixed methods, in *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*, A. Tashakkori and C. Teddlie, Editors. 2003, Sage : Thousand Oaks, CA. p. 167-188.
38. American Educational Research, A., Standards for reporting on empirical social science research in AERA publications. *Educational Researcher*, 2006. 35 : p. 33-40.
39. Zwarenstein, M., et al., Improving the reporting of pragmatic trials : An extension of the CONSORT statement. *BMJ : British Medical Journal*, 2008.
40. Fairall, L., et al., Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH) : A pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *Lancet*, 2012 : p. 889-898.
41. Baqui, A.H., et al., Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh : A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2008 : p. 1936-1944.
42. Baqui, A.H., et al., Community-based validation of assessment of newborn illnesses by trained community health workers in Sylhet district of Bangladesh. *Tropical Medicine & International Health*, 2009. 14(12) : p. 1448-1456.
43. Choi, Y., et al., Can mothers recognize neonatal illness correctly? Comparison of maternal report and assessment by community health workers in rural Bangladesh. *Tropical Medicine & International Health*, 2010. 15(6) : p. 743-753.
44. Shah, R., et al., Community-based health workers achieve high coverage in neonatal intervention trials : A case study from Sylhet, Bangladesh. *Journal of Health, Population, & Nutrition*, 2010. 28 : p. 610.

BIBLIOGRAPHIE

45. Davidoff, F., et al., Publication guidelines for quality improvement in health care : Evolution of the SQUIRE project. *Quality & Safety in Health Care*, 2008. 17 : p. i3-i9.
46. Brassard, M., *The Memory Jogger II : A Pocket Guide of Tools for Continuous Improvement and Effective Planning*. Vol. First Edition. 1994, Methuen, MA : Goal/QPC.
47. Campbell, D.T., J.C. Stanley, and N.L. Gage, *Experimental and quasi-experimental designs for research*. 1963, Boston, USA : Houghton Mifflin.
48. Speroff, T. and G.T. O'Connor, *Study designs for PDSA quality improvement research*. *Quality Management in Healthcare*, 2004. 13 : p. 17-32.
49. Lindelow, M. and A. Wagstaff, *Assessment of Health Facility Performance : An Introduction to Data and Measurement Issues*, in *Are You Being Served? New Tools for Measuring Service Delivery*, S. Amin, J. Das, and M. Goldstein, Editors. 2008, The World Bank : Washington, DC, USA. p. 19-66.
50. Mergler, D., *Worker participation in occupational health research : theory and practice*. *International Journal of Health Services*, 1987. 17 : p. 151-167.
51. Chambers, R., *Revolutions in development inquiry*. 2008, UK : Earthscan.
52. Smith, L., L. Rosenzweig, and M. Schmidt, *Best Practices in the Reporting of Participatory Action Research : Embracing Both the Forest and the Trees* *The Counseling Psychologist*, 2010. 38 : p. 1115-1138.
53. Israel, B.A., et al., *Critical issues in developing and following CBPR principles*. *Community-based participatory research for health : From process to outcomes*, 2008 : p. 47-66.
54. Roy, S.S., et al., *Amélioration de la survie néonatale suite à des activités d'apprentissage et des actions participatives avec des groupes féminins : une étude prospective dans l'Inde de l'Est rurale*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2013. 91(6) : p. 426-433B.
55. Onwuegbuzie, A.J. and K.M.T. Collins, *A typology of mixed methods sampling designs in social science research*. *The Qualitative Report*, 2007. 12 : p. 281-316.
56. Pawson, R., et al., *Realist review : "A new method of systematic review designed for complex policy interventions*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2005. 10 : p. 21-34.
57. Dieleman, M., et al., *Realist Review and Synthesis of Retention Studies for Health Workers in Rural and Remote Areas*, in *Increasing access to health workers in rural and remote areas*. 2011, World Health Organization : Geneva, Switzerland.
58. Collins, K.M.T., A.J. Onwuegbuzie, and I.L. Sutton, *A model incorporating the rationale and purpose for conducting mixed methods research in special education and beyond*. *Learning Disabilities : A Contemporary Journal*, 2006. 4: p. 67-100.
59. Leech, N.L. and A.J. Onwuegbuzie, *Guidelines for Conducting and Reporting Mixed Research in the Field of Counseling and Beyond*. *Journal of Counseling & Development*, 2010. 88 : p. 61-69.
60. Creswell, J.W., et al., *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. Maryland, USA. 2011 : National Institutes of Health.
61. Tashakkori, A. and C. Teddlie, *Mixed Methodology : Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. 1998 : SAGE Publications.
62. Creswell, J.W., *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2008 : Sage Publications, Incorporated.
63. Creswell, J.W. and V.L.P. Clark, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2010 : SAGE Publications.
64. O'Cathain, A., E. Murphy, and J. Nicholl, *The quality of mixed methods studies in health services research*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2008. 13 : p. 92-98.
65. Glasgow, R.E., T.M. Vogt, and S.M. Boles, *Evaluating the public health impact of health promotion interventions : The RE-AIM framework*. *American Journal of Public Health*, 1999. 89(9) : p. 1322-1327.
66. Rogers, E.M., *Diffusion of Innovations*, 5th Edition. 2003 : Free Press.

BIBLIOGRAPHIE

67. Damschroder, L.J., et al., Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 2009. 4(50) : p. 50.
68. Epstein, J., *Generative Social Science : Studies in Agent-Based Computational Modeling*. 2006, Princeton, NJ, USA : Princeton University Press.
69. Humphreys, G., Les antibiotiques sont-ils encore « automatiques » en France ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2011. 89(1) :p. 8-9.
70. Agyepong, I.A., et al., When solutions of yesterday become problems of today : Crisis-ridden decision making in a complex adaptive system (CAS) - the Additional Duty Hours Allowance in Ghana. *Health Policy and Planning*, 2012. 27 : p. iv20-iv31.
71. Cooksey, D., *A review of UK health research funding*. 2006, London : HM Treasury.
72. Sanders, D. and A. Haines, Implementation research is needed to achieve international health goals. *PLoS Med*, 2006. 3 : p. 719-722.

LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EN SANTÉ :

GUIDE PRATIQUE

Nous consacrons des milliards aux innovations dans le domaine de la santé, mais dépensons très peu pour trouver le meilleur moyen de les appliquer sur le terrain. Sans la recherche sur la mise en œuvre, nous consacrons dans le meilleur des cas des ressources précieuses à la mise en œuvre dans l'espoir que les choses se passeront bien. Le présent guide a pour objectif de remédier à la méconnaissance dont souffre la recherche sur la mise en œuvre et d'encourager le personnel des programmes et ceux qui sont chargés de les exécuter à s'intéresser davantage à ce sujet, et à reconnaître que la recherche sur la mise en œuvre fait en réalité partie intégrante de la planification et de l'exécution des programmes, contrairement à quelque chose qui interviendrait après coup, une fois les programmes opérationnels. Destiné aux nouveaux venus dans ce domaine, à ceux qui pratiquent déjà la recherche sur la mise en œuvre et à ceux qui sont responsables de la mise en œuvre des programmes, ce guide est une introduction aux concepts et au langage de base de la recherche sur la mise en œuvre, et il donne un bref aperçu de ce en quoi elle consiste et décrit les nombreuses possibilités enthousiasmantes qu'elle offre.



Alliance pour la
recherche sur les politiques
et les systèmes de santé

Organisation mondiale de la Santé
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

Tél. : +41 22 791 29 73
Télécopie : +41 22 791 41 74

alliancehpsr@who.int
<http://www.who.int/alliance-hpsr>
<http://www.implementationresearchplatform.org>

ISBN 978 92 4 250621 1



9 789242 506211