

Recherche sur les politiques et les systèmes de santé

Manuel de méthodologie

Publié sous la direction de Lucy Gilson

Version abrégée



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



Organisation
mondiale de la Santé

Recherche sur les politiques et les systèmes de santé

Manuel de méthodologie

Publié sous la direction de Lucy Gilson

Version abrégée



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 :

Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie : version abrégée / édité par Lucy Gilson.

1. Politique de santé. 2. Recherche sur les services de santé. 3. Prestations des soins de santé. 4. Recherche. 5. Revue de la littérature.
I. Gilson, Lucy. II. L' Alliance pour la recherche sur le politiques et les systèmes de santé. III. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250374 6

(classification NLM : W 84.3)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

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/copyright_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 lignes en pointillé 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.

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

Table des matières

Table des matières

Présentation de la version abrégée	11
--	----

Partie 1

Introduction à la recherche sur les politiques et les systèmes de santé	17
1. Qu'est-ce que la recherche sur les politiques et les systèmes de santé(RPSS)?	19
Principales caractéristiques de la RPSS	19
Principaux domaines traités dans la RPSS	20
2. Les systèmes de santé	21
Objectifs	21
Éléments et caractéristiques	22
Un fonctionnement à multiples niveaux	22
Interactions et relations d'interdépendance	24
3. Développement ou renforcement du système de santé	25
4. Politiques de santé	27
5. Analyse des politiques de santé	28
Acteurs des politiques	28
Cibles et formes de l'analyse des politiques	29
6. Les frontières de la RPSS	30
Qu'est-ce que la RPSS?	31
Ce que la RPSS ne recouvre pas	33
Distinction entre RPSS et recherche sur la prestation de services/les programmes contre des maladies déterminées	33
Des frontières floues	33
7. Comprendre la nature de la réalité sociopolitique	35
Positivisme	37
Relativisme	37
Réalisme critique	37
Perspectives de la RPSS sur la causalité, la généralisation et l'apprentissage	38
Références bibliographiques	39

Partie 2

Entreprendre un travail de recherche sur les politiques et les systèmes de santé: principales étapes	43
Étape 1: Déterminer le thème central de la recherche et les questions à étudier	45
Travailler en réseau et penser de façon créative	47
Recherche bibliographique	48
Principales difficultés	48
Déterminer le but de la recherche	50
Tenir compte de la multidisciplinarité	55
Finaliser les questions de recherche	55
Étape 2: Conception de l'étude	56
Utilisation de la théorie et des cadres conceptuels pour étayer l'étude	58
Étape 3: Veiller à la qualité et à la rigueur de la recherche	60
Étape 4: Appliquer les principes éthiques	65
Références	67

Partie 3

Comprendre les politiques et les systèmes de santé	69
Cadres pour les systèmes de santé	71
Cadres conceptuels pour la RPSS	72

Partie 4

Références pour les articles empiriques	73
Vue d'ensemble: stratégies et articles de recherche	75
1. Perspectives transversales	81
2. Les études de cas	84
3. L'optique ethnographique	89
4. Progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact	93

5. Enquête sur l'évolution des politiques et des systèmes au fil du temps	97
6. Analyse transnationale	99
7. Recherche-action	99

Partie 5

Réflexions relatives à la recherche sur les politiques et les systèmes de santé . . .	103
---	-----

Liste des figures

Figure 1	Les différents niveaux des systèmes de santé	23
Figure 2	Interconnexions entre éléments constitutifs du système de santé.....	24
Figure 3	Le champ de la RPSS.....	30
Figure 4	Les buts multiples de la recherche	54

Liste des tableaux

Tableau 1	Contraintes systémiques types et réponses possibles au niveau des maladies ou à l'échelle du système de santé	26
Tableau 2	Éléments essentiels des paradigmes du savoir appliqués dans la RPSS.....	36
Tableau 3	Questions de recherche prioritaires dans trois domaines relatifs aux politiques et systèmes de santé: résultats d'un processus international de définition des priorités.....	46
Tableau 4	Exemples de questions de RPSS.....	52
Tableau 5	Structure des études: résumé des principaux modèles	56
Tableau 6	Principales caractéristiques de stratégies de recherche fixes ou flexibles	57
Tableau 7	Critères et questions pour l'évaluation de la qualité de la recherche	61
Tableau 8	Processus permettant de garantir la rigueur dans les études de cas et la qualité de la collecte et de l'analyse des données.....	61
Tableau 9	Récapitulatif des articles présentés	76
Tableau 10	Procédures pour garantir la fiabilité des travaux de recherche axés sur des études de cas	86

Liste des encadrés

Encadré 1	Thèmes pouvant faire l'objet de la recherche sur les systèmes de santé	32
Encadré 2	Thèmes abordés dans les études empiriques existantes de RPSS.....	32
Encadré 3	Questions générales de recherche intéressant les décideurs nationaux	47
Encadré 4	Les questions de RPSS vues par différents acteurs intervenant dans la politique et les systèmes de santé.....	49
Encadré 5	Le but des différents types de recherche	53
Encadré 6	Liens entre le but de la recherche et les principales formes de questions de recherche	54
Encadré 7	Huit principes éthiques pour la recherche clinique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	66

Présentation du manuel

Il s'agit d'une version abrégée du manuel. Toutes les parties du manuel y figurent sauf le texte intégral des articles se trouvant dans la partie 4.

Pour accéder au texte intégral des articles, veuillez consulter le site Web de l'Alliance :

<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/reader/en/index.html>

Note: La partie 4 du manuel en ligne contient le texte intégral de 32 articles et la version imprimée du manuel contient 36 articles.

Présentation de la version abrégée

Présentation de la version abrégée

Que contient la version abrégée ?

On reproche souvent à la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (RPSS) de manquer de rigueur, de ne pas offrir de bases assez solides pour pouvoir généraliser ses résultats et, par conséquent, de présenter un intérêt limité pour les décideurs. Le présent manuel entend combler ces carences en incitant à améliorer la qualité de la recherche. La version abrégée ne contient que les éléments du manuel rédigés expressément pour celui-ci et non la totalité des articles spécialement sélectionnés. Ceux-ci figurent dans les versions intégrales du manuel (version imprimée et version à télécharger).

La version abrégée a été établie afin de faciliter la diffusion du texte rédigé spécialement pour le manuel. Toutefois, le manuel vaut essentiellement comme recueil d'études empiriques sélectionnées pour leur qualité et dont on pourra s'inspirer pour entreprendre des travaux. Le manuel et sa version abrégée sont principalement destinés aux chercheurs et aux utilisateurs de la recherche, aux enseignants et aux étudiants, en particulier à ceux qui travaillent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ils donnent des indications sur les caractéristiques de la RPSS et les étapes dont les études dans ce domaine doivent suivre. Ils sont représentatifs de la palette de stratégies et de méthodes de recherche qu'englobe la RPSS et donnent, à titre de référence, des exemples d'études de bonne qualité et innovantes.

Pourquoi ce manuel ?

Les systèmes de santé sont très largement considérés comme des éléments fondamentaux du tissu social dans toutes les sociétés. Ils ne sont pas seulement indispensables pour soigner et prévenir les problèmes de santé, ce sont des stratégies essentielles pour remédier aux inégalités en santé et à l'injustice sociale en général (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008). Les systèmes de santé constituent aussi la base sur laquelle asseoir des mesures spécialement dirigées contre les principales maladies et pathologies dont souffrent les populations à faible revenu, comme le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Compte tenu de leur rôle, l'intérêt des systèmes de santé en tant que composantes du développement durable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été de mieux en mieux perçu aux niveaux international et national au début des années 2000. Le renforcement des systèmes de santé est désormais considéré comme indispensable pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (Travis et al., 2004).

Or la base de connaissances sur laquelle se fonder pour renforcer les systèmes de santé et réorienter les politiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est étonnamment insuffisante (Organisation mondiale de la Santé, 2009). La somme d'études existantes est très limitée par rapport à d'autres domaines de la recherche en santé et ces études présentent différentes faiblesses. Les détracteurs de la RPSS estiment ainsi que sa nature et son champ d'étude sont flous, que ses méthodes manquent de rigueur et qu'il est difficile de généraliser ses conclusions en passant du contexte propre à un pays à un autre (Mills, 2012). Un examen des analyses des politiques de santé, notamment, montre aussi que la recherche dans ce domaine est souvent mal contextualisée et très descriptive et qu'elle renseigne relativement peu sur les points d'analyse essentiels – comment et pourquoi les politiques sont élaborées et appliquées avec efficacité dans le temps (Gilson & Raphaely, 2008). La RPSS restant un domaine marginal de la recherche en santé, ces faiblesses ne sont pas particulièrement surprenantes. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, très peu de chercheurs travaillent sur

les questions de politique et de système de santé, et il manque des cours de formation dans ce domaine (Bennett et al., 2011). Pourtant, la recherche de ce type est sans conteste nécessaire, comme l’a déclaré Julio Frenk, Doyen de la Harvard School of Public Health, au Premier Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé, organisé en 2010 à Montreux (Suisse):

Nous devons mobiliser le pouvoir des idées pour influencer sur les idées du pouvoir, c’est-à-dire les idées de ceux qui ont le pouvoir de prendre des décisions.

Quelle est la finalité du manuel?

Le manuel entend contribuer au développement de la RPSS, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il vient compléter l’éventail de textes existants (voir les références bibliographiques en fin de section) en s’intéressant tout particulièrement aux aspects méthodologiques de la recherche empirique primaire sur les politiques et les systèmes de santé.

Plus précisément, le manuel cherche à faciliter la RPSS et la formation dans ce domaine par les moyens suivants:

- en encourageant les chercheurs à privilégier une approche multidisciplinaire étant donné son importance pour résoudre les problèmes complexes que posent les politiques et les systèmes de santé;
- en suscitant un débat plus large sur ce domaine et sur les questions de recherche pertinentes;
- en montrant l’étendue de ce domaine de recherche: méthodes d’étude, angles disciplinaires, approches et méthodes analytiques;
- en mettant en évidence les méthodes et les approches récentes ou relativement peu utilisées qui pourraient être approfondies.

Le manuel s’adresse principalement:

- aux chercheurs et aux responsables des systèmes de santé qui veulent comprendre et appliquer les approches multidisciplinaires de la RPSS pour adopter des stratégies globales face aux enjeux complexes du développement des systèmes de santé;
- aux enseignants et aux formateurs qui forment à la RPSS;
- aux étudiants, de toute discipline et de tous horizons, qui découvrent le domaine de la RPSS.

Comment la version abrégée est-elle structurée?

(Le manuel suit la même structure)

Le manuel comprend quatre grandes sections:

La partie 1 présente de manière générale le champ de la RPSS dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et les principaux enjeux de ce type de recherche.

La partie 2 expose les principales étapes que doit suivre une étude.

La partie 3 présente des travaux de référence qui offrent des cadres conceptuels d’ensemble pour l’étude des politiques et des systèmes de santé.

La partie 4 recense une série d'études empiriques provenant exclusivement de pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces travaux ont été retenus pour plusieurs raisons :

- ils montrent ensemble l'étendue et la portée des travaux de RPSS;
- ils illustrent bien différentes formes de stratégie de recherche s'appliquant à la RPSS;
- ils sont de grande qualité et novateurs. On trouvera le texte intégral des articles sur le site Web de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé : <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/reader/en/index.html>

La partie 5 présente une série d'articles qui traitent de concepts ou de méthodes s'appliquant à la RPSS ainsi que de certains problèmes propres à ce domaine.

La RPSS en pratique : passer de questions de recherche à une stratégie de recherche

La RPSS primaire a pour caractéristique de partir d'un problème ou d'une question, contrairement à l'épidémiologie, par exemple, qui part d'une méthode. Par conséquent, comme il est indiqué dans la partie 2, la première étape pour faire une étude rigoureuse et de bonne qualité est de définir clairement le but de la recherche et la finalité de l'étude et de formuler des questions pertinentes et bien conçues.

Un travail de bonne qualité exige ensuite de trouver la stratégie de recherche qui convient pour les questions étudiées. Une stratégie de recherche ne désigne ni la structure de l'étude ni une méthode, il s'agit de la manière générale dont l'étude est abordée; elle consiste à déterminer les méthodes de collecte de données et d'échantillonnage les plus adéquates compte tenu du but de l'étude et des questions auxquelles elle doit répondre. Comme pour tous les travaux de recherche qui portent sur la réalité pratique, l'art de bien concevoir les études de RPSS consiste à transformer des questions en projets valables, faisables et utiles (Robson, 2002).

Les travaux recensés dans la partie 4 sont regroupés par stratégie de recherche pour susciter une réflexion critique et créative sur la nature de la RPSS et sur la manière de l'aborder, et pour inciter à entreprendre des études qui dépassent les analyses transversales souvent très descriptives qui constituent actuellement l'essentiel des travaux publiés dans ce domaine. Les stratégies de recherche ont été choisies de façon à montrer l'étendue des travaux de RPSS et sont représentatives à la fois des approches les plus courantes et des approches nouvelles dans le domaine.

Il s'agit des stratégies suivantes :

1. Perspectives transversales
2. Études de cas
3. Optique ethnographique
4. Progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact
5. Enquête sur l'évolution des politiques et des systèmes au fil du temps
6. Analyse transnationale
7. Recherche-action.

Chaque section de la partie 4 comprend une brève analyse de l'intérêt que présente la stratégie de recherche pour la RPSS, un aperçu des éléments essentiels de la stratégie à prendre en considération pour faire un travail rigoureux et une présentation des articles sélectionnés.

On notera qu'il n'est pas question ici de la recherche secondaire ni des méthodes de synthèse. Les lecteurs que ce domaine intéresse sont invités à se reporter à la documentation en la matière, par exemple au guide auquel l'Alliance a contribué et qu'ils pourront télécharger à l'adresse:

http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_handbooksystematicreviewschile.pdf

Trois ouvrages d'ordre général (en anglais) sont utiles à ceux qui font des travaux de RPSS:

Fulop N et al., eds (2001). *Issues in studying the organisation and delivery of health services*. In: Fulop N et al., eds. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. London, Routledge.

Robson C (2011). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*, 3rd ed. Oxford, Blackwell Publishing.

Thomas A, Chataway J, Wuyts M, eds (1998). *Finding out fast: investigative skills for policy and development*. London, Sage Publications.

Comment le manuel a-t-il été élaboré?

Le manuel a été élaboré selon un processus en cinq étapes:

1. collaboration avec des chercheurs du monde entier pour recenser les articles qui pourraient figurer dans une première ébauche de la partie 2 et y être commentés;
2. dans le cadre du programme de maîtrise en santé publique (systèmes de santé) de l'Université du Cap, mise au point et enseignement d'un nouveau cours d'introduction à la recherche sur les systèmes de santé et à leur évaluation;
3. examen des articles et établissement d'une première «liste longue» d'articles à inclure dans le manuel;
4. présentation et discussion des idées initiales pour l'élaboration du manuel et de la liste longue d'articles au Premier Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé, organisé en 2010 à Montreux;
5. sélection finale des articles et mise au point définitive de l'introduction de chaque section.

L'équipe

Un groupe multidisciplinaire de chercheurs ayant une palette de compétences utiles et représentant différentes organisations ont participé à l'élaboration du manuel. L'équipe était dirigée par:

- Lucy Gilson (politique de santé/économie de la santé, Afrique du Sud/Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)

et se composait de:

- Sara Bennett (politique de santé/économie de la santé, États-Unis d'Amérique)
- Kara Hanson (économie de la santé, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)
- Karina Kielmann (anthropologie médicale, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)
- Marsha Orgill (politique de santé/systèmes de santé, Afrique du Sud)
- Helen Schneider (santé publique/politique de santé, Afrique du Sud).

Irene Agyepong (administrateur de santé publique/politique de santé, Ghana), Kabir Sheikh (politique de santé/santé publique, Inde) et Freddie Ssengooba (systèmes de santé/politique de santé, Ouganda) ont également beaucoup contribué à la conceptualisation de la partie 2, notamment par leur collaboration avec Sara Bennett, Lucy Gilson et Kara Hanson dans une série d'articles parallèles publiés dans PLoS Medicine (Bennett et al., 2011; Gilson et al., 2011; Sheikh et al., 2011). Nous tenons à remercier tout particulièrement l'ensemble des collègues qui ont également apporté des contributions et fait des observations utiles lors de l'élaboration du manuel (voir plus loin).

Enfin, la sélection d'articles figurant dans le manuel reflète le point de vue individuel des personnes les plus étroitement associées à son élaboration, à la fois sur la nature du domaine d'étude et sur ce qui constitue une étude ou un article de bonne qualité ou original. Le manuel est donc le point de départ d'une réflexion sur la RPSS et non une analyse définitive. Il faut y voir un document en évolution amené à se développer dans le temps.

Veuillez noter que le manuel est principalement disponible en ligne à l'adresse: <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/reader/en>

Nous tenons à remercier tout particulièrement les personnes dont les noms suivent de nous avoir fait part de leurs observations et de leurs idées:

Virginia Berridge	Prasanta Mahapatra	Steven Russell
Thomas Bossert	Martin Mckee	William Savedoff
Susan Cleary	Barbara McPake	Jeremy Shiffman
Don de Savigny	Anne Mills	Sameen Siddiqi
Mike English	Sassy Molyneux	Barbara Starfield
Abdul Ghaffar	Susan Fairley Murray	Viroj Tangcharoensathien
Miguel Angel González Block	Piroska Östlin	Sally Theobald
Felicia Knaul	Weerasak Putthasri	Stephen Tollman
Mylene Lagarde	Kent Ranson	Wim Van Damme
Asa Cristina Laurell	Michael Reich	Frank Wafula
John Lavis	Valéry Ridde	Gill Walt
Bruno Marchal	John-Arne Røttingen	

Nous adressons également nos remerciements à tous ceux qui ont participé à la session spéciale organisée pour échanger des idées à propos du manuel dans le cadre du Premier Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé, en novembre 2010 à Montreux.

Lydia Bendib a supervisé l'ensemble de la production du manuel.

Remerciements aux éditeurs

Nous tenons à remercier les différents éditeurs de nous avoir autorisés à reproduire dans la version intégrale du manuel le texte intégral des articles figurant dans la partie 4.

Références bibliographiques

Bennett S et al. (2011). Building the field of health policy and systems research: an agenda for action. *PLoS Medicine* 8(8):e1001081.

Commission des Déterminants sociaux de la Santé (CSDH) (2008). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (Résumé analytique en français)

Gilson L, Raphaely N (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health Policy and Planning*, 23(5):294–307.

Gilson L et al. (2011). Building the field of health policy and systems research: social science matters. *PLoS Medicine* 8(8):e1001079.

Mills A (2012). Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. *Health Policy and Planning* 27(1):1-7.

Organisation mondiale de la Santé (2009). *Scaling up research and learning for health systems: now is the time*. Rapport d'une équipe spéciale de haut niveau, présenté et approuvé au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé en 2008 à Bamako (Mali). Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Robson C (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*, 2nd ed. Oxford, Blackwell Publishing.

Sheikh K et al. (2011). Building the field of health policy and systems research: framing the questions. *PLoS Medicine* 8(8):e1001073.

Travis P et al. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 364:900 906.

Partie 1

Introduction à la recherche sur les politiques et les systèmes de santé

Lucy Gilson

Université du Cap, Afrique du Sud, et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne
et d'Irlande du Nord

1. Qu'est-ce que la recherche sur les politiques et les systèmes de santé?

Cette partie offre un panorama de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (RPSS), de ses éléments clés et des questions auxquelles elle s'intéresse. Les principaux paradigmes du savoir utilisés dans ce domaine de recherche y seront notamment présentés.

Points essentiels de cette section

La RPSS se définit par :

- les questions qu'elle traite
- l'importance qu'elle accorde aux situations réelles et aux problèmes concrets
- sa dimension pluridisciplinaire, tant du point de vue méthodologique que conceptuel.

La RPSS aborde des thèmes tels que les modalités de financement des soins de santé et la manière dont ils sont organisés, fournis et utilisés. Elle porte également sur la façon dont les politiques de santé sont hiérarchisées, élaborées et mises en œuvre, et s'interroge sur les moyens qu'elles mobilisent pour parvenir à une amélioration de la santé et à d'autres objectifs sociaux plus vastes, et sur les raisons de leurs succès ou de leurs échecs.

Cette discipline regroupe les travaux sur les politiques de santé et ceux consacrés aux systèmes de santé. Cette double vocation lui permet de constituer un socle solide pour recenser les mesures permettant :

1. de renforcer les systèmes de santé afin qu'ils atteignent plus efficacement leurs objectifs sanitaires et leurs buts sociaux plus larges ; et
2. de garantir que la recherche menée dans ce domaine soit de la recherche appliquée de nature à faciliter la mise en œuvre des politiques de santé et le développement du système de santé.

Principales caractéristiques de la RPSS

La recherche sur les politiques et les systèmes de santé (RPSS) est une discipline :

« qui a pour objet de comprendre et d'améliorer la manière dont les sociétés s'organisent pour atteindre des objectifs sanitaires collectifs et celle dont les différents acteurs entrent en interaction dans les processus stratégiques et opérationnels déployés à l'appui des résultats ciblés. Pluridisciplinaire par nature, elle emprunte à l'économie, à la sociologie, à l'anthropologie, à la science politique, à la santé

publique et à l'épidémiologie, ce qui permet de dresser un tableau complet de la façon dont les systèmes de santé s'adaptent aux politiques de santé et de la manière dont celles-ci façonnent les systèmes de santé et les déterminants plus larges de la santé et sont, également, structurés par eux. »
(Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, 2011)

Cette définition met également en évidence les grandes caractéristiques de la discipline (voir également Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, 2007 ; Mills, 2012).

La recherche sur les politiques et les systèmes de santé :

- est un champ de recherche multidisciplinaire, dont la spécificité tient aux thèmes et questions traités plutôt qu'à des principes ou méthodes particuliers;
- porte sur les services de santé mais aussi, de manière plus générale, sur la promotion de la santé;
- s'intéresse aux problèmes internationaux aussi bien que nationaux et locaux, car les dynamiques à l'œuvre à l'échelle mondiale et les organismes internationaux ont une influence déterminante sur les systèmes de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire;
- englobe la recherche sur les politiques, c'est-à-dire s'intéresse à la manière dont celles-ci sont élaborées et déployées, mais aussi à l'influence des acteurs sur les résultats auxquels elles aboutissent – appréhendent ainsi les systèmes de santé, et notamment leur renforcement, sous l'angle politique; et
- met l'accent sur les travaux visant explicitement à influencer les politiques – c'est-à-dire sur la recherche aux fins des politiques.

Une approche intégrée

Il importe de noter que la RPSS englobe les politiques d'action sanitaire et les systèmes de santé dans un même champ disciplinaire. Ces deux domaines en apparence distincts entretiennent en effet quatre formes de relations:

1. On peut concevoir les politiques de santé comme des actions réfléchies et ciblées visant spécifiquement à renforcer les systèmes de santé et à améliorer ainsi la santé de la population.
2. Non seulement les politiques de santé doivent se fonder sur une compréhension de la dynamique actuelle du fonctionnement et de la performance du système de santé, mais elles sont confortées ou affaiblies selon qu'elles trouvent ou non expression dans le système de santé.

3. Mieux appréhender les aspects proprement politiques de leur évolution, mais aussi des acteurs en jeu et des intérêts qui guident leur élaboration et leur mise en œuvre, aide à comprendre comment les influencer et comment agir en faveur du renforcement des systèmes de santé.
4. S'intéresser plus particulièrement à la mise en œuvre des politiques permet, et nécessite, une meilleure compréhension des dynamiques organisationnelles des systèmes de santé, lesquelles sont un élément essentiel mais souvent négligé de leur fonctionnement.

En pratique donc, ces deux champs disciplinaires apparemment distincts coïncident partiellement. Ensemble, ils permettent de constituer le corpus de connaissances nécessaires et de comprendre comment le savoir et les autres formes de pouvoir influencent les processus de décision. Ainsi, les travaux de RPSS ont toujours comme finalité d'éclairer les politiques.

Principaux domaines traités dans la RPSS

Chacun des quatre piliers de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé seront abordés ci-après. Plusieurs définitions, concepts et cadres d'analyse seront examinés à ce titre. Ceux-ci forment un socle pour penser les questions intéressant la RPSS, définir des questions de recherche appropriées et analyser les résultats des travaux.

Points essentiels des quatre sections suivantes

Les quatre piliers de la RPSS sont :

- les systèmes de santé
- le développement ou le renforcement des systèmes de santé
- les politiques de santé
- l'analyse des politiques de santé.

Pour appréhender les questions qui s'y rapportent, une série de définitions, concepts et cadres d'analyse peuvent être employés qui permettront également de poser les questions de recherche dans des termes et selon un schéma général pertinents. Ces points de repère permettent d'appréhender les différentes composantes, caractéristiques et dimensions des systèmes de santé et de mettre en évidence les rapports et liens d'interdépendance qui y existent et qu'il faut étudier pour les renforcer.

Les nouvelles politiques de santé ont pour objet d'apporter des changements réfléchis et ciblés aux systèmes de santé. Les idées et les concepts liés aux politiques et à leur analyse sont un volet important de la RPSS. Pour améliorer la mise en œuvre des politiques, il est indispensable de comprendre quels facteurs influent sur leurs résultats. En parvenant à une meilleure intelligence de la nature des politiques et des processus à l'œuvre dans leur évolution, nous acquérons des connaissances nouvelles qui nous aident à expliquer comment les acteurs du système de santé et les relations de pouvoir et de confiance qui les lient influent sur l'efficacité du système de santé.

2. Les systèmes de santé

Les systèmes de santé peuvent être définis soit par ce qu'ils cherchent à réaliser et à obtenir, soit par les éléments qui les composent.

Objectifs

On estime généralement que les systèmes de santé se caractérisent par leur objectif d'amélioration de la situation sanitaire, lequel suppose non seulement de fournir des services de santé curatifs et préventifs, mais aussi de protéger et promouvoir la santé publique, de se préparer aux situations d'urgence et de conduire une action intersectorielle (Mackintosh & Koivusalo, 2005).

Cependant, les systèmes de santé font également partie du tissu social des pays, et les bénéfices qu'ils apportent vont au-delà de la seule dimension sanitaire (Gilson, 2003; Mackintosh, 2001). Leurs buts plus généraux sont,

notamment, de garantir l'équité dans la distribution des bénéfices sanitaires et la prise en charge des coûts de financement du système de santé, mais aussi de protéger les ménages contre les coûts catastrophiques liés à la maladie, de répondre aux attentes de la population et de promouvoir le respect de la dignité des personnes (Organisation mondiale de la Santé, 2007). Les deux derniers objectifs impliquent en particulier :

- de respecter les principes éthiques, de protéger les droits des citoyens et de favoriser leur participation
- d'associer les utilisateurs des systèmes de santé à l'élaboration des politiques, à la planification et à la reddition de comptes et de respecter la confidentialité et la dignité dans la fourniture des services (Mackintosh & Koivusalo, 2005);
- de développer et d'entretenir les relations sociales qui appuient une redistribution durable des ressources, au moyen de stratégies et d'activités visant à faire participer aux processus décisionnaires les groupes de population socialement marginalisés qui en sont habituellement exclus (Freedman et al., 2005).

Il apparaît par conséquent que les systèmes de santé, par leur rôle de fournisseur de services et par l'influence qu'ils exercent sur les relations sociétales, sont un champ privilégié pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé connexes (Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, 2008; Gilson et al., 2008).

Éléments et caractéristiques

S'agissant de leurs éléments constitutifs, les systèmes de santé peuvent être compris comme :

1. Englobant la population qu'ils servent aussi bien que la prestation de services, interventions et activités visant à promouvoir la santé et à apporter des bénéfices plus généraux. Les membres de la population jouent en effet cinq rôles essentiels en matière de santé. Ils sont :
 - des patients qui ont des besoins sanitaires et doivent bénéficier de soins
 - des consommateurs qui ont des attentes sur la manière dont ils seront traités
 - des contribuables constituant la principale source de financement du système
 - des citoyens pour qui l'accès à la santé est susceptible de constituer un droit
 - des coproducteurs de la santé par leurs comportements du point de vue du recours aux soins et de la promotion de la santé (Frenk, 2010).
2. Un ensemble de six fonctions, ou éléments constitutifs, dont certains sont clairement représentés dans les objectifs définis ci-dessus (Organisation mondiale de la Santé, 2007), à savoir :
 - prestation de services
 - personnel de santé
 - information
 - produits médicaux, vaccins et technologies
 - financement
 - leadership et gouvernance.
3. Intégrant, au sein de la fonction de prestation de services (Van Damme et al., 2010):
 - des services de santé généraux, curatifs et préventifs, et des services ciblant les problèmes

de santé donnés, y compris les programmes de lutte contre les maladies et les services personnels et en population;

- toute une gamme de modes ou de canaux de prestation de services, y compris les établissements, aux différents niveaux, les autres points de distribution de produits de santé (tels que pharmacies ou magasins) ainsi que d'autres stratégies (travailleurs de santé communautaires et activités communautaires, par exemple);
- un ensemble complexe de fournisseurs de services mêlant acteurs publics et privés, prestataires à vocation commerciale ou non lucrative, formels ou informels, professionnels ou non, allopathiques ou traditionnels, rémunérés ou bénévoles – le «système de santé pluraliste» (Bloom, Standing & Lloyd, 2008).

Un fonctionnement à multiples niveaux

La Figure 1 indique que les systèmes de santé opèrent aux niveaux «macro», «méso» et «micro» (Fulop et al., 2001; Van Damme et al., 2010).

Elle montre aussi que le niveau «macro» a généralement désigné le système de santé national, même si ce dernier est également influencé par un contexte national et international plus large. Au niveau national, les rôles clés du système sont :

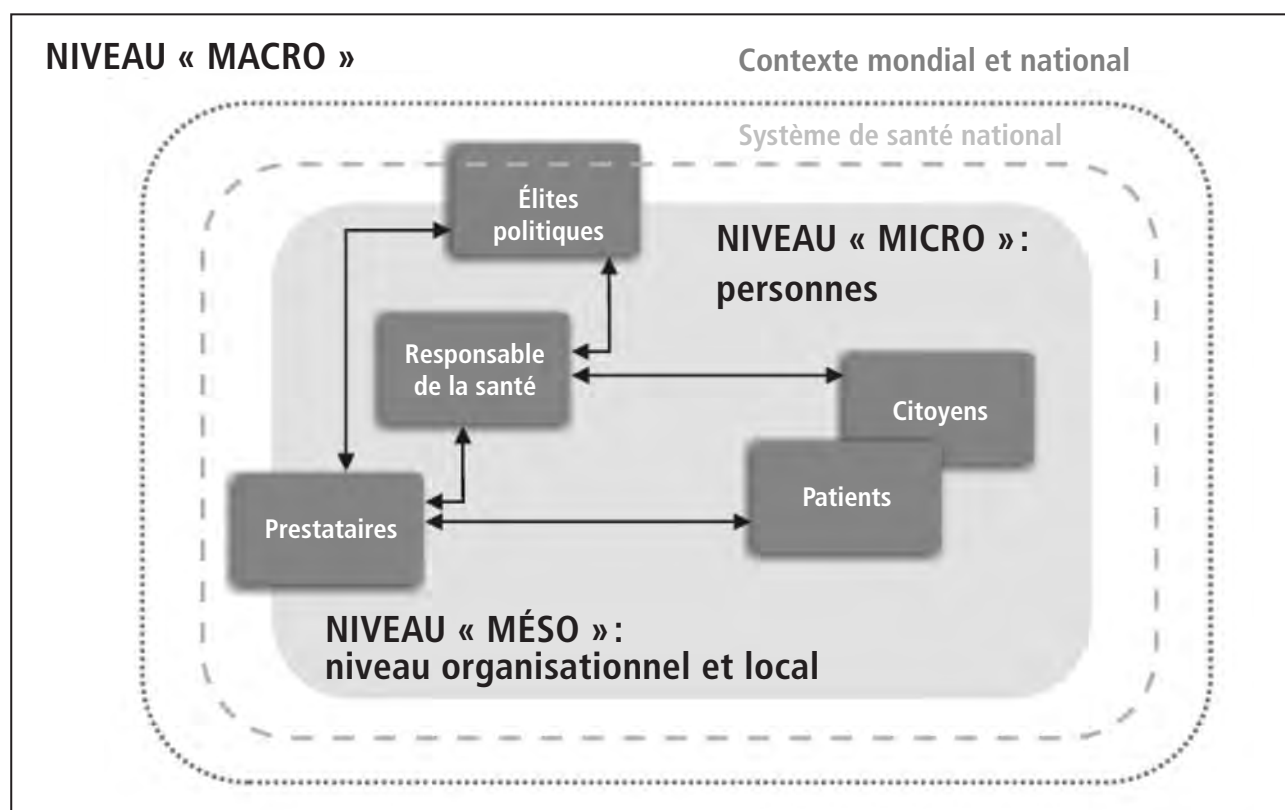
- d'équilibrer les politiques, les stratégies, l'allocation des ressources et le système de récompense des agents de santé à la lumière des objectifs généraux du système;
- de coordonner les fonctions et, sur le plan de la prestation de services, les activités et les interventions;
- d'élaborer les politiques et des règlements;
- de collaborer avec les acteurs du système de santé, y compris les citoyens;
- d'entrer en interaction avec les autres organismes nationaux ayant une influence sur la santé ainsi qu'avec les organismes et processus internationaux.

La forte influence qu'exerce le contexte général sur la santé de la population et sur les soins de santé est, néanmoins, de plus en plus largement reconnue (Smith & Hanson, 2011). Les facteurs qui interviennent le plus sont le commerce international, l'aide internationale et certaines mutations mondiales telles que les évolutions économiques ou le changement climatique. D'autres organisations et acteurs mondiaux ont également un poids très important, à l'instar des organismes multilatéraux et bilatéraux et des initiatives public-privé mondiales. Par conséquent, le système de santé national doit être compris comme un système ouvert au sein du contexte mondial, qui est influencé par des forces planétaires sur lesquelles il a lui-même une incidence.

Le niveau « méso » englobe le système de santé local – souvent appelé « de district » – et le niveau organisationnel (hôpitaux, par exemple). Au niveau local, les rôles du système sont :

- de répondre aux besoins et circonstances locaux, du point de vue de la fourniture des services de santé et des activités plus larges de promotion de la santé;
- de coordonner les acteurs locaux;
- de gérer les services de santé, les activités et les agents de santé;
- de superviser et de former les fournisseurs de services;
- d'adapter des politiques et directives nationales aux politiques locales.

Figure 1. Les différents niveaux des systèmes de santé



Enfin, le niveau «micro» correspond aux personnes physiques composant le système. Il englobe les prestataires, les patients, mais aussi les citoyens, les gestionnaires et les élites politiques – ainsi que les interactions entre eux. Ces personnes jouent plusieurs rôles clés à ce niveau :

- recours aux soins, mise en application des conseils de santé et autres comportements liés à la santé;
- fourniture de soins et activités de promotion de la santé;
- développement de nouvelles formes d'interactions fournisseur-patient, telles que l'utilisation à des fins de suivi des informations communiquées par le patient;
- développement de relations locales plus larges entre les agents du système de santé et la population;
- prise de décisions gestionnaires et leadership à l'échelle du système de santé.

Interactions et relations d'interdépendance

Les systèmes de santé incluent non seulement les éléments qui les composent, mais aussi les interactions et relations d'interdépendance qui existent entre ces éléments et avec les personnes du système (Frenk, 1994). Ces relations influencent la prestation de services et jouent donc sur l'amélioration de la situation sanitaire, mais contribuent également de manière déterminante aux bénéfices sociaux plus larges découlant du système de santé (Gilson, 2003).

Pas plus qu'une pile de briques ne constitue un bâtiment fonctionnel, les éléments constitutifs ne sauraient former à eux seuls un système. Celui-ci est le produit des multiples relations et interactions entre ces éléments – c'est-à-dire de la manière dont ils s'influencent mutuellement (de Savigny & Adam, 2009:31; voir également la Figure 2).

Figure 2. Interconnexions entre éléments constitutifs du système de santé
(source : de Savigny et Adam, 2009:32)



En outre, ces relations sont modelées par le « matériel » et par le « logiciel » du système de santé, système dont elles influencent en retour l'efficacité.

Le « matériel » (hardware) du système de santé désigne les cadres organisationnels, politiques, juridiques et financiers qui structurent tout système de santé, ainsi que ses règles en matière clinique et sur le plan de la fourniture des services. Le « logiciel » (software) englobe les institutions (normes, traditions, valeurs, rôles et procédures) inhérentes au système.

Souvent, ces deux dimensions sont intrinsèquement liées. Par exemple, non seulement les mécanismes de financement influencent le niveau de financement disponible pour le système de santé, mais ils indiquent aussi quelles en sont les priorités. C'est ainsi que les composantes fiscales du système montrent dans quelle mesure la société est prête à se mobiliser collectivement pour la redistribution, tandis que le niveau des honoraires d'un acte donné signale l'importance que la société accorde au choix (jusqu'où permet-elle à ceux qui en ont les moyens de s'offrir des services de santé plus nombreux ou de meilleure qualité). La panoplie des mécanismes de financement influence en outre les relations entre l'État et les citoyens et entre les fournisseurs et les patients, et elle a une incidence directe sur les niveaux et les caractéristiques de l'utilisation des soins de santé, dans la mesure où le système de santé offre une protection financière lors des crises sanitaires et contribue à la solidarité sociale (Gilson et al., 2008).

Ainsi l'attention récemment accordée à la pensée systémique encourage-t-elle à s'attacher particulièrement à la nature des relations au sein du système de santé et aux synergies qui en découlent, étant entendu que le tout vaut plus que la somme des parties.

3. Développement ou renforcement du système de santé

Comme nous l'avons vu à la précédente section, les systèmes de santé sont modelés par des composantes structurelles (matériel ou hardware) et sociales (logiciel ou software). Pour déterminer quelles mesures prendre pour les développer ou les renforcer, les chercheurs doivent par conséquent examiner :

- les changements structurels qui pourraient générer des gains d'efficacité s'ils étaient apportés au système;
- les mesures possibles pour influencer le comportement et les pratiques des agents du système de santé; et
- la manière d'apporter ces deux séries de changements en ayant la plus grande probabilité de parvenir aux effets attendus (Roberts et al., 2008).

Ces interventions systémiques portent parfois sur plusieurs éléments constitutifs – c'est ainsi que les primes de performance ciblent concurremment la problématique des ressources humaines et celle du financement.

Lorsqu'elles concernent la gouvernance ou l'information, ces interventions peuvent également comprendre des processus ou des stratégies qui modifient le système dans son ensemble, par-delà des éléments constitutifs, niveaux et dimensions (de Savigny & Adam, 2009). Par ailleurs, on peut traiter ensemble les dimensions « matérielles » ou « logicielles » des systèmes de santé, par exemple en mettant en place de nouveaux mécanismes ou processus d'obligation redditionnelle ou encore des stratégies de suivi et d'évaluation. De nouvelles approches en matière de leadership et de gestion pourraient également s'attacher délibérément à développer le système de santé du point de vue institutionnel et relationnel (Gilson, 2012).

En outre, certaines interventions propres à un programme ou une maladie peuvent avoir des effets à l'échelle du système – c'est par exemple le cas de l'extension de la thérapie antirétrovirale, ou de l'utilisation, dans le cadre des soins prénatals, de bons pour les moustiquaires de prévention du paludisme (de Savigny & Adam,

2009). Néanmoins, la plupart des stratégies attachées à un programme de lutte ou à un service particulier n'apporteront sans doute pas d'améliorations aussi larges. Elles souffrent en effet souvent d'une ou plusieurs des faiblesses suivantes (Travis et al., 2004).

Tableau 1. Contraintes systémiques types et réponses possibles au niveau des maladies ou à l'échelle du système de santé (source: Travis et al., 2004)

Contrainte	Réponse au niveau des maladies	Réponses à l'échelle du système de santé
Inaccessibilité financière: incapacité à payer, frais informels	Gratuité ou réduction des prix pour les principales maladies	Élaboration de stratégies de regroupement des risques
Inaccessibilité géographique: distance par rapport à l'établissement	Services de proximité pour les principales maladies	Révision du plan-cadre pour les dépenses d'équipement et de la répartition géographique des établissements
Personnel pas assez compétent	Formation continue et ateliers visant à développer les compétences de lutte contre les principales maladies	Examen des programmes de formation élémentaire des médecins et des infirmiers afin de s'assurer qu'ils ciblent les compétences appropriées
Manque de motivation du personnel	Incitations financières récompensant certains services prioritaires	Mise en place de systèmes adaptés d'évaluation des services clarifiant les rôles et les attentes; examen des structures salariales et des procédures de promotion
Insuffisance de la planification et de la gestion	Formation continue et ateliers afin de développer les compétences de planification et de gestion	Restructuration des ministères de la santé, recrutement et mise en place d'un groupe de gestionnaires dévoués
Déficit d'action intersectorielle et insuffisance des partenariats	Création de comités et groupes de travail intersectoriels nationaux sur certaines maladies	Création de systèmes d'administration locale incluant des représentants de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, et incitant les structures locales de gouvernance à rendre compte à leurs administrés
Mauvaise qualité des soins parmi les fournisseurs du secteur privé	Formation des fournisseurs du secteur privé	Développement de systèmes d'accréditation et de réglementation

Elles risquent :

- de limiter les options possibles pour améliorer le système en insistant sur les mesures microstructurelles (individuelles) au détriment des niveaux « méso » (local et organisationnel) ou « macro » (national et mondial);
- de venir supplanter les activités de routine (par exemple lorsque plusieurs activités de formation sont en cours aux dépens de la prestation de services);
- bien qu'elles permettent d'atteindre des objectifs à court terme, d'empêcher d'élaborer des stratégies à long terme pour pérenniser ceux-ci (par exemple lorsque des incitations financières de donateurs stimulent dans un programme des gains d'efficacité qui ne peuvent être durables ou ne profitent pas à l'ensemble des services, du fait de contraintes de ressources).

Le Tableau 1 montre par contre que les réponses systémiques apportées aux contraintes dont souffrent couramment les services ou programmes sont de portée large et ciblent la racine des problèmes. Néanmoins, ces réponses prennent généralement plus de temps à produire leurs effets et leur mise en œuvre est sans doute plus difficile.

4. Politiques de santé

Il faut entendre par politiques de santé :

... des modes d'action (et d'inaction) qui affectent les séries d'institutions, d'organisations, de services et d'accords de financement du système de santé. Elles comprennent aussi bien les politiques élaborées dans le secteur public (par les autorités) que les politiques du secteur privé. La santé étant influencée par de nombreux déterminants extérieurs au système de la santé, les analystes des politiques de santé s'intéressent aussi aux mesures que prennent ou ont l'intention de prendre les organisations extérieures au système qui ont une incidence sur la santé (par exemple l'industrie alimentaire ou pharmaceutique ou l'industrie du tabac (Buse, Mays & Walt, 2005:6)).

Généralement, on entend par politiques de santé les documents, règles et directives officiels et écrits qui présentent les décisions prises par les responsables de leur élaboration sur les actes jugés légitimes et nécessaires pour renforcer le système de santé et améliorer la santé. Ces documents officiels sont toutefois interprétés par les décisions des acteurs (par exemple les cadres moyens, les agents de santé, les patients et les particuliers) dans les pratiques au quotidien (par exemple en matière de gestion, de prestation de services, d'interaction avec autrui). En dernière analyse, ces pratiques deviennent les politiques de santé telles qu'elles sont ressenties et il est possible qu'elles s'écartent des intentions contenues dans les documents officiels (Lipksy, 1980). Les politiques ne sont donc pas seulement constituées par les déclarations d'intention officielles mais aussi par les pratiques informelles et non écrites (Buse, Mays & Walt, 2005).

5. Analyse des politiques de santé

L'analyse des politiques de santé représente un élément central de la RPSS. Elle s'entend parfois des activités techniques qui sous-tendent l'élaboration de politiques nouvelles ou l'élément central de leur évaluation. Elle comprend par exemple l'analyse épidémiologique qui définit les facteurs de risque de maladies déterminées et les cibles importantes pour les interventions sanitaires; ou l'analyse coût/efficacité qui définit parmi les différentes interventions possibles celle qui offre la meilleure rentabilité dans la lutte contre un problème de santé déterminé. Une approche plus politique et institutionnelle de l'analyse des politiques envisage cependant les politiques elles-mêmes comme un processus, celui de la prise de décisions, au lieu de s'intéresser uniquement aux politiques en tant que résultat d'un tel processus ou facteur de gestion (Harrison, 2001; Thomas, 1998).

Les analystes techniques envisagent souvent l'analyse des politiques comme comportant plusieurs étapes; il s'agit par exemple d'obtenir qu'un problème soit considéré comme devant faire l'objet de mesures politiques à titre prioritaire, de définir la nature du problème et les objectifs dont la réalisation représenterait une amélioration, de définir les causes du problème et les liens entre ces causes, de déterminer les interventions possibles permettant de réagir aux facteurs qui en sont à l'origine, d'envisager les options d'intervention, de mettre en œuvre les options retenues, de tenir compte de l'évaluation et des réactions (Harrison, 2001).

Les analystes adoptant une approche politique et institutionnelle face à l'analyse des politiques n'envisagent pas ces étapes comme séquentielles ou toujours présentes chaque fois qu'une décision est prise. Ils décrivent en fait souvent le processus comme une situation confuse, une série de décisions de portée limitée:

non seulement une politique vise-t-elle à modifier une situation déterminée, mais la situation elle-même varie et engendre des pressions variables pour que la politique soit modifiée. Le fait qu'elle soit en constant devenir justifie qu'on la considère elle-même comme un processus (Thomas, 1998:5).

L'objet de cette forme d'analyse des politiques dépasse le simple contenu de politiques déterminées, une plus large attention étant accordée aux comportements des acteurs; aux processus de décision et aux mesures prises; à l'inaction et aux actes involontaires; à l'influence du contenu sur ces actes; et au contexte qui influence les comportements et qui est influencé par eux (Walt & Gilson, 1994). Cette analyse fournit des éléments qu'on peut très bien combiner avec ceux de la pensée systémique (Gilson, 2012).

Pour certains, les politiques de santé sont «synonymes de politiques tout court, et concernent explicitement la question de savoir qui en influence l'élaboration, comment cette influence est exercée et dans quelles conditions» (Buse, Mays & Walt, 2005:6).

Acteurs des politiques

Dans le cadre national, les acteurs sont notamment:

- ceux qui exercent des responsabilités spécifiques en matière d'élaboration des politiques officielles du secteur public ou du secteur privé, y compris ceux qui en dehors du secteur de la santé s'occupent de politiques ayant une incidence sur la santé, et dans les organismes et organisations internationaux;
- ceux qui influencent l'application pratique des politiques (par exemple les cadres moyens, les agents de santé, les patients et les particuliers);
- ceux qui cherchent à influencer le processus d'élaboration des politiques officielles (par exemple les groupes de la société civile ou les groupes d'intérêts particuliers aux niveaux national et international).

Au niveau mondial, figurent parmi les acteurs des politiques l'ensemble des organisations multilatérales et bilatérales s'intéressant à des activités susceptibles d'influencer la santé ainsi que les nouvelles initiatives mondiales public/privé de premier plan (comme la Fondation Gates) et les mouvements de la société civile transnationale.

Cibles et formes de l'analyse des politiques

L'analyse des politiques envisage spécifiquement: a) les rôles des acteurs qui influencent l'évolution des politiques à différents niveaux – depuis les niveaux individuel, institutionnel et national jusqu'au niveau mondial – et leurs intérêts; b) l'influence des rapports de force, des institutions (règles, lois, normes et coutumes qui déterminent le comportement humain) et des idées (arguments et éléments d'information) sur le fonctionnement des systèmes de santé et la modification des politiques à l'intérieur des systèmes; et c) les questions d'économie au niveau mondial. Elle cherche aussi à comprendre les forces qui ont une incidence sur les raisons et les modalités du lancement, de l'élaboration, de la formulation, de la négociation, de la communication, de l'application et de l'évaluation des politiques, et notamment à comprendre comment les chercheurs influencent l'élaboration des politiques (Overseas Development Institute, 2007). Il s'agit notamment de déterminer si et pourquoi les pratiques courantes s'écartent des politiques officielles, ou sont même en contradiction avec elles, et créent un décalage en matière d'application entre l'intention des politiques et la pratique courante.

Enfin, si l'analyse des politiques peut être menée de façon rétrospective pour comprendre le passé, elle peut aussi être utilisée de façon prospective pour appuyer l'évolution des politiques de santé et le renforcement des systèmes de santé. L'analyse prospective a été proposée comme un moyen important d'appuyer les efforts de sensibilisation (Buse, 2008) et comme un élément déterminant des activités de conduite et de gouvernance des systèmes de santé (Gilson, 2012).

Une nouvelle approche du développement des systèmes de santé, la diplomatie sanitaire mondiale (Smith & Hanson, 2011) reconnaît elle aussi que les acteurs en matière de politiques de santé doivent de plus en plus négocier avec un ensemble d'acteurs aux niveaux national et international et en dehors du système national de santé, et s'associer à eux. Pour illustrer la diplomatie sanitaire mondiale, on peut mentionner les mesures visant à influencer le commerce mondial du tabac ou à mettre au point le code d'éthique de l'Organisation mondiale de la Santé pour le recrutement du personnel de santé et, au niveau national, les efforts visant à obtenir une augmentation du budget de la santé dans les pays africains – pour atteindre la cible de 15 % du budget national total fixé à Abuja.

6. Les frontières de la RPSS

Cette section met l'accent sur les types de questions abordées par la RPSS. S'agissant d'un domaine nouveau et émergent, on ne comprend pas toujours les questions qu'elle aborde et ce qui la distingue des autres domaines voisins de la recherche en santé. Les quatre éléments présentés dans la section précédente – systèmes de santé, développement des systèmes de santé, politiques de santé et analyses des politiques – constituent la base des idées présentées dans cette section. La Figure 3 illustre les éléments clés du domaine de la RPSS.

Points essentiels

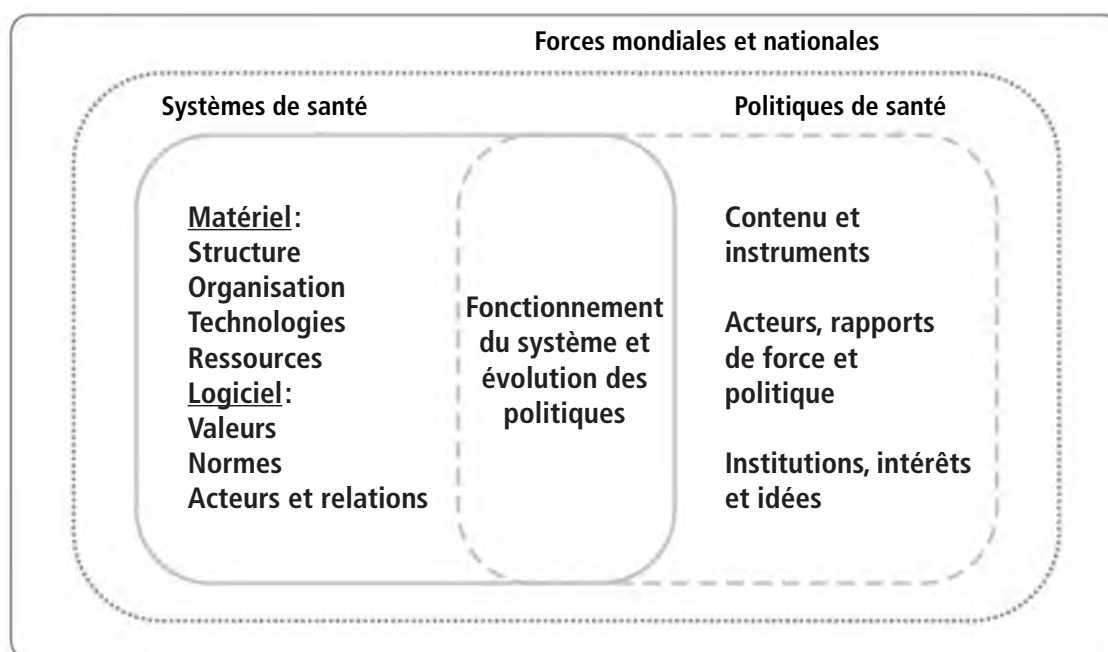
La RPSS est un domaine émergent de la recherche en santé mettant l'accent sur les politiques de santé et les systèmes de santé – ce qu'ils sont; comment les politiques sont appliquées; comment les systèmes fonctionnent; et ce qu'on peut faire pour améliorer l'application des politiques et le fonctionnement des systèmes.

Les questions intéressant la RPSS ont une grande diversité, concernent un éventail d'acteurs et peuvent être étudiées aux niveaux local, national et mondial.

La RPSS peut être distinguée de la recherche fondée sur des programmes spécifiques – lutte contre le paludisme ou le VIH/sida, par exemple –, car elle s'intéresse au cadre plus large dans lequel ces programmes sont mis en œuvre. La RPSS comprend par exemple les efforts concernant les éléments financement, ressources humaines ou gouvernance du système de santé qui sous-tendent l'ensemble de la fourniture des services.

Mais les frontières de la RPSS sont floues et son champ recoupe en partie ceux de la recherche sur les services de santé et de la recherche opérationnelle, et il existe certaines zones grises entre la RPSS et certains aspects de la gestion et certaines recherches sur des disciplines spécifiques.

Figure 3. Le champ de la RPSS



Qu'est-ce que la RPSS?

La RPSS englobe la recherche sur les politiques, les organisations, les programmes et les particuliers qui composent les systèmes de santé ainsi que la façon dont les interactions entre eux et les influences plus larges exercées sur les pratiques de prise de décisions dans le cadre du système de santé, conditionnent les résultats des systèmes.

La RPSS vise à comprendre :

- la nature et le fonctionnement des systèmes de santé;
- ce qu'il faut faire pour renforcer les systèmes de santé afin de les rendre plus performants en apportant des améliorations de la santé et une valeur sociale accrue;
- comment influencer les programmes politiques pour les étendre aux mesures visant à renforcer les systèmes de santé;
- comment mettre en place et appliquer ces mesures pour avoir de meilleures chances de déboucher sur des résultats plus performants.

Le champ de la RPSS couvre les efforts consentis concernant les différents éléments et dimensions du système de santé (voir les Figures 1 et 3). Une étude de la RPSS peut concerner l'examen d'un ou plusieurs des aspects suivants :

- le domaine plus large dans lequel la politique est élaborée (analyse au niveau macro);
- les processus et arrangements institutionnels dans lesquels l'évolution des politiques est élaboré et mis en œuvre (analyse au niveau méso);
- l'effet qu'ont des personnes spécifiques sur l'évolution des politiques et ses incidences (analyse au niveau micro) – le dosage entre structure (influences au niveau institutionnel) et organe (autonomie) qui conditionne ces mesures (Hudson & Lowe, 2004).

La RPSS envisage tout l'éventail des intervenants, non seulement ceux qui ont une influence sur les politiques officielles ou participent officiellement à l'élaboration des politiques au sommet ou au centre du système. Tout aussi importants sont les patients, les particuliers, les prestataires de soins en première ligne et les cadres à la base ou à la périphérie du système. Leurs actes et interactions représentent les pratiques qui sont ressenties en fin de compte non seulement comme des politiques de santé mais aussi comme le système de santé (voir par exemple Ssengooba et al., 2007; Walker & Gilson, 2004), et par lesquels on peut apporter des améliorations à la santé et une valeur sociale accrue.

La RPSS peut aussi être entreprise par des études appliquées au niveau national ou infranational et par des études dans plusieurs pays.

La diversité des domaines pouvant faire l'objet de la RPSS fait l'objet des Encadrés 1 et 2.

Encadré 1: Thèmes pouvant faire l'objet de la recherche sur les systèmes de santé

Ressources financières et humaines :

- Financement à base communautaire et assurance-maladie nationale
- Ressources humaines pour la santé au niveau du district et en-dessous
- Ressources humaines pour la santé au niveau national

Organisation et fourniture des services de santé:

- Engagement communautaire
- Soins de santé équitables, effectifs et efficaces
- Méthodes d'organisation des services de santé
- Politiques en matière de médicaments et de diagnostic

Gouvernance, conduite des affaires et gestion du savoir:

- Gouvernance et obligation de rendre des comptes
- Systèmes d'information sanitaire
- Fixation des priorités et élaboration de politiques sur des bases factuelles
- Approches effectives pour un engagement intersectoriel en matière de santé

Influences mondiales:

- Effets des initiatives et des politiques mondiales (notamment échanges commerciaux, donateurs et organismes internationaux) sur les systèmes de santé

Encadré 2: Thèmes abordés dans les études empiriques existantes de la RPSS

La RPSS a été entreprise pour étudier un large éventail de questions relevant des politiques et systèmes de santé; il s'agit par exemple:

- de décrire et d'évaluer des éléments particuliers des systèmes (par exemple la décentralisation, le financement de la santé);
- de décrire des expériences particulières de changements de politiques dans des cadres déterminés;
- d'expliquer comment les sociétés multinationales influencent les politiques transnationales et nationales (par exemple les multinationales du tabac);
- d'expliquer ce qui influence certains aspects de la prise de décisions par des acteurs des politiques déterminés (par exemple les études sur les comportements favorables à la santé, les études sur la motivation des agents de santé);
- d'évaluer si et dans quelle mesure les nouvelles interventions débouchent sur de meilleurs résultats (évaluations de subventions conditionnelles) et d'évaluer le rapport coût/efficacité des autres interventions possibles;
- de comprendre les pouvoirs dont disposent les parties prenantes et les positions qu'elles adoptent concernant des politiques ou des mesures nouvelles spécifiques et d'évaluer les incidences probables sur l'acceptabilité de politiques ou d'interventions nouvelles;
- de comprendre des expériences déterminées de mise en œuvre de politiques ou d'expliquer les variations entre différents cadres concernant l'expérience de l'application d'une politique déterminée;
- d'expliquer les incidences globales sur les résultats des systèmes de santé et les différences à cet égard entre systèmes de santé (par exemple l'analyse transnationale des niveaux de dépenses sanitaires catastrophiques).

Ce que la RPSS ne recouvre pas

Restent en dehors du champ de la RPSS les questions de médecine et de santé publique plus traditionnelles, comme :

- la recherche scientifique fondamentale sur de nouveaux produits pharmaceutiques ou de nouvelles technologies médicales;
- l'évaluation de l'efficacité clinique et de l'utilité de traitements ou de technologies déterminés;
- la mesure des profils et caractéristiques sanitaires de la population.

Distinction entre la RPSS et recherche sur la prestation de services/les programmes contre des maladies déterminées

La RPSS s'intéresse aux facteurs et aux forces au niveau des systèmes qui se retrouvent dans les différentes mesures prises pour lutter contre des problèmes de santé particuliers, ainsi qu'à ceux qui sous-tendent et déterminent les résultats des programmes de santé ciblant des affections données. Du point de vue de la prestation de services, il s'agit par exemple, notamment, d'évaluer de nouveaux modèles institutionnels de soins ou de nouveaux rôles pour différents types de prestataires de soins de santé. Or la RPSS élargit bien souvent le champ ou remonte en amont des affections, services ou programmes déterminés, pour envisager le contexte des systèmes et des politiques de santé, lequel a une influence cruciale sur les mesures durables prises contre des affections déterminées et la fourniture durable de services ou de programmes déterminés (Travis et al., 2004).

La RPSS envisage donc tout l'éventail des éléments constitutifs des systèmes de santé au lieu de privilégier des aspects de l'élément «prestation de services». Elle s'intéresse particulièrement aux dimensions horizontales des systèmes de santé (par exemple la planification, la gestion et le fonctionnement institutionnel). Cela dit,

elle peut recouvrir des recherches dans des domaines programmatiques particuliers (souvent appelés les éléments verticaux du système) afin de comprendre les problèmes systémiques que posent la lutte contre différentes affections et le maintien durable de différents types de programmes de santé. La RPSS choisit les problèmes ou les programmes de santé qui doivent retenir l'attention parce qu'ils sont à l'origine d'une demande au niveau des systèmes (comme c'est le cas pour la thérapie antirétrovirale contre le VIH/sida) ou servent de traceurs permettant de comprendre et/ou d'influencer la dynamique des politiques et des systèmes de santé (Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, 2007).

Des frontières floues

Une série de termes sont utilisés par différents groupes pour se référer à des aspects légèrement différents de la RPSS.

Le terme plus ancien de «recherche sur les services de santé» peut être le plus souvent utilisé dans les pays à revenu élevé, part de la fonction «prestation de services» des systèmes de santé, parfois en rapport avec d'autres fonctions. La recherche sur les services de santé peut, par exemple, étudier la relation entre le patient et le prestataire de soins ainsi que les interventions visant à améliorer l'application des recommandations cliniques par les praticiens. Le terme de «recherche sur les politiques et les systèmes de santé» a été introduit par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé pour couvrir un champ plus large et, si l'Alliance s'intéresse particulièrement à l'action dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le terme de RPSS est aujourd'hui plus largement utilisé. La RPSS peut prendre comme point de départ n'importe quel élément des systèmes de santé et s'intéresse au processus politique de même qu'aux influences d'ampleur mondiale. Parmi les autres domaines de recherche liés à la RPSS figurent la recherche sur la mise en œuvre et la recherche opérationnelle – et il existe un certain degré de chevauchement entre ces formes particulières d'activités de recherche et de gestion. Au lieu d'essayer d'établir des frontières bien nettes entre ces

différents domaines d'activités, il est peut-être préférable de les considérer pour la plupart comme des domaines qui se recoupent en partie, les frontières étant assez floues.

Il reste que les différences entre la RPSS et le domaine émergent de la science de la mise en œuvre font ressortir des différences de perspective essentielles (Sheikh et al., 2011). Dans les débats internationaux actuels sur la santé, la science de la mise en œuvre peut être considérée comme cherchant avant tout à améliorer la prestation de services ou de traitements déterminés qui ont déjà apporté des preuves de leur efficacité clinique. Par exemple :

La recherche sur la mise en œuvre est l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'utilisation systématique des conclusions de la recherche clinique et d'autres pratiques fondées sur des bases scientifiques et d'améliorer ainsi la qualité et l'efficacité des soins de santé. Elle s'étend à l'étude des influences sur le comportement des professionnels des soins de santé et sur le comportement institutionnel. (<http://www.implementationscience.com/about>, consulté le 13 janvier 2011)

La RPSS pour sa part adopte une approche plus large pour la recherche sur la mise en œuvre, qui est fondée sur la théorie de la mise en œuvre des politiques, un domaine riche et qui existe depuis plusieurs décennies (Hill & Hupe, 2009), parmi d'autres traditions de recherche. Elle envisage la recherche sur la mise en œuvre comme étant à la fois au centre de l'étude de la gouvernance dans les systèmes de santé et comme cherchant à comprendre comment le changement est apporté ou déterminé. En se posant la question de savoir ce qui se produit en réalité et pourquoi plutôt que s'il existe un fossé en matière de mise en œuvre, cette approche envisage la mise en œuvre comme un processus institutionnel et sociopolitique à favoriser plutôt qu'un processus centralisé quasi mécanique. Elle envisage par conséquent les pratiques de gestion et de communication qui sous-tendent l'application élargie d'une idée ou d'une intervention nouvelle dans le cadre d'un système de santé au lieu

de s'intéresser, par exemple de manière plus exclusive, aux nouveaux moyens d'orienter les comportements des dispensateurs. Elle reconnaît aussi les rapports de force ou les relations de confiance qui déterminent l'expérience de la mise en œuvre.

Comme la RPSS s'inspire de toute une série de disciplines, il existe aussi un deuxième ensemble de frontières floues entre des domaines disciplinaires plus spécialisés et la RPSS. Par exemple, la plupart des travaux épidémiologiques ne relèvent pas de la RPSS, mais ceux qui fournissent des éléments concernant la performance des systèmes de santé et leur évolution sont pertinents (voir Masanja et al., 2008, dans la partie 4). De même, les travaux anthropologiques qui fournissent des éléments sur le fonctionnement et les résultats des systèmes de santé comprennent, par exemple, des recherches axées sur les relations entre les acteurs des systèmes de santé (George, 2009, plus tard) ou sur les politiques elles-mêmes (Behague & Storeng, 2008, voir partie 4). Les travaux anthropologiques plus classiques concernant par exemple les perspectives des non-spécialistes pour des programmes de santé déterminés intéressent moins la RPSS. La science politique et la sociologie ont aussi beaucoup à lui offrir (par exemple Shiffman et al., 2004 et Murray & Elston, 2005, voir partie 4), bien que tous les travaux reflétant ces disciplines ne relèvent pas directement de la RPSS.

Enfin, si l'économie de la santé y figure en bonne place, les analyses qui se retrouvent le plus au centre de la RPSS comprennent les travaux concernant le financement (par exemple O'Donnell et al., 2007, voir partie 4) et les ressources humaines (par exemple Blaauw et al., 2010, voir partie 4) plutôt que, par exemple, l'analyse du rapport coût/efficacité de technologies dirigées contre des maladies spécifiques.

En dernier ressort, par définition, les études qui relèvent du champ de la RPSS doivent porter sur des questions en rapport avec les politiques et les systèmes de santé telles qu'elles sont définies ici et offrir des enseignements assez pertinents du point de vue politique.

7. Comprendre la nature de la réalité sociopolitique

Cette section expose différentes manières de comprendre les positions des chercheurs concernant le monde qu'ils étudient, des positions qui influencent le type de recherche qu'ils choisissent d'entreprendre. L'examen de ces questions est un aspect courant de la recherche plus large dans le domaine social et du développement, mais il est plus rare dans la recherche en santé.

Points essentiels

Toutes les activités de recherche sont influencées par la perception qu'a le chercheur de ce qu'on entend par réalité et savoir.

En tant que chercheur, il est toujours important de reconnaître sa perception du monde – car cette perception influence les types de questions posées et les types de stratégies de recherche retenus.

Le positivisme, le relativisme et le réalisme critiques sont des termes qui décrivent trois façons d'envisager le monde et de rechercher des informations.

S'inspirant de différentes disciplines, la RPSS englobe un plus large éventail de perceptions de la réalité sociopolitique que la plus grande partie des travaux de recherche en santé, ce qui influence aussi les conceptions de la causalité, de la généralisation et de l'apprentissage acceptées dans le domaine. Plus spécifiquement, la RPSS cherche à étudier la causalité complexe, s'inspire de l'analyse comparative pour dégager des conclusions pertinentes dans différents cadres, et suit une approche assez engagée pour promouvoir l'apprentissage grâce à la recherche.

Une différence fondamentale entre RPSS et recherche en santé au sens plus large tient aux différentes conceptions de la nature de la réalité, de ce qu'il y a à savoir et comment on pourra obtenir des connaissances concernant cette «réalité». La recherche biomédicale et clinique et certains types de recherche épidémiologique et économique sont fondés sur les mêmes conceptions positivistes que les sciences naturelles et les sciences physiques.

Mais, à la différence des traditions dominantes de la recherche en santé, la RPSS s'inspire beaucoup des perspectives des sciences sociales, non seulement du réalisme critique mais aussi du paradigme relativiste du

savoir et des séries liées de questions et d'approches concernant la recherche (voir le Tableau 2). Les différences entre ces paradigmes expliquent certaines des critiques couramment adressées à la RPSS ainsi que les stratégies de recherche utilisées qui diffèrent de celles de la recherche biomédicale et épidémiologique (Gilson et al., 2011). Le bref survol de ces différences est tiré en particulier de Grix, 2004; Harrison, 2001; et Robson, 2002.

Tableau 2. Éléments essentiels des paradigmes du savoir appliqués dans la RPSS

Paradigme du savoir	< - - - - - >		
	Positivisme	Réalisme critique	Relativisme (interprétativisme/ constructivisme social)
Types de questions visées	(coût-)efficacité des politiques ou de l'intervention	Qu'est-ce qui donne des résultats, pour qui et dans quelles conditions?	Comment les acteurs éprouvent-ils et comprennent-ils différents types d'interventions et de politiques? Quels sont les processus sociaux, notamment les rapports de force, qui influencent la compréhension et les expériences des acteurs?
Angles disciplinaires voisins	Épidémiologie Économie du bien-être Science politique (théorie du choix rationnel)	Analyse des politiques Études institutionnelles	Anthropologie Sociologie Science politique (institutionnalisme sociologique)
Principales approches et méthodes de recherche	Déductives : fondées sur des hypothèses Mesure au moyen d'enquêtes, l'utilisation des archives et d'autres données Analyse statistique Données qualitatives recueillies par exemple par le biais d'entretiens et de procédures semi structurés	Déductive et inductive (vérification et établissement de théories) Méthodes multiples de collecte de données, notamment examen de documents, série de méthodes d'observation sur la façon de mener les entretiens	Inductive (peut-être établissement/mise à l'épreuve de théories) Méthodes multiples de collecte de données notamment entretiens approfondis (d'individus et de groupes), examen documentaire mais aussi observation des participants ou antécédents par exemple)
Articles sur la RPSS illustrant le paradigme (voir Partie 4)	Björkman & Svensson, 2009	Marchal, Dedzo & Kegels, 2010	Riewpaiboon et al., 2005 Shiffman, 2009 Sheikh & Porter, 2010

Positivisme

La recherche positiviste, par exemple la recherche biomédicale ou épidémiologique, part de l'idée que le phénomène ou les questions à examiner existent indépendamment de la façon dont ils sont conçus et perçus. La recherche selon cette tradition admet que ces phénomènes comprennent une série de faits qui peuvent être observés et mesurés par le chercheur sans qu'ils soient altérés et qu'il existe des modèles et des analogies entre eux, des causes et des connaissances qui peuvent être déterminées par la recherche empirique. L'objet central de la recherche est considéré en fait comme la détermination des relations de cause à effet qui interviennent dans la réalité et restent « vraies » dans des contextes différents et à des moments différents, cette détermination étant obtenue en les décrivant et en vérifiant les hypothèses (ou les prévisions) sur la base des faits constatés. La RPSS fondée sur ce paradigme vise à définir les interventions qui donnent les meilleurs résultats et ont l'impact le plus marqué.

Relativisme

Les sciences sociales pour leur part envisagent les phénomènes étudiés (par exemple les politiques et les systèmes de santé) comme le produit d'une interaction entre les acteurs sociaux. Ces phénomènes n'existent donc pas indépendamment de ces acteurs mais dépendent essentiellement de la façon dont les acteurs interprètent ou expliquent leur expérience, et ces interprétations varient dans le temps.

De ce point de vue, les faits ne se distinguent pas clairement des valeurs et la recherche des relations de cause à effet est presque dénuée de sens. La recherche fondée sur cette tradition est axée sur les intentions, les croyances, les valeurs, les raisons invoquées et la façon dont les gens en tirent une signification.

Le relativisme reconnaît que le chercheur fait avancer le savoir par la façon dont il interprète ce qu'il entend et observe. L'objet central de la RPSS à cet égard est donc non d'expliquer mais plutôt de comprendre les différentes significations données par les acteurs aux phénomènes sociaux, notamment les termes utilisés pour décrire la réalité.

Réalisme critique

Une troisième perspective, le réalisme critique, peut être considérée comme située quelque part entre les deux autres. Comme le positivisme, le réalisme critique estime que la réalité sociale existe indépendamment des acteurs sociaux tout en acceptant que les interprétations de cette réalité par les acteurs influencent la nature des changements sociaux. Les structures et processus préexistants de la société affectent donc les acteurs et sont affectés par eux; et l'action de l'homme est influencée par toute une série de processus et de structures individuels, institutionnels, sociétaux et de groupes.

Comme les positivistes, les réalistes critiques cherchent à définir les mécanismes sous-jacents à l'origine des phénomènes sociaux (par exemple les politiques et les systèmes de santé), mais ils adoptent aussi une conception fondée sur l'interprétation. En d'autres termes, ils n'acceptent pas que les mécanismes de cause à effet restent valables pour différents contextes et à différents moments, mais estiment qu'une série de mécanismes interviennent entre la cause et l'effet, notamment des mécanismes liés aux acteurs et au contexte.

Pour les réalistes critiques, la recherche et l'évaluation ont par conséquent pour but de déboucher sur des théories qui expliquent le monde social et, en particulier, de définir les mécanismes expliquant les résultats des interventions. La question dominante de la RPSS de ce point de vue est « qu'est-ce qui donne des résultats, pour qui et dans quelles conditions » ? (Pawson & Tilley, 1997).

Perspectives de la RPSS sur la causalité, la généralisation et l'apprentissage

Les conceptions plus larges du savoir et de la réalité sociale incorporées à la RPSS, comparativement à la recherche positiviste, sous-tendent la reconnaissance des influences sociopolitiques et idéologiques sur les politiques et les systèmes de santé et conduisent aussi à des différences importantes de perspectives entre ces champs de recherche sur la causalité, la généralisation et l'apprentissage.

Causalité

La RPSS embrasse la causalité complexe – l'effet n'est pas considéré comme lié à une cause par un cheminement linéaire prévisible mais il y a interaction de causes multiples qui génèrent une série d'effets souvent imprévisibles. Cette causalité complexe peut être considérée comme le résultat de l'influence des acteurs et de leurs interprétations sur la façon de définir les problèmes, sur la forme prise par les interventions et les politiques lors de la mise en œuvre, sur le mode de fonctionnement des systèmes de santé et sur la façon dont les interventions ou les politiques se déroulent dans les systèmes de santé (Pawson & Tilley, 1997).

La causalité complexe résulte aussi de l'absence de cloisonnement qui caractérise les systèmes de santé. Il existe des influences multiples qui ont des interactions et sont ancrées dans les systèmes. Par conséquent, les interventions et les politiques n'ont souvent pas les mêmes effets dans des endroits différents et à différents moments (de Savigny & Adam, 2009). De plus, la recherche s'inscrit dans le cadre du système de santé même lors d'une évolution pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la cible particulière de l'enquête (Robson, 2002). La RPSS doit donc adopter des stratégies de recherche permettant d'étudier la causalité complexe. En particulier, il apparaît de plus en plus que la pensée systémique offre un éclairage et des perspectives qui intéressent la RPSS (Atun & Menabde, 2008; de Savigny & Adam, 2009).

Généralisation

La RPSS reconnaît différentes approches concernant la généralisation. Les études de la tradition positiviste recherchent des conclusions qui ont une validité extérieure et qui peuvent faire l'objet d'une généralisation statistique au-delà du cadre et de la population initiaux. Dans les efforts d'évaluation, les essais contrôlés randomisés sont devenus la norme de référence parce qu'ils permettent de telles généralisations. Or la RPSS englobe aussi une possibilité de généralisation analytique ou théorique, telle qu'elle est couramment appliquée dans la recherche sur les études de cas. Les idées générales découlant d'une ou d'une poignée d'expériences ou de cas, par un processus minutieux d'analyse, sont considérées comme ayant un degré suffisant d'universalité pour permettre une projection dans d'autres cadres (Robson, 2002).

Le processus d'analyse suppose l'élaboration de conclusions à partir de constatations détaillées sur le contexte, les processus et les résultats dans un ou plusieurs cadres et des conclusions qui sont portées à un niveau suffisant d'abstraction ou de généralité pour avoir une résonance dans un contexte différent. Les comparaisons entre des cas similaires permettent aussi de tester et de réviser cette théorie mitoyenne («les idées sur la façon dont le mode fonctionne, y compris les concepts tirés de l'analyse et les idées sur les liens entre ces concepts» (Gilson et al., 2011:2) dans des cycles successifs d'élaboration et de mise à l'épreuve de théories.

Dans l'analyse comparative d'études de cas, la généralisation ne dépend pas du caractère représentatif de l'échantillon de population mais d'un processus d'abstraction qui va des caractéristiques d'un seul cas à des idées englobant plusieurs cas. Cette analyse comparative suscite donc un intérêt croissant chez les chercheurs qui s'occupent des politiques et des systèmes de santé et qui veulent trouver des explications (Gilson & Raphaely, 2008; Marchal, Dedzo et Kegels, 2010). Mais il faut aussi relever que la

RPSS englobe également des travaux de recherche dont le but n'est pas de généraliser (par exemple concernant des acteurs et l'établissement d'un sens) mais qui s'intéressent au cas particulier et spécifique en cherchant à éclairer et à comprendre ces expériences (par exemple George, 2009; Sheikh & Porter, 2010).

Production de connaissance et apprentissage

Enfin, la RPSS embrasse différentes conceptions de la production de connaissances et de l'apprentissage de celles de la recherche biomédicale et épidémiologique. La recherche de la tradition positiviste a tendance à considérer l'apprentissage comme un acte mécanique – le transfert d'un savoir d'un cadre à un autre –, alors que la perspective relativiste des sciences sociales envisage l'apprentissage comme faisant partie intégrante du processus d'élaboration et d'application des politiques (Freeman, 2006). Comme Rose (2005), par exemple, l'a soutenu, les enseignements politiques ne sont pas uniquement des copies directes d'interventions appliquées dans un cadre. Il s'agit plutôt d'idées tirées d'observations sur des interventions effectuées dans d'autres cadres, des observations qui font l'objet d'une abstraction, d'une généralisation puis d'une recontextualisation dans un cadre nouveau.

Dans la tradition positiviste, le rôle du chercheur est de définir les mécanismes étiologiques qui peuvent être transposés d'un cadre à un autre. Dans la tradition relativiste, il doit contribuer au processus de compréhension et de promotion du changement – notamment en comprenant comment les acteurs sociaux interprètent leurs réalités et leur donnent un sens et en aidant les acteurs de la politique à négocier des solutions aux problèmes qui soient mutuellement acceptables (Harrison, 2001).

Références bibliographiques

Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPsr) (2007). *What is Health Policy and Systems Research and why does it matter?* AHPsr Briefing Note 1. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/alliance-hpsr/en/>, consulté le 22 août 2011).

Alliance for Health Policy and Systems Research (2011). *What is HPSR? Overview*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/alliance-hpsr/about/hpsr/en/index.html>, consulté le 18 mai 2011).

Atun R, Menabde N (2008). Health systems and systems thinking. In: Coker R, Atun R, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press. (European Observatory on Health Systems and Policies Series):121–140.

Behague DT, Storeng KT (2008). Collapsing the vertical–horizontal divide: an ethnographic study of evidence-based policy-making in maternal health. *American Journal of Public Health*, 98(4):644–649.

Björkman M, Svensson J (2009). Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2):735–769.

Blaauw D et al. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88:350–356.

- Bloom, G, Standing H, Lloyd R (2008). Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. *Social Science & Medicine*, 66(10):2076–2087.
- Buse K (2008). Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective policy analysis. *Health Policy and Planning* 23(5):351–360.
- Buse K, Mays N, Walt G (2005). *Making health policy*. Milton Keynes, Open University Press.
- Commission on the Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization.
- de Savigny D, Adam T, eds (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html>, consulté le 10 juillet 2010).
- Freedman L et al. (2005). Who's got the power? *Transforming health systems for women and children*. UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health. London, Earthscan (<http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF4Childandmaternalhealth.pdf>, consulté le 15 septembre 2011).
- Freeman R (2006). Learning in public policy. In: Moran M, Rein M, Goodin R, eds. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford, Oxford University Press:367–388.
- Frenk J (1994). Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 27:19–34.
- Frenk J (1994). Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 27:19–34.
- Frenk J (2010). The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7(1):1–3.
- Fulop N et al. eds (2001). Issues in studying the organisation and delivery of health services. In: Fulop N et al., eds. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. London, Routledge:1–23.
- George A. (2009). By papers and pens, you can only do so much: views about accountability and human resource management from Indian government health administrators and workers. *International Journal of Health Planning and Management*, 24(3):205–224.
- Gilson L (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7):1453–1468.
- Gilson L (2012). Health systems and institutions. In: Smith R, Hanson K, eds. *Health systems in low-and middle-income countries: an economic and policy perspective*. Oxford, Oxford University Press. pp21–45.
- Gilson L, Raphaely N (2008). The terrain of health policy analysis in low- and middle-income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health Policy and Planning*, 23(5):294–307.
- Gilson L et al. (2008). *Challenging inequity through health systems*. Final report of the Knowledge Network on Health Systems, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. Johannesburg, Centre for Health Policy, EQUINET, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Gilson L et al. (2011). Building the field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters. *PLoS Medicine* 8(8): e1001079.
- Grix J (2004). *The foundations of research*. Houndsmill, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Harrison S (2001). Policy analysis. In: Fulop et al., eds. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. London, Routledge:90–106.

- Hill M, Hupe P (2009). *Implementing public policy*, 2nd ed. London, Sage Publications.
- Hudson J, Lowe S (2004). *Understanding the policy process: analysing welfare policy and practice*. Bristol, The Policy Press.
- Lipsky M (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York, Russell Sage Foundation.
- Mackintosh, M. (2001). Do health care systems contribute to inequalities? In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press:175–193.
- Mackintosh M, Koivusalo M (2005). Health systems and commercialization: in search of good sense. In: Mackintosh M, Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care*. Houndsmill, Basingstoke, Palgrave Macmillan:3–21.
- Marchal B, Dedzo M, Kegels G (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Services Research*, 10:24.
- Masanja H et al. (2008). Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *Lancet*, 371:1276–1283.
- Mills A (2012). Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. *Health Policy and Planning*, 27(1): 1-7.
- Murray SF, Elston MA (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of health care: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health and Illness* 27(6):701–721.
- O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93–123.
- Overseas Development Institute (ODI) (2007). How can analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? Moving the agenda forward. ODI briefing paper 25 (<http://www.odi.org.uk/resources/download/343.pdf>, accessed 22 August 2011).
- Pawson R, Tilley N (1997). *Realistic Evaluation*. London, Sage Publications.
- Riewpaiboon W et al. (2005). Private obstetric practice in a public hospital: mythical trust in obstetric care. *Social Science & Medicine*, 61(7):1408–1417.
- Roberts M et al. (2008). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. New York, Oxford University Press.
- Robson C (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*, 2nd ed. Oxford, Blackwell Publishing.
- Rose R (2005). *Learning from comparative public policy: a practical guide*. Abingdon, Routledge.
- Sanders D, Haines A (2006). Implementation research is needed to achieve international health goals. *PLoS Medicine*, 3(6): e186.
- Sheikh K, Porter J (2010). Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India: The case of HIV testing. *Social Science & Medicine*, 71(11):2005–2013.
- Sheikh K et al. (2011) Building the field of health policy and systems research: framing the questions. *PLoS Medicine*, 8(8):e1001073.
- Shiffman J (2009). Explication sociale de la montée ou de la baisse de l'intérêt pour un problème de santé d'ampleur mondiale. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 87(8):608-613.

Shiffman J et al. (2004). The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy and Planning*, 19(6): 380–390.

Smith R, Hanson K (2011). What is a health system. In: Smith R, Hanson K, eds. *Health systems in low- and middle-income countries: an economic and policy perspective*. Oxford, Oxford University Press: Chapter 1.

Ssengooba F et al. (2007). Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect. *Human Resources for Health*, 5:3.

Thomas A (1998). Introduction. In: Thomas A, Chataway J, Wuyts M, eds. *Finding out fast: investigative skills for policy and development*. London, Sage Publications: 1–18.

Travis P et al. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 364:900–06.

Van Damme W et al. (2010). How can disease control programmes contribute to health systems strengthening in Sub-Saharan Africa? Studies in Health Services Organisation & Policy. Working Paper Series. Working Paper no1. Antwerp, Institute of Tropical Medicine (<http://www.itg.be/itg/GeneralSite/default.aspx?WPID=756&L=e&miid>, consulté le 22 août 2011).

Walker L, Gilson L (2004). We are bitter but we are satisfied: nurses as street level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(6):1251–1261.

Walt G, Gilson L (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4):353–370.

World Health Organization (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, consulté le 16 septembre 2011).

Partie 2

Entreprendre un travail de recherche sur les politiques et les systèmes de santé : principales étapes

Lucy Gilson

Université du Cap, Afrique du Sud, et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

Cette partie du manuel décrit les quatre principales étapes de l'élaboration d'un projet de recherche primaire sur les politiques et les systèmes de santé (RPSS) auxquelles doivent s'atteler tous les chercheurs :

1. Déterminer le thème central de la recherche et les questions à étudier
2. Concevoir l'étude
3. Veiller à la qualité et à la rigueur de la recherche
4. Appliquer les principes éthiques.

Pour juger de la qualité d'un travail empirique de RPSS, il est important de considérer l'ensemble de ces étapes et non pas seulement l'étape N° 3.

Étape 1: Déterminer le thème central de la recherche et les questions à étudier

Lorsque l'on veut lancer un projet de RPSS, il faut commencer par déterminer le thème central de la recherche, c'est à-dire la question ou les problèmes que l'on veut étudier – ainsi que les questions connexes – et ce pour deux raisons principales :

1. La RPSS se définit plutôt par les sujets et les questions abordés que par l'angle disciplinaire sous lequel ils sont traités ou par les méthodes particulières de collecte et d'analyse des données qui sont utilisées.
2. La RPSS doit toujours chercher à avoir une pertinence pour les politiques et à guider les décisions prises par ceux qui influent sur l'évolution et le fonctionnement des systèmes de santé, à savoir tous les acteurs impliqués depuis les ménages jusqu'aux intervenants à l'échelle mondiale. (Notez que la pertinence pour les politiques est l'un des principaux critères permettant de juger de la valeur éthique de la RPSS, Henning, 2004).

Étant donné que la pertinence au regard des politiques est toujours importante en matière de RPSS, ceux qui travaillent dans ce domaine ont prêté une attention grandissante au processus de définition des priorités de la recherche. Un sujet de préoccupation particulier a été l'influence exercée par les acteurs mondiaux (bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux classiques et initiatives public/privé au niveau mondial) sur la fixation des priorités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces acteurs mondiaux ont souvent eu tendance à mettre l'accent sur la recherche en amont ou sur l'approvisionnement en produits plutôt que sur les questions et initiatives touchant le renforcement des systèmes. Même parmi les communautés de chercheurs au niveau national, la RPSS peut recevoir moins d'attention que d'autres sujets de recherche en raison de l'influence exercée par d'autres chercheurs en santé ou par des groupes d'intérêt particulier. Les processus de définition des priorités de la recherche au niveau national sont donc très importants en tant que moyens d'assurer le dialogue entre les chercheurs et les responsables de la politique de santé et les gestionnaires, et de gagner l'adhésion de ces derniers. Cette adhésion est indispensable pour que les problèmes qui se posent au niveau des politiques et des systèmes de santé deviennent de véritables sujets de recherche, pour en déterminer le niveau de priorité et, à terme, pour appuyer l'utilisation des résultats de la recherche. Cela peut aussi déboucher sur un meilleur financement de la RPSS au niveau national (Green & Bennett, 2007).

Parmi les exemples de processus internationaux de définition des priorités de la recherche, on peut mentionner ceux lancés par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé en 2007-2008, qui ont permis de recenser des sujets de recherche prioritaires dans le domaine des ressources humaines, du financement et du rôle du secteur non étatique (voir le Tableau 3). Au niveau national, l'approche dite de la « recherche nationale essentielle en santé » a fourni un cadre pour la définition des priorités qui a été appliqué dans différents pays (Green & Bennett, 2007; Alliance pour la recherche sur

les politiques et les systèmes de santé, 2009). Voir aussi les travaux du Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement à l'adresse: <http://www.cohred.org>.

En plus de la concertation avec les acteurs des politiques et d'autres chercheurs, la définition d'un sujet de RPSS et des champs d'étude connexes suppose:

- de penser de manière créative, par exemple pour identifier d'autres domaines de travail ou d'autres manières de conduire une étude; et d'explorer les différentes théories et conception existantes;

- d'inventorier la littérature afin de recenser les publications et travaux de recherche pertinents sur la RPSS en général et sur le sujet de la recherche en particulier.

Enfin, pour définir une question de recherche, il est important de faire preuve de pragmatisme. La recherche doit être réalisable: par exemple la portée et le champ de l'étude doivent être en rapport avec les ressources et le temps dont on dispose (Robson, 2002; Varkevisser, Pathmanathan & Brownlee, 2003).

Tableau 3. Questions de recherche prioritaires dans trois domaines relatifs aux politiques et systèmes de santé: résultats d'un processus international de définition des priorités (Source: Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, 2009)

	Ressources humaines pour la santé	Financement du système de santé	Secteur non étatique
1 ^{ère}	Dans quelle mesure les incitations financières et non financières permettent-elles d'attirer et de retenir des agents de santé qualifiés dans des zones mal desservies?	Comment élaborer et mettre en œuvre une protection financière universelle?	Comment le gouvernement peut-il créer un environnement favorisant la participation de prestataires privés à la réalisation des objectifs des systèmes de santé?
2 ^e	Quel est l'impact de la double pratique (le fait qu'un agent de santé exerce à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé) et des emplois multiples? Faut-il réglementer la double pratique et, dans l'affirmative, comment doit-on définir et faire appliquer les règles?	Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes manières de recenser les pauvres?	Quelle est la qualité et/ou la couverture des services de santé dispensés aux pauvres par le secteur privé (non étatique)?
3 ^e	Comment peut-on utiliser des incitations financières et non financières pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins de santé?	Dans quelle mesure les pauvres profitent-ils des prestations de santé?	Quels types de réglementation sont susceptibles d'améliorer les résultats des systèmes de santé et dans quelles conditions?
4 ^e	Quelle est la meilleure combinaison possible entre les politiques financières, réglementaires et non financières pour améliorer la répartition géographique des agents de santé et aider à les retenir?	Quels sont les avantages et les inconvénients de la fourniture de subsides liés à la demande?	Comment saisir au mieux et de manière systématique les données et tendances relatives au secteur privé?
5 ^e	Quelle est l'ampleur et quels sont les effets de l'émigration des personnels de santé et que peut-on faire pour y remédier?	Quel est l'impact de la sécurité sociale sur l'équité? Comment peut-on l'améliorer?	Quels sont les coûts et l'accessibilité des biens et services proposés par le secteur privé par rapport à ceux dispensés par le secteur public? Et pour qui?

Travailler en réseau et penser de façon créative

Collaborer avec l'ensemble des acteurs impliqués et avec d'autres chercheurs permet d'assurer que le thème central et les questions de recherche seront véritablement pertinents pour les politiques. Ces deux groupes, de par leur expérience dans des cadres différents, auront leur propre perception des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé et des possibilités qui s'offrent. Les types de questions qui peuvent intéresser

les décideurs politiques au niveau national sont résumés dans l'Encadré 3. Ces questions portent à la fois sur le contenu des politiques et sur les processus.

Le fait de travailler en réseau peut aussi contribuer à stimuler une pensée créative. En outre, l'exploration de différents concepts et de différentes théories peut aider à faire émerger de nouveaux champs de recherche, rarement envisagés dans le passé, ou de nouvelles façons d'aborder un sujet sur lequel il existe déjà un certain nombre de travaux de recherche.

Encadré 3: Questions générales de recherche intéressant les décideurs nationaux

Formulation des politiques

- Quelle est la nature et l'étendue du problème X?
- Qu'est-ce qui a été fait précédemment pour traiter le problème X et quelles ont été les conséquences? Y a-t-il eu des conséquences inattendues et lesquelles?
- Quelles seraient les solutions d'un bon rapport coût/efficacité à ce problème?
- Combien de temps faudra-t-il avant de voir les effets de la solution Y? Comment conserver l'adhésion du public et le soutien politique jusqu'à ce que les effets se fassent sentir?

Mise en œuvre de la politique

- Que se passera-t-il dans la pratique lorsque la politique Y sera mise en œuvre et pourquoi?
- Les personnes chargées de mettre en œuvre la politique comprennent-elles le problème auquel la politique vise à répondre et les objectifs poursuivis de la même manière que les décideurs? Dans la négative, comment cette différence de perception influe-t-elle sur la mise en œuvre de la politique?
- Sur le plan organisationnel, la réponse est-elle adéquate/soutenue?

Évaluation de la politique

- Les objectifs de la politique, ou du programme, ont-ils été atteints?
- Quelles ont été les conséquences inattendues?
- Les objectifs de la politique sont-ils restés les mêmes au fil du temps?
- La situation à laquelle on cherchait à répondre s'est-elle modifiée au fil du temps?
- Le programme [ou la politique] a-t-il été appliqué de manière efficace?

Source: Rist 1998

Recherche bibliographique

Il est important de savoir quelles sont les recherches qui ont déjà été effectuées sur le sujet afin d'éviter tout double emploi inutile et de tirer parti des travaux existants.

Même si les chercheurs peuvent s'appuyer sur leurs propres connaissances dans un domaine particulier, il est toujours important qu'ils étudient de manière systématique les travaux de recherche entrepris précédemment dans d'autres cadres et non pas seulement dans le domaine qu'ils connaissent bien. Même s'il peut être intéressant de répéter certaines études (de refaire délibérément des travaux menés précédemment dans un certain cadre en les replaçant dans un nouveau cadre afin d'avoir, par exemple, une nouvelle perspective (Robson, 2002)), répéter un travail de recherche simplement parce que l'on ne connaît pas bien les recherches existantes constitue un gaspillage de ressources et est contraire à l'éthique (Emanuel et al., 2004).

Les nouvelles études doivent toujours apporter une valeur ajoutée, c'est-à-dire qu'elles doivent s'appuyer sur les travaux existants, par exemple en abordant une question qui n'avait pas été envisagée précédemment dans un cadre donné ou en développant de nouvelles idées sur des sujets qui avaient déjà été étudiés.

L'intérêt grandissant pour les études systématiques et les synthèses de recherche existante tient en partie au fait que l'on s'est rendu compte que des travaux de recherche primaires n'avaient souvent pas été utilisés comme base pour modifier les politiques ou les pratiques, ou pour lancer de nouvelles recherches. C'est pourquoi le site Web «Health Systems Evidence», à l'adresse <http://www.healthsystemsevidence.org>, constitue une ressource importante pour les chercheurs travaillant sur les politiques et les systèmes de santé.

Cette base documentaire, qui est mise à jour et accessible en permanence, contient des synthèses de données de recherche sur la gouvernance et le financement des systèmes de santé et sur l'organisation

des prestations ainsi que sur les stratégies de mise en œuvre, qui peuvent aider à introduire des changements dans les systèmes de santé.

Principales difficultés

Les deux principales difficultés rencontrées pour définir des sujets de recherche appropriés sont examinées ci-après :

1. *Déterminer quels sont les sujets de RPSS qui sont à la fois intéressants et pertinents du point de vue de la politique à suivre en travaillant en collaboration avec les utilisateurs de la recherche.*

Une des principales difficultés rencontrées pour trouver de nouvelles idées de recherche en collaborant avec l'ensemble des acteurs de la politique de santé tient au fait que les types de sujets et de questions considérés comme importants varieront selon les interlocuteurs, en fonction de leurs rôles et de leurs responsabilités dans le système de santé (comme l'illustre l'Encadré 4). Par exemple, les acteurs intervenant aux niveaux les plus bas du système de santé auront des besoins opérationnels particuliers qui, si importants qu'ils soient, pourront faire obstacle à une application plus large des travaux si d'autres acteurs n'en voient pas la pertinence ou si cela nécessite de répéter des recherches qui ont déjà été effectuées ailleurs. De même, les responsables d'un programme de santé particulier, par exemple un programme de lutte contre le VIH/sida ou un programme de nutrition ou de santé scolaire, auront tendance à être davantage intéressés par des recherches visant à renforcer leur propre programme et moins intéressés par les besoins de soutien concernant l'ensemble des programmes. Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut (voir la section 6 de la partie 1), la RPSS met davantage l'accent sur ces besoins systémiques que sur les besoins spécifiques de tel ou tel programme.

Par conséquent, les chercheurs qui travaillent sur les politiques et les systèmes de santé doivent prendre dûment en considération le fait que la frontière

Encadré 4: Les questions de RPSS vues par différents acteurs intervenant dans la politique et les systèmes de santé

Les responsables politiques nationaux pourront poser les questions suivantes:

- Comment pouvons-nous empêcher que le programme de lutte contre le VIH/sida détourne des ressources (en temps et en personnel) d'autres programmes également importants?
- Comment les ressources consacrées à la lutte contre le VIH/sida pourraient-elles être utilisées de manière à renforcer d'autres domaines du système de santé?
- Les antirétroviraux devraient-ils être prescrits uniquement par des médecins ou serait-il plus économique de les faire prescrire par les infirmières?

Les gestionnaires au niveau du district pourront poser les questions suivantes:

- Pourquoi y a-t-il davantage de plaintes de patients concernant le service X que d'autres services dans mon district?
- Pourquoi les temps d'attente des patients dans les dispensaires sont-ils toujours aussi longs, bien que nous ayons déjà essayé de réorganiser les services pour traiter ce problème?
- Comment pouvons-nous mettre en place un service intégré de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose dans le cadre de la politique nationale?

Les directeurs d'hôpitaux pourront poser les questions suivantes:

- Comment pouvons-nous réduire les délais d'attente au niveau de la pharmacie?
- Comment pouvons-nous réduire la durée moyenne de séjour des patients chroniques?
- Existe-t-il des services de soins ambulatoires et sont-ils adéquats?
- Les patients viennent-ils se faire traiter trop tardivement et pourquoi?

Les groupes de patients pourront poser les questions suivantes:

- Pourquoi devons-nous attendre si longtemps pour obtenir des soins?
- Pourquoi les agents de santé nous traitent-ils si mal?

entre recherche et gestion est assez floue (voir la section 6 de la partie 1), et s'attacher ou bien à aider les gestionnaires à mener leurs propres recherches opérationnelles, ou bien à démontrer la valeur plus universelle d'un sujet de recherche particulier.

2. *Trouver des sujets de recherche qui intéressent tout un ensemble d'acteurs et qui apportent un plus à la base de connaissances existante.*

La difficulté pour les chercheurs qui travaillent sur les politiques et les systèmes de santé est de trouver des sujets de recherche pertinents et intéressants du point de vue de la politique à mener et qui, non seulement, répondent aux préoccupations du principal groupe d'acteurs avec lequel ils essaient

de travailler et qu'ils essaient d'influencer, mais qui présentent aussi un intérêt pour un éventail plus large d'intervenants et qui apportent un plus à la base de connaissances existante en matière de RPSS.

Par exemple, comment un travail visant à réduire les délais d'attente au niveau de la pharmacie dans un hôpital donné peut-il être intéressant pour d'autres hôpitaux ou pour des gestionnaires nationaux essayant d'aider tous les hôpitaux à réduire leurs délais d'attente? De même, comment des recherches liées à un programme de lutte contre une maladie donnée peuvent-elles être conduites de manière à apporter des enseignements en matière de gestion

des politiques et des systèmes susceptibles de profiter également à d'autres programmes? Dans les deux cas, il est important de considérer l'axe spécifique de la recherche comme un point d'entrée pour juger de la pertinence pour un éventail plus large d'acteurs ou pour un cadre plus large.

En ce qui concerne les délais d'attente au niveau de la pharmacie, il peut être intéressant de considérer le travail mené dans un hôpital comme une étude de cas sur la manière de s'attaquer à un tel problème. Cette étude de cas pourra apporter des idées sur des procédures et des stratégies qui pourront être testées dans un premier temps dans d'autres hôpitaux, puis, en s'appuyant sur plusieurs expériences successives, pourra constituer une base de travail pour définir des directives générales sur la manière de résoudre le problème courant des délais d'attente. Ceci est un exemple du processus de généralisation analytique et constitue la base du type d'apprentissage axé sur la mise en œuvre étudié dans la section 7 de la première partie.

Une autre approche consiste à voir comment les travaux menés dans un secteur programmatique particulier peuvent fournir des idées sur la question plus large de la pertinence transversale interprogrammes. Par exemple, des travaux sur la délégation des tâches dans un programme de lutte contre le VIH/sida peuvent apporter un éclairage sur les besoins en matière de développement et de gestion des ressources humaines liés à une nouvelle initiative de politique sanitaire, qui implique une extension de l'éventail des tâches confiées à des cadres de niveau inférieur; ils peuvent aussi mettre en évidence les obstacles éventuels à la faisabilité politique d'une telle initiative et les manières de les surmonter. En résumé, le chercheur qui travaille sur les politiques et les systèmes de santé peut voir cette question programmatique particulière comme une étude de cas sur la mise en œuvre de la politique.

Toutes ces approches montrent comment la recherche menée autour d'un programme particulier peut constituer un point d'entrée pour comprendre et/ou influencer la dynamique des politiques et des systèmes de santé, ainsi qu'on l'a vu plus haut.

Globalement, par comparaison avec les recherches axées sur un programme de lutte contre une maladie particulière ou sur un secteur de service ou un traitement clinique déterminé, la RPSS exige du chercheur qu'il considère l'ensemble du système dans lequel le service ou le traitement en question est intégré. Cela veut dire qu'il doit :

- penser en termes plus larges – c'est-à-dire au-delà du champ de la maladie ou du traitement sur lequel il travaille;
- regarder plus loin – c'est-à-dire au-delà du programme ou du service étudié, se placer au niveau de l'ensemble de l'établissement, du district ou de la province, etc.; et
- réfléchir sur les fonctions transversales qui sous-tendent la prestation des services et des programmes – c'est-à-dire sur les différents éléments constitutifs du système et leurs interactions (Schneider, 2011).

Déterminer le but de la recherche

Pour trouver des sujets de recherche qui soient à la fois intéressants et pertinents du point de vue de la politique à mener, il est important de réfléchir aussi sur le but général de la recherche et de se demander en particulier :

- Qu'est-ce que la recherche essaie de démontrer? Ou pourquoi a-t-elle été entreprise?
- À qui sera-t-elle utile?
- Comment sera-t-elle utile?
- En quoi apportera-t-elle un plus à la base de connaissances existante?

La réflexion sur ces questions renseignera aussi sur la conception du projet de recherche (voir l'étape 2).

Dans le choix des sujets de recherche, on peut prendre en considération quatre dimensions :

1. Ensemble d'un domaine ou politique spécifique : la recherche devra-t-elle être axée sur l'ensemble d'un domaine et permettre ainsi de développer les connaissances sur la nature et le fonctionnement des éléments clés des politiques et des systèmes de santé, ou devra-t-elle se concentrer sur une politique particulière pour aider à sa mise en œuvre ?
2. Questions normatives/évaluatives ou questions descriptives/explicatives : la recherche porterait-elle sur des questions normatives ou évaluatives (ce qui pourra impliquer des jugements de valeur) ou sur des questions descriptives ou explicatives ?

Le Tableau 4 fournit quelques exemples de sujets de RPSS recouvrant les dimensions 1 et 2.

3. Analyse « pour » ou « de » la politique (Parsons, 1995) :
 - Lorsque la recherche est axée sur une politique particulière, visera-t-elle à la mise en œuvre de cette politique en temps réel (analyse « pour » la politique) ? (Qu'il s'agisse d'examiner le contenu technique de la politique ou l'expérience des acteurs et des procédures participant à sa mise en œuvre.) Si tel est le cas, elle pourra demander moins de temps et pourra être centrée sur des questions plus étroites ; ou
 - La recherche visera-t-elle à déboucher, à partir de l'expérience d'une politique déterminée, sur une compréhension plus large pouvant apporter un plus à notre connaissance générale de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques (*analyse « de » la politique*) ? Dans ce cas, elle demandera généralement davantage de temps et devra être centrée sur un éventail de sujets plus large, à travers lesquels la complexité et la dynamique des trajectoires de l'expérience politique, par exemple, seront plus susceptibles d'être analysées.

4. But de la recherche primaire : la recherche visera-t-elle au premier chef à explorer une question ou un phénomène afin de le décrire ou de l'expliquer ? Ou adoptera-t-elle une approche plus critique pour arriver à une meilleure compréhension des mécanismes en travaillant, le cas échéant, avec d'autres personnes afin de faire évoluer les choses plutôt que s'attacher seulement à générer des connaissances ? Bien que ces différents objectifs se recoupent souvent dans la pratique, Robson (2002) distingue leurs différentes finalités ; voir l'Encadré 5.

Le but de la recherche doit refléter l'état actuel des connaissances sur le sujet. Le travail exploratoire, par exemple, est important lorsqu'on sait peu de choses sur un sujet donné ou lorsqu'existent des théories qui laissent entrevoir une nouvelle façon d'examiner ou de comprendre ce sujet ; la recherche descriptive, en revanche, requiert une connaissance assez approfondie de la situation pour pouvoir déterminer ce qu'il serait plus particulièrement utile d'étudier. Toutefois, dans leur travail empirique, les chercheurs poursuivent souvent plusieurs objectifs simultanément (voir la Figure 4).

Le but de la recherche va aussi refléter la manière dont le chercheur lui-même perçoit la réalité sociale et politique (voir la section 7 de la première partie). Les positivistes et les réalistes critiques ont tendance à se concentrer sur l'évaluation des liens de cause à effet, en s'appuyant sur des formes particulières de travail descriptif. Il s'ensuit que, pour eux, les questions explicatives sont plus ou moins la même chose que les questions évaluatives décrites dans la cellule 1 du Tableau 4 ; elles peuvent peut-être comprendre aussi certaines formes de travail descriptif, et être précédées par des études pilotes exploratoires ou accompagnées par un travail exploratoire pour étayer les explications.

Tableau 4. Exemples de questions de RPSS (Source: d'après Potter et Subrahmanian, 1998)

	Questions normatives/évaluatives	Questions descriptives/explicatives
Questions touchant la politique elle-même	Cellule 1 Cette politique devra-t-elle être adoptée? Comment la politique X influence-t-elle la demande de soins de santé? Quelles sont les stratégies de gestion qui sont les plus susceptibles d'aider à la mise en œuvre de la politique X?	Cellule 3 Quels organismes sont parties prenantes dans la mise en œuvre de cette politique et quelles positions adoptent-t-ils à cet égard et pourquoi? Comment la politique X s'est-elle imposée? Les capacités voulues pour mettre en œuvre la politique X existent-elles? Comment les prestataires en première ligne comprennent-ils la politique X?
Questions concernant l'ensemble du domaine	Cellule 2 Quel est le type de système de santé qui donne les meilleurs résultats? Quels sont les différents modes de gestion des acteurs pouvant être envisagés par ceux qui cherchent à imprimer un changement de politique?	Cellule 4 Quels sont les schémas de comportement en matière de demande de soins et qu'est-ce qui influence ces comportements? Comment le système de santé est-il organisé à l'heure actuelle? Que se passerait-il si un nouveau dispensateur de soins était disponible? Comment cela influencerait-il la demande de soins et les performances du système en général? Qu'est-ce qui influe sur la manière dont les prestataires en première ligne comprennent les politiques et comment leur perception influence-t-elle leur mise en œuvre de la politique?

Note: Les questions figurant dans la cellule 1 sont celles qui sont posées par les responsables de la mise en œuvre des politiques et demandent essentiellement des jugements de valeur, dont certains au moins sont susceptibles d'être influencés par les travaux sur les questions figurant dans la cellule 4. Les questions de la cellule 2, en revanche, portent sur ce que les gens devraient faire et peuvent être influencées par les questions du type «que se passerait-il si?» figurant dans la cellule 4. Enfin, les questions de la cellule 3 recouvrent les domaines d'intérêt de l'analyse des politiques de santé décrits plus haut, à savoir: le contexte, l'historique, les intérêts divers et les organisations qui façonnent une politique déterminée.

Encadré 5: le but des différents types de recherche

La recherche *exploratoire* vise à :

- déterminer ce qui se passe, en particulier dans des situations mal comprises;
- ouvrir de nouvelles perspectives et poser des questions;
- regarder les phénomènes sous un jour nouveau;
- inspirer des idées et des hypothèses pour les recherches futures.

La recherche *descriptive* vise à :

- établir un profil plus précis des gens, des événements et des situations.

La recherche *explicative* vise à :

- expliquer une situation ou un problème en recherchant (classiquement mais pas nécessairement) les liens de cause à effet (recherche évaluative);
- expliquer les schémas se rapportant au phénomène étudié;
- mettre en évidence et expliquer les liens existant entre les différents aspects d'un phénomène.

La recherche *émancipatrice* vise à :

- créer des possibilités et une volonté de s'engager dans une action sociale:
 - *recherche critique*: axée sur la vie et l'expérience des personnes traditionnellement marginalisées, elle analyse comment et pourquoi les inégalités se traduisent par des rapports de force déséquilibrés et examine comment la recherche sur les inégalités peut conduire à une action politique et sociale;
 - *recherche-action*: cette recherche vise à améliorer les pratiques et la compréhension de ces pratiques et des situations qu'elles engendrent, et est menée par et avec ceux qui cherchent à déterminer ce qui se passe, en particulier dans des situations mal comprises.

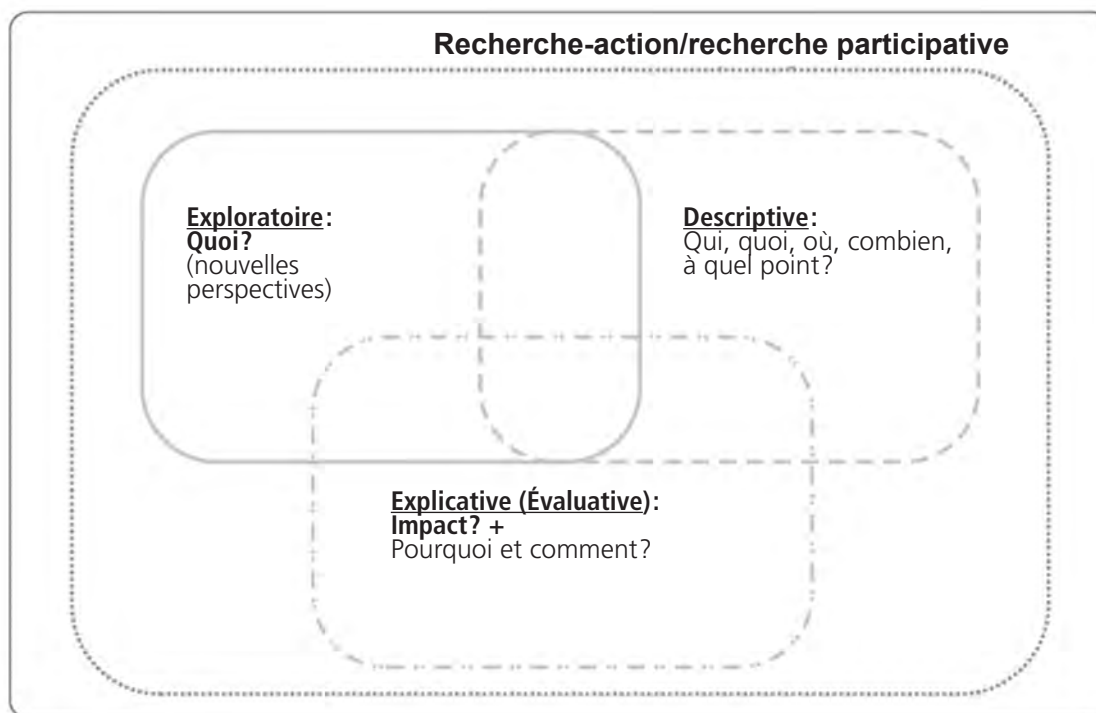
Source: Robson, 2002

Les relativistes, toutefois, seront davantage enclins à entreprendre des formes de recherche exploratoires, descriptives et/ou explicatives, visant à approfondir notre compréhension du phénomène étudié ou des liens complexes existant entre les différents aspects de celui-ci. Sheikh et al. (2011:5) ont dit nommément qu'il serait nécessaire d'entreprendre davantage de RPSS dans cette perspective et de s'attaquer aux «questions exploratoires et explicatives fondamentales», qui façonnent les politiques et fournissent une base de réflexion pour d'autres recherches. Pour les relativistes, la recherche émancipatrice représente aussi une forme importante de recherche – l'analyse «pour» la politique.

L'Encadré 6 montre comment les différents buts de la recherche se traduisent en différentes questions fondamentales de recherche.

Enfin, par-delà ces différents buts de recherche, celle-ci peut porter sur un ou plusieurs des différents niveaux du système (niveau «micro», «mésos» ou «macro») et sur différentes unités (conceptuelles) d'analyse telles que le comportement individuel, la relation patient-soignant, le système de soins de santé primaires, l'hôpital de district, etc.

Figure 4. Les buts multiples de la recherche



Encadré 6: Liens entre le but de la recherche et les principales formes de questions de recherche

Questions exploratoires/descriptives

Questions concernant le «quoi» ou le «combien» ou le «qui» ou le «où»

- Quelle expérience les patients ont-ils du nouveau programme X?
- Quelle expérience les agents de santé ont-ils de la formation au programme X?
- Quelle compréhension les groupes de patients ou les agents de santé ont-ils d'un problème ou d'un nouveau programme?
- Dans quelle mesure les membres des familles sont-ils associés au programme?
- Qui est exposé à la pathologie X ou au risque sanitaire Y?

Questions explicatives

Questions évaluatives

- Le programme X conduit-il à une réduction des problèmes de santé causés par la pathologie visée?
- Le programme X est-il plus efficace que le programme Y pour traiter cette pathologie?
- Pour quel groupe de patients le programme X est-il le plus efficace?

Questions concernant le «comment» et le «pourquoi»

- Comment le programme X produit-il cet impact?
- Pourquoi le programme X est-il plus efficace que le programme Y?
- Pourquoi les agents de santé agissent-ils de façon inattendue lorsqu'ils appliquent ce programme?
- Comment les valeurs et croyances des acteurs des politiques influent-elles sur leurs prises de décisions?
- Qui appuie la nouvelle politique X et s'y oppose; pourquoi et comment?

Tenir compte de la multidisciplinarité

Dans le cadre de la RPSS, les perspectives imprimées par différentes disciplines génèrent des questions de recherche différentes sur un même thème et donc des éclairages variables sur le sujet à l'examen. Il est, par conséquent, important que vous-même en tant que chercheur teniez compte de l'angle disciplinaire sous lequel vous allez aborder le sujet et des types de questions que vous serez susceptible de considérer. Mais, d'un autre côté, il peut aussi vous être utile de réfléchir à la façon dont vous pourriez tirer parti des perspectives que d'autres disciplines apportent au même sujet.

Le travail sur les ressources humaines, par exemple, peut s'appuyer sur des perspectives économiques ou sociologiques qui aideront à mieux comprendre les motivations; de même, le point de vue des sciences politiques ou de la gestion organisationnelle peut servir à comprendre le processus de prise de décisions des intervenants en première ligne; le travail de recherche peut aussi s'appuyer sur la perspective clinique pour aider à comprendre les besoins en compétences. Tous ces aspects sont pertinents pour la politique à suivre.

Par conséquent, la partie 4 de ce manuel résume des études qui portent sur certaines fonctions particulières ou certains éléments constitutifs du système de santé vus sous l'angle de différentes disciplines (voir le Tableau 8 de la partie 4). Les aspects financiers, par exemple, sont examinés en utilisant:

- l'analyse des politiques et les perspectives sociologiques pour mieux comprendre ce qui détermine comment et pourquoi telle ou telle politique de financement a été privilégiée, développée et mise en œuvre;
- la perspective de l'économie de la santé pour mieux comprendre quels sont les coûts supportés par les ménages pour accéder aux soins et comment ils y font face, et quel est l'impact sur la situation des systèmes de sécurité sociale.

Les études portant sur le leadership et les questions de gouvernance s'appuient en outre:

- sur l'analyse des politiques pour mieux comprendre les influences qui se sont exercées lors de diverses expériences d'infléchissement des politiques;
- sur l'anthropologie pour avoir une compréhension plus approfondie des expériences de décentralisation et explorer les diverses théories sur la prestation de soins de santé maternelle à l'échelle mondiale;
- sur les sciences de la gestion pour comprendre comment l'information est utilisée dans la prise de décisions au niveau des districts;
- sur l'économie de la santé pour mieux comprendre les résultats apportés par telle ou telle forme de responsabilisation communautaire; et
- sur une perspective historique pour suivre l'évolution des rôles des organisations internationales dans la politique sanitaire mondiale.

Finaliser les questions de recherche

En fin de compte, les bons sujets de recherche (Robson, 2002), c'est-à-dire ceux qui produiront des résultats valables et solides, sont constitués par des questions:

- claires – sans ambiguïté et facilement compréhensibles;
- spécifiques – suffisamment précises pour que l'on sache exactement ce qui constituera une réponse;
- auxquelles on peut répondre – qui indiquent clairement quels sont les types de données dont on a besoin pour répondre à l'interrogation posée et comment l'on pourra réunir ces données;
- interconnectées – un ensemble de questions liées entre elles de façon logique et formant un tout cohérent;
- pertinentes sur le fond – c'est-à-dire des questions qui en valent la peine, qui ne sont pas négligeables et qui justifient les efforts consacrés à la recherche.

Étape 2: Conception de l'étude

Une fois déterminée(s) la ou les questions de recherche, l'étape suivante consiste à définir la structure générale de l'étude: à transformer les questions en un projet. Cette conception générale de l'étude ne se résume pas seulement à définir un ensemble de méthodes de collecte des données. Elle consiste aussi à déterminer:

- le but de l'étude (voir l'étape 1);
- les questions particulières auxquelles il faudra s'intéresser (voir l'étape 1);

- la stratégie de collecte des données et d'analyse;
- la stratégie d'échantillonnage;
- la théorie qui servira de base à l'étude (Robson, 2002).

Le but de la recherche et les questions de recherche vont déterminer la stratégie de recherche. Le Tableau 5 donne des exemples de structures générales adaptées à différentes finalités et correspondant à différents paradigmes du savoir.

Les stratégies de recherche peuvent aussi être divisées en deux grandes catégories: celles reposant sur une

Tableau 5. Structure des études: résumé des principaux modèles (Source: d'après Klopper, 2008; Potter et Subrahmanian, 1998; Yin, 2009)

Paradigme du savoir	But	Stratégie de recherche	
		Collecte de nouvelles données	Analyse de données existantes
Positivisme	Exploratoire	Conception expérimentale et quasi expérimentale incluant, par exemple, des études en amont et en aval	Modélisation simple et à variables multiples
	Descriptif	Conception de l'enquête: questionnaires, entretiens et observations indirectes; enquêtes répétées pour permettre une analyse des tendances au fil du temps	Analyse de données secondaires (données du recensement, données déjà enregistrées). Analyse quantitative du contenu (journaux, rapports, discours, etc.)
	Exploratoire	Conception de l'enquête (études pilotes)	
Relativisme	Exploratoire	Étude de cas (élaboration de théories, études longitudinales)	Analyse qualitative du contenu Analyse du discours Analyse historique
		Théorie à base empirique (élaboration de théories)	
	Descriptif	Étude de cas: conception à base ethnographique mettant l'accent sur des observations directes et indirectes non structurées, par exemple enquête narrative, ethnographie critique	
	Exploratoire	Étude de terrain ou étude ethnographique mettant l'accent sur l'utilisation d'informateurs, par exemple auto-ethnographie, autobiographie, récits de vie	
		Étude de cas (par exemple, pour établir des catégorisations) Entretiens qualitatifs et panels	

structure fixe qui est établie avant la collecte des données et celles reposant sur une structure flexible qui évolue au cours de la réalisation de l'étude (Robson, 2002). Le Tableau 6 résume les principales formes et caractéristiques

de ces deux catégories de stratégies en les rattachant à la fois aux formes classiques de questions de recherche auxquelles elles s'appliquent et aux paradigmes du savoir auxquels elles correspondent le plus souvent.

Tableau 6. Principales caractéristiques de stratégies de recherche fixes ou flexibles (Source : d'après Robson, 2002)

	Stratégie fixe	Stratégie flexible
Caractéristiques	Demande une préspecification précise avant la collecte de données Les données recueillies sont généralement des nombres Cette stratégie est souvent appelée quantitative Aboutit rarement à la collecte de données qualitatives	La conception évolue au cours de la collecte des données Les données recueillies sont souvent des données non numériques Cette stratégie est souvent appelée qualitative Des données quantitatives peuvent également être recueillies (étude reposant sur plusieurs méthodes)
Paradigme du savoir dominant	Positivisme	Réalisme critique interprétativisme/constructivisme social
Principaux types de structures utilisées	Méthodes de collecte des données primaires Expérimentale Quasi expérimentale Non expérimentale (par exemple analyse transversale avant ou après les études et analyses de tendance) Analyse de données secondaires Modélisation	Méthodes de collecte de données primaires Étude de cas Théorie à base empirique Ethnographie Récits de vie Recherche phénoménologique (entretiens qualitatifs) Analyse de données secondaires Analyse historique Analyse des archives Analyse du discours
Types de question de recherche	Quel est l'impact de X? Comment et pourquoi? (Lorsque le chercheur a un contrôle sur les événements et une connaissance des mécanismes qui entrent en jeu) Quoi (combien, qui, où?)	Comment et pourquoi? (Lorsque le chercheur n'a que peu de contrôle sur les événements ou n'a qu'une connaissance limitée des mécanismes qui entrent en jeu) Quoi? (Qu'est-ce qui se passe ici?)
Exemples des méthodes dominantes de collecte des données	Entretiens structurés et semi-structurés (y compris des questions ouvertes) Examen systématique des données enregistrées	Entretiens qualitatifs individuels Discussions de groupes ciblées Observation Étude de documents
Principaux principes d'échantillonnage	Représentatif de l'échantillon de population étudié	Échantillonnage ciblé guidé par la théorie, pour assurer une variabilité maximale entre les unités pertinentes
Caractéristiques de l'analyse des données	Analyse statistique selon des règles prédéterminées	Itérative Interprétative

Ce Tableau donne aussi des exemples de méthodes classiques de collecte des données, résume les principaux principes d'échantillonnage et les caractéristiques essentielles de l'analyse. On notera qu'au sein de chaque stratégie, des méthodes multiples combinant différentes approches qualitatives et quantitatives de collecte des données peuvent être utilisées.

Il existe aussi une troisième catégorie de stratégie de recherche, celle réalisée au moyen d'un panachage de méthodes et qui combine délibérément des éléments fixes et flexibles «pour élargir le champ de vision et approfondir les perspectives» (Sandelowski, 2000). Cette stratégie n'est pas liée à un paradigme du savoir ou à un ensemble de méthodes particulier, ni du reste à un entrecroisement de différents paradigmes. Elle combine plutôt délibérément différentes méthodes d'enquête pour pouvoir capter différentes dimensions du phénomène central qui est étudié. Les études fondées sur ce panachage de méthodes impliquent, par conséquent, de combiner différentes techniques d'échantillonnage et/ou de collecte et d'analyse des données pour permettre :

- de réaliser des triangulations entre les séries de données;
- d'affiner les résultats, grâce à des données et à des analyses complémentaires;
- d'aider à pousser plus loin une enquête, en identifiant de nouveaux besoins d'échantillonnage, de collecte des données et d'analyse.

Dans le cadre d'une même étude, différentes méthodes peuvent être utilisées successivement (à différents moments) ou concurremment (au même moment).

On trouvera ci-après quelques exemples de ce que peut impliquer dans la pratique une étude réalisée avec un panachage de méthodes.

- La recherche pourra comprendre initialement la réalisation d'une étude intensive à petite échelle en utilisant des méthodes qualitatives pour parvenir à une compréhension détaillée du phénomène. Celle-ci sera suivie par une enquête structurée à plus large échelle qui visera à obtenir une compréhension plus

ample du même phénomène, en utilisant un outil mis au point grâce à la compréhension détaillée générée par l'étude initiale.

- Une première enquête structurée, réalisée en utilisant une méthode d'échantillonnage aléatoire pour réunir des connaissances sur un phénomène au sein d'une population de répondants donnée, pourra ensuite servir de base pour effectuer un sondage ciblé au sein de la même population afin de permettre une analyse plus détaillée et une compréhension plus approfondie des résultats de l'enquête initiale.
- Ce panachage de méthodes peut aussi n'intervenir qu'au niveau de l'analyse des données, par exemple en interprétant différents ensembles de résultats de l'étude ou en convertissant un type de données dans un autre pour permettre une analyse statistique des données qualitatives.

Cependant, quelle que soit l'approche qui est utilisée, les études réalisées avec un panachage de méthodes sont toujours axées sur un phénomène particulier, avec une combinaison délibérée de différentes méthodes pour atteindre un objectif justifié dans le contexte d'une enquête particulière.

Utilisation de la théorie et des cadres conceptuels pour étayer l'étude

Compte tenu de la complexité des phénomènes traités par la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, la théorie doit jouer un rôle important dans le cadre de la conception de chaque étude et des stratégies de recherche, qu'elles soient fixes ou flexibles. Dans les travaux d'évaluation, par exemple, on reconnaît de plus en plus fréquemment l'importance des enquêtes s'appuyant sur la théorie pour répondre de manière appropriée à la complexité des relations de causalité (de Savigny & Adam, 2009) – à la fois dans les structures expérimentales ou quasi expérimentales et dans les travaux portant sur des études de cas et relevant de l'évaluation réaliste critique

(voir partie 4 «Progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact»). Toutefois, actuellement, la théorie est trop rarement utilisée dans le cadre de la RPSS et, de ce fait, les travaux d'analyse politique par exemple sont souvent plutôt descriptifs. Il est fait peu de cas des possibilités de construction théorique et de travail explicatif qui permettraient d'apporter des informations utiles à l'élaboration des politiques et à la mise en œuvre (Gilson & Raphaely, 2008; Walt et al., 2008).

D'une manière générale, la théorie offre un langage qui permet de décrire et d'expliquer le monde social étudié et de donner une explication générale de ce qui se produit dans une situation donnée. Elle pose les fondations qui permettront d'échafauder des hypothèses (des réponses escomptées qui seront testées de manière statistique dans le cadre de schémas fixes), ainsi que des propositions moins contraignantes sur la manière dont les différentes dimensions d'un phénomène peuvent être reliées, qui peuvent être étudiées ou examinées dans le cadre d'une analyse (schémas flexibles). La «théorie intermédiaire» représentée par ces dernières peut être exposée sous la forme d'un cadre conceptuel (un ensemble de concepts et les liens qui les relient) susceptible d'offrir des explications ou de permettre des prévisions de comportement, ou de résultats, mais peut aussi simplement identifier les relations et les éléments pertinents.

Il est possible d'élaborer un cadre conceptuel pour structurer une étude à partir d'un examen de la littérature empirique et théorique pertinente. Le cadre peut permettre d'identifier les concepts et les variables (stratégies fixes) ou les thèmes (stratégies flexibles) qui feront l'objet de la recherche, et d'orienter le choix des échantillons ou des cas (stratégies flexibles). En outre, un cadre conceptuel peut être révisé au fur et à mesure de l'analyse des données recueillies. Il peut aussi être le résultat du processus d'analyse des données.

Dans les deux cas, le cadre conceptuel peut être rendu public pour donner lieu à des questions et éventuellement être utilisé pour soutenir des futurs travaux de recherche. Cette construction théorique est un processus qui permet de produire des connaissances.

Par conséquent, la RPSS ne se soucie pas uniquement de produire des données factuelles utiles à la prise de décisions politiques. Elle permettra plutôt de combiner travaux théoriques et travaux empiriques ou sera en premier lieu théorique tout en gardant sa pertinence pour l'élaboration des politiques.

La combinaison des travaux théoriques et des travaux empiriques a, par exemple, contribué à la compréhension des normes et coutumes influant sur la prise de décisions par les acteurs des systèmes de santé dans des contextes particuliers (voir par exemple Riewpaiboon et al., 2005; Sheikh et Porter, 2010). Elle a aussi permis de retracer les schémas et les influences, au cours du temps, des changements politiques, à différents niveaux – local, national et mondial (par exemple Walt, Lush & Ogden, 2004). En outre, l'évaluation fondée sur la théorie soutient les travaux de recherche qui cherchent à expliquer comment de nouvelles politiques et interventions influent sur le fonctionnement des systèmes de santé (Marchal, Dedzo & Kegel, 2010). La combinaison des travaux théoriques et des travaux empiriques peut aussi générer des idées sur la façon d'influer sur les programmes politiques (par exemple Shiffman, 2007: advocacy in agenda setting) ou de gérer le changement politique (par exemple Walker & Gilson, 2004: managing front line providers acting as street-level bureaucrats). Ces idées sont pertinentes au-delà de l'environnement d'origine dans lequel la recherche a été menée.

La recherche purement théorique peut aussi conduire à de nouvelles façons de décrire la nature et l'organisation des systèmes de santé, ou ce qui influe sur leur bon fonctionnement, et de comprendre ce qui motive certains acteurs des politiques lors de la prise de décision (par exemple Bloom, Standing & Lloyd, 2008 (systèmes de santé pluriels), de Savigny & Adam, 2009 (réflexion systémique); Gilson, 2003 (confiance et systèmes de santé); Kutzin, 2001 (financement); Mackian, Bedri & Lovel, 2004 (comportement de recherche de soins)). Par l'intermédiaire de ce type de travail, la RPSS donne des informations utiles pour les politiques en permettant de mieux comprendre ce que signifie le renforcement d'un système de santé et recense les questions de recherche pouvant donner lieu à des investigations empiriques.

La partie 3 du «manuel» fait référence à certains cadres conceptuels utiles pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.

Étape 3: Veiller à la qualité et à la rigueur de la recherche

Les critères utilisés pour juger de la qualité et de la rigueur de la recherche diffèrent selon les paradigmes du savoir ou concepts utilisés. Alors que la recherche positiviste met l'accent sur la validité et la fiabilité – garanties grâce au soin apporté à la conception de l'étude, à l'élaboration des outils, au recueil des données et au caractère approprié de l'analyse statistique –, la recherche relativiste examine la crédibilité de l'analyse – en s'interrogeant sur la reconnaissance de sa valeur au-delà des exemples particuliers pris en compte. Les différents critères et questions utilisés pour évaluer la qualité de la recherche, qu'il s'agisse de schémas fixes ou flexibles, sont résumés dans le Tableau 7. Le Tableau 8 indique comment la crédibilité peut être établie en fournissant des informations sur la conception du projet, la collecte des données, et les processus d'analyse et d'interprétation des données.

En dernier lieu, une RPSS de bonne qualité requiert toujours une approche critique et interrogatrice fondée sur quatre aspects essentiels (Gilson et al., 2011):

- *Un processus actif de questionnement et de vérification au cours de l'enquête* (Thomas, 1998): se demander comment et pourquoi les choses se sont produites – et non seulement ce qui s'est produit; vérifier les réponses aux questions pour recenser les questions supplémentaires qu'il convient de poser afin d'approfondir la compréhension de l'expérience.
- *Un processus constant de conceptualisation et de «reconceptualisation»* (Thomas, 1998): utiliser les idées et la théorie pour élaborer une compréhension initiale du problème, ou de la situation ciblée, afin

d'orienter la collecte des données, et utiliser les données recueillies pour remettre en cause ces idées et ces hypothèses et, le cas échéant, revoir vos idées en réponse aux données factuelles.

- *La formulation de jugements d'interprétation* (Henning, 2004) reposant sur des données factuelles suffisantes, en particulier en ce qui concerne le contexte, afin de justifier les conclusions tirées; et la prise en compte délibérée des données

contradictoires (analyse des cas négatifs) ainsi que l'examen des interprétations initiales par les personnes répondant à l'enquête (validation par les participants).

- *La capacité de réflexion du chercheur*: préciser clairement comment vos propres hypothèses peuvent influencer votre interprétation et tester les hypothèses dans le cadre de l'analyse (Green & Thorogood, 2009).

Tableau 7. Critères et questions pour l'évaluation de la qualité de la recherche (Source: d'après Robson, 2002)

Structures fixes	Structures flexibles
Fiabilité: Vos mesures des variables sont-elles fiables?	Possibilité de confirmation: Les données confirment-elles les conclusions générales et conduisent-elles à leurs conséquences?
Validité de la construction: Êtes-vous bien en train de mesurer ce que vous pensez mesurer?	Fiabilité: Le processus de recherche était-il logique et solidement étayé?
Validité interne: L'étude démontre-t-elle de façon plausible un lien de cause à effet?	Crédibilité: Y a-t-il une correspondance entre les opinions des participants et l'interprétation qu'en a faite le chercheur?
Validité externe: Les conclusions sont-elles statistiquement généralisables?	Capacité de transfert: Les conclusions donnent-elles des indications qui peuvent être transférées dans d'autres environnements?

Tableau 8. Processus permettant de garantir la rigueur dans les études de cas et la qualité de la collecte et de l'analyse des données (Source: Gilson et al., 2011)

Principe	Exemple:
Un engagement prolongé auprès du sujet de l'enquête Les ethnographes peuvent passer des années sur le terrain, la RPSS va quant à elle s'appuyer sur des entretiens longs et parfois répétitifs avec les personnes choisies, et/ou des journées, des semaines d'engagement sur le lieu de l'étude de cas	Une étude de l'influence de la confiance dans les relations de travail sur la motivation et les performances des agents de santé, impliquant un examen approfondi de quatre études de cas (Gilson et al., 2004)
	<i>Étude de cas:</i> Une période de trois à quatre semaines passée sur chaque lieu de l'étude de cas <i>Personnes répondant à l'enquête</i> Engagement informel et entretiens formels répétés

Principe	Exemple : Une étude de l'influence de la confiance dans les relations de travail sur la motivation et les performances des agents de santé, impliquant un examen approfondi de quatre études de cas (Gilson et al., 2004)
Utilisation de la théorie Pour orienter le choix des échantillons, la collecte et l'analyse des données, et pour passer à l'analyse interprétative	Cadre conceptuel dérivé des travaux antérieurs (Gilson et al., 2005) Choix de l'étude de cas basé sur les hypothèses issues du cadre (voir ci-dessous) Théorie utilisée dans la triangulation et l'analyse des cas négatifs (voir ci-dessous)
Sélection des cas Sélection ciblée pour permettre à la théorie préalable et aux hypothèses initiales d'être testées ou pour examiner l'expérience « moyenne » ou inhabituelle	Quatre établissements de soins de santé primaires: deux types d'établissements de santé, et pour chaque type un établissement fonctionnant de manière satisfaisante, et l'autre de manière médiocre, selon le jugement des directeurs basé sur les données relatives à l'utilisation et les connaissances tacites (pour tester les hypothèses selon lesquelles le personnel des établissements « fonctionnant bien » ont un degré de motivation et de confiance en leur lieu de travail plus élevé)
Échantillonnage Des personnes, lieux, périodes, etc., initialement pour inclure autant de facteurs que possible susceptibles d'influer sur le comportement des personnes sur lesquelles est axée l'étude (étendu ultérieurement à la lumière des premières constatations) Rassembler les vues provenant d'une large gamme de perspectives et de personnes interrogées plutôt que laisser un point de vue dominer	Lorsque les établissements de l'étude de cas sont de petite taille, tout le personnel disponible fait partie de l'échantillon; dans les établissements plus grands, pour les entretiens: échantillon de personnel de tous les groupes et, dans chaque groupe, un éventail des membres du personnel (en fonction de l'âge, du sexe, du temps passé dans l'établissement); échantillon aléatoire de patients de chaque établissement; tout le personnel d'encadrement et les gestionnaires de l'établissement
Panachage des méthodes (études de cas) Utiliser plusieurs méthodes pour les études de cas	<i>Pour chaque site d'une étude de cas:</i> deux séries d'entretiens formels avec l'ensemble des membres du personnel faisant partie de l'échantillon Observations du chercheur et discussion informelle Entretiens avec les patients Entretiens avec le personnel d'encadrement et les gestionnaires de l'établissement

Principe	Exemple : Une étude de l'influence de la confiance dans les relations de travail sur la motivation et les performances des agents de santé, impliquant un examen approfondi de quatre études de cas (Gilson et al., 2004)
Triangulation Rechercher les schémas de convergence en comparant les résultats parmi les multiples sources de données factuelles (par exemple entre les entretiens, et entre les entretiens et d'autres données), entre les chercheurs, entre les différentes approches méthodologiques, avec la théorie	<i>Pour chaque cas :</i> Premiers rapports sur les cas reposant sur la triangulation entre les ensembles de données pour le cas en question (et entre les différents analystes en termes d'expérience individuelle des membres du personnel) permettant d'établir des jugements généraux sur l'expérience à l'échelle de l'établissement ainsi que de noter les variations dans les expériences individuelles des agents de santé <i>D'un cas à l'autre :</i> Les premiers rapports sur les cas sont comparés entre eux afin de rechercher les expériences communes ou différentes d'un cas à l'autre, et sont également comparés à la théorie pour rechercher les convergences ou les divergences
Analyse des cas négatifs Rechercher les données factuelles qui contredisent vos explications et votre théorie, et affiner celles-ci en réponse à ces données factuelles	<i>Pour chaque cas :</i> La triangulation entre les données a permis de recenser les expériences qui contredisent les hypothèses initiales (par exemple concernant l'influence des interactions au sein de la communauté sur la motivation, et l'association entre faible motivation et comportement médiocre en matière de soins), et d'identifier les influences inattendues (par exemple un sentiment général d'impuissance parmi les agents de santé) <i>D'un cas à l'autre :</i> L'analyse entre les différents sites a permis de recenser les expériences au niveau des établissements qui contredisent les hypothèses initiales sous-tendant le projet d'étude (par exemple concernant les liens entre des niveaux élevés de confiance sur le lieu de travail, une forte motivation de l'agent de santé et un comportement positif en matière de soins), et d'identifier les conclusions inattendues (par exemple concernant l'importance primordiale de la gestion au niveau de l'établissement pour la confiance et la motivation) Le rapport fait état du petit nombre de données factuelles confirmant les liens entre les niveaux de confiance sur le lieu de travail et les perceptions du client, mais aussi du nombre plus important de données factuelles attestant des liens entre les niveaux de confiance et de motivation sur le lieu de travail

Principe	Exemple : Une étude de l'influence de la confiance dans les relations de travail sur la motivation et les performances des agents de santé, impliquant un examen approfondi de quatre études de cas (Gilson et al., 2004)
Bilan et soutien des pairs Examen des conclusions et des rapports par d'autres chercheurs	Les rapports préliminaires sur les études de cas sont dans un premier temps examinés par d'autres membres de l'équipe de recherche
Validation par les personnes répondant à l'enquête (validation par les participants) Examen des conclusions et rapports par les personnes répondant à l'enquête	L'analyse préliminaire transversale des différents cas est soumise à l'examen et aux observations des personnes interrogées dans le cadre du projet de recherche; leurs observations sont intégrées aux rapports finaux
Rapport clair sur les méthodes de collecte et d'analyse des données (historique de l'enquête) Conserver un compte rendu complet des activités qui pourra être consulté et qui rendra compte de façon complète de la manière dont les méthodes ont évolué, ceci à l'intention du monde de la recherche	Le rapport fournit un exposé précis des méthodes et des étapes de l'analyse telles qu'elles ont été mises en œuvre dans la pratique (bien qu'il puisse être à la fois plus complet et réflexif)

Étape 4: Appliquer les principes éthiques

Comme pour toute recherche, il est important de tenir compte des questions éthiques pour mener la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Bien que l'objectif de la recherche diffère d'autres travaux de recherche en santé, il existe néanmoins toujours des questions de rapports de force entre ceux qui conduisent la recherche et ceux qui font l'objet de celle-ci, et, par conséquent, les possibilités d'un traitement irrespectueux ou inéquitable sont réelles. Robson (2002) suggère que tous «les chercheurs travaillant sur le monde réel» doivent prendre garde aux 10 pratiques suivantes qui, d'un point de vue éthique, sont contestables :

- faire participer des personnes sans obtenir leur consentement;
- les contraindre à participer;
- refuser de divulguer des informations sur la vraie nature de la recherche;
- tromper les participants de quelque autre manière que ce soit;
- inciter les participants à commettre des actes qui vont porter atteinte à leur estime de soi;
- violer les droits à l'autodétermination;
- exposer les participants à un stress physique ou mental;
- porter atteinte à leur vie privée;
- priver certains participants de certains avantages;
- ne pas traiter les participants de manière équitable ou avec respect.

Ces préoccupations sont semblables à celles de toute recherche en santé. Les défis à relever peuvent être particulièrement importants dans le cadre de la recherche transculturelle, par exemple lorsque la RPSS est entreprise dans des pays à faible revenu, par des chercheurs ou d'autres personnes venant de pays à revenu élevé (Molyneux et al., 2009). Ainsi, l'un des huit principes éthiques proposés par Emmanuel et al. (2004) pour la recherche clinique consiste en un partenariat de collaboration entre les enquêteurs et les

commanditaires de la recherche dans les pays à revenu élevé, et les chercheurs, les responsables politiques et les communautés dans les pays à faible revenu (voir l'Encadré 7).

Toutefois, comme la RPSS diffère par nature de la recherche médicale, certains débats éthiques, et en particulier certains défis, sont propres à ce domaine de travail. La réflexion menée suite à l'expérience de projets de RPSS au niveau des ménages dans différents pays a conduit, par exemple, Molyneux et al. (2009) à formuler les quatre séries de propositions suivantes sur la manière de mettre en œuvre les principes figurant dans l'Encadré 7 dans ce type de recherche.

Soyez attentif à préserver :

1. La validité et la fiabilité scientifiques des données – moyennant une formation approfondie et volontariste pour tout le personnel de recherche, y compris le personnel de terrain, afin qu'ils acquièrent les attitudes et les compétences en matière de communication qui sont nécessaires pour mener des entretiens de bonne qualité et aller au-delà de leurs différences de race, classe, nationalité, sexe ou éducation, avec les personnes répondant aux enquêtes; les agents de terrain doivent être traités comme de véritables partenaires dans les enquêtes de recherche, leur rôle essentiel pour façonner la nature et la qualité des données étant reconnu.
2. La valeur sociale de l'étude et un rapport risques/avantages favorable – en examinant soigneusement les risques et les avantages au niveau de l'individu et au niveau de la communauté d'une participation à l'étude, moyennant un engagement auprès d'une série de parties prenantes au début de l'étude, et un examen et une réflexion constants au cours de celle-ci.
3. Le consentement éclairé et le respect des participants et des communautés – en veillant à ce que tous les membres de l'équipe connaissent bien les principaux messages de l'étude et soient en mesure de demander de l'aide lorsque des questions éthiques inattendues se posent; soient

capables de faire preuve de respect à l'égard des participants, et le fassent effectivement, dans toutes leurs activités auprès des communautés; et renégocient les relations lorsque cela est nécessaire plutôt que de concentrer uniquement leurs efforts sur les procédures de consentement officielles (qui peuvent s'avérer inapplicables dans le cadre d'une étude sur la RPSS ou avoir une incidence négative sur les relations avec les participants à l'étude, relations qui sont essentielles pour rassembler des informations honnêtes).

4. L'indépendance de l'examen, en incitant les comités d'éthique à accorder une attention particulière au processus de recherche proposé et aux interactions

entre les différents acteurs dans le cadre des travaux de RPSS, plutôt qu'à s'attacher essentiellement à la structure de l'étude et à ses outils.

En dernier lieu, toutefois, «les relations sociales établies entre les chercheurs, les équipes de terrain et les membres de la communauté sont essentielles pour satisfaire les aspects moraux (par opposition à juridiques) des principes éthiques» (Molyneux et al., 2009: 324). Ces relations seront toujours importantes dans le cadre de la RPSS, que les personnes interrogées soient des membres de la communauté ou appartiennent aux élites qui font les politiques.

Encadré 7: Huit principes éthiques pour la recherche clinique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat en collaboration • Validité scientifique • Rapport risques/avantages favorable • Consentement éclairé | <ul style="list-style-type: none"> • Valeur sociale • Sélection équitable de la population de l'étude • Examen indépendant • Respect des participants recrutés et des communautés participant à l'étude |
|--|---|

Source: Emanuel et al., 2004.

Références

- Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR) (2009). *Priority setting for Health Policy and Systems Research*. AHPSR Briefing Note 3. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/alliance-hpsr/en/>, consulté le 22 août 2011).
- Bloom G, Standing H, Lloyd R (2008). Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. *Social Science & Medicine*, 66 (10):2076-2087.
- de Savigny D, Adam T, eds (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html>, consulté le 10 juillet 2010).
- Emanuel E et al. (2004). What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of clinical research. *Journal of Infectious Diseases*, 189:930-937.
- Gilson L (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7):1453-1468.
- Gilson L, Palmer N and Schneider H. (2005) Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine* 61(7): 1418-1429
- Gilson L, Raphaely N (2008). The terrain of health policy analysis in low- and middle-income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health Policy and Planning*, 23(5):294-307.
- Gilson L, Khumalo G, Erasmus E, Mbatsha S and McIntyre D (2004). Exploring the influence of workplace trust over health worker performance: Preliminary national overview report South Africa. Johannesburg: Centre for Health Policy. Rapport non publié.
- Gilson L et al. (2011). Building the field of health policy and systems research: social science matters. *PLoS Medicine* 8(8):e1001079.
- Green A, Bennett S, eds (2007). *Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Green J, Thorogood N (2009). *Qualitative methods for health research*. London, Sage Publications.
- Henning E (2004). *Finding your way in qualitative research*. Pretoria, Van Schaik Publishers.
- Klopper H (2008). The qualitative research proposal. *Curationis*. 31(4):62-72.
- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56:171-204.
- Mackian S, Bedri N, Lovel H (2004). Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy and Planning*, 19(3):137-46.
- Marchal B, Dedzo M, Kegels G (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Services Research*, 10:24.
- Molyneux C et al. (2009). Conducting health-related social science research in low-income settings: ethical dilemmas faced in Kenya and South Africa. *Journal of International Development*, 21(2):309-325.
- Parsons W (1995). *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*. Aldershot, Edward Elgar.
- Potter S, Subrahmanian R (1998). Information needs and policy change. In: Thomas A, Chataway J, Wuyts M, eds. *Finding out fast: investigative skills for policy and development*. London, Sage Publications:19-40.

Riewpaiboon W et al. (2005). Private obstetric practice in a public hospital: mythical trust in obstetric care. *Social Science & Medicine*, 61(7):1408-1417.

Rist RC (1998). Influencing the policy process with qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, California, Sage Publications:400-424.

Robson C (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*, 2nd ed. Oxford, Blackwell Publishing.

Sandelowski M (2000) Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Research in Nursing & Health*, 23:246-255.

Schneider H (2011). Introduction to Health Systems Research and Evaluation. Masters in Public Health course power point slides. Cape Town, University of Cape Town.

Sheikh K, Porter J (2010). Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India: the case of HIV testing. *Social Science & Medicine*, 71(11): 2005-2013.

Sheikh K et al. (2011). Building the field of health policy and systems research: framing the questions. *PLoS Medicine* 8(8):e1001073.

Shiffman J (2007). Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries. *American Journal of Public Health*, 97(5):796-803.

Thomas A (1998). Introduction. In: Thomas A, Chataway J, Wuyts M, eds. *Finding out fast: investigative skills for policy and development*. London, Sage Publications:1-18.

Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A (2003). Designing and conducting health systems research projects: *Volume 1: proposal development and fieldwork [e-book]*. Amsterdam, KIT Publishers, International Development Research Centre (http://www.idrc.ca/en/ev-33011-201-1-DO_TOPIC.html, consulté le 7 juillet 2010).

Walker L, Gilson L (2004). We are bitter but we are satisfied: nurses as street level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(6):1251-1261.

Walt G, Lush L, Ogden J (2004). International organizations in transfer of infectious diseases: iterative loops of adoption, adaptation and marketing. *Governance*. 17(2):189-210.

Walt G et al. (2008). 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5):308-317.

Yin RK (2009). *Case study research: design and methods*, 4th ed. Thousand Oaks, California, Sage Publications.

Partie 3

Comprendre les politiques et les systèmes de santé

Comme il est indiqué en partie 1 du présent manuel, une caractéristique définissant la RPSS est l'accent mis sur les questions ou les problèmes liés aux politiques et aux systèmes de santé plutôt que l'étude, par exemple, des questions ou des problématiques sous un angle disciplinaire particulier. En d'autres termes, c'est la question de recherche, ou le thème ciblé, qui oriente la recherche.

Cette section du manuel fait référence à deux séries de documents essentiels qui soutiennent la RPSS en fournissant des cadres conceptuels qui peuvent permettre d'éclairer notre compréhension des questions liées aux politiques et aux systèmes de santé.

Cadres pour les systèmes de santé

Ces références permettent de mieux connaître et de mieux comprendre la nature des systèmes de santé.

Deux références clés

Bloom G, Standing H, Lloyd R (2008). Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. *Social Science & Medicine*, 66(10): 2076-2087

- Cet article reconnaît la pluralité des systèmes de santé (c'est-à-dire la variété des prestataires qui font partie des systèmes de santé) et l'importance qu'il y a à comprendre leurs dynamiques institutionnelles.

de Savigny D et al. (2009). Systems thinking: What it is and what it means for health systems. In: de Savigny D, Adam T, eds. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva, World Health Organization: 37-48. Peut être consulté à l'adresse: <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>

- Cet article est la version la plus récente et la plus nuancée de l'approche de l'Organisation mondiale de la Santé relative aux éléments constitutifs des systèmes de santé (elle met l'accent sur les six fonctions que sont la prestation des services, les personnels de santé, l'information, les produits médicaux, les vaccins et les technologies, le financement, la direction/gouvernance) – ce travail s'efforce aussi de comprendre les systèmes de santé dans le cadre de la pensée systémique.

Références supplémentaires

Atun R, Menabde N (2008). Health systems and systems thinking. In: Coker R, Atun R, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies Series):121-140. Peut être consulté à l'adresse: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98393/E91946.pdf

- *Raison de ce choix*: l'article analyse les perspectives offertes par la réflexion systémique.

Frenk J (2010). The Global Health System: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7(1):1-3. Peut être consulté à l'adresse: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000089>

- *Raison de ce choix*: un résumé succinct de la pensée actuelle par un auteur éminent dans ce domaine.

World Health Organization (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé: iv-vii, 1-30. Peut être consulté à l'adresse: http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

- *Raison de ce choix*: il s'agit du document le plus récent présenté dans le cadre influent de l'Organisation mondiale de la Santé.

Cadres conceptuels pour la RPSS

Ces références fournissent une série de cadres conceptuels qui peuvent être utilisés pour orienter des recherches approfondies et systématiques sur les questions ayant trait aux politiques et aux systèmes de santé, et conduire ainsi à une meilleure compréhension de leur complexité.

Références

Atun R et al. (2010). Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 25(2):104-111. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czp055>

- *Raison de ce choix*: l'intégration est un thème récurrent dans la RPSS comme en matière de gestion.

Bossert T (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10):1513-1527. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00234-2)

- *Raison de ce choix*: ce cadre conceptuel permet de comprendre et de mener des recherches sur les systèmes de santé du point de vue de l'autorité chargée de la prise de décisions.

Brinkerhoff D (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 19(6):371-379. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czh052>

- *Raison de ce choix*: ce cadre conceptuel permet de comprendre et de mener des recherches sur les questions de responsabilité, essentielles en matière de gouvernance.

Franco LM, Bennett S, Kanfer R (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54(8):1255-1266. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00094-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00094-6)

- *Raison de ce choix*: ce cadre conceptuel permet de comprendre et de mener des recherches sur la motivation et les performances dans le domaine des ressources humaines.

Gilson L (2003). Trust and health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(67):1452-1468. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)

- *Raison de ce choix*: l'article met en lumière l'importance des liens au sein des systèmes de santé et des influences institutionnelles auxquelles ils sont soumis, en particulier la confiance; il offre des concepts permettant de comprendre la nature et le rôle de la confiance dans les systèmes de santé.

Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3): 171-204. [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00149-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00149-4)

- *Raison de ce choix*: ce cadre conceptuel permet de comprendre et de mener des recherches sur les questions de financement dans le cadre d'un système plus vaste.

Vian T (2007). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2):83-94. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm048>

- *Raison de ce choix*: ce cadre conceptuel permet de comprendre et de mener des recherches dans le domaine de la corruption, question essentielle en matière de gouvernance.

Walt G, Gilson L (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4):353-370. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>

- *Raison de ce choix*: une approche heuristique pour comprendre les influences qui prédominent lors de la prise de décisions politiques, largement utilisée pour orienter les recherches dans ce domaine.

Partie 4

Références pour
les articles empiriques

Les références indiquées ici renvoient à des travaux de recherche novateurs et de qualité dans le domaine de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.

Vue d'ensemble: stratégies et articles de recherche

Pour obtenir des travaux de qualité sur les politiques et les systèmes de santé, il faut savoir quelle stratégie de recherche adopter pour aborder la question que l'on souhaite étudier. Cette stratégie n'est ni une structure ni une méthode, mais plutôt une approche générale du déroulement des travaux qui tient compte des méthodes de collecte des données et de la stratégie d'échantillonnage les plus appropriées compte tenu du but poursuivi et des questions de recherche.

Les articles présentés dans la version intégrale du manuel sont regroupés en fonction de la stratégie adoptée pour encourager le lecteur à avoir un point de vue critique et créatif quant à la nature et à l'approche de la RPSS, et pour favoriser de nouvelles recherches allant au-delà des analyses transversales, souvent assez descriptives, qui constituent l'essentiel des travaux publiés dans ce domaine. Les stratégies de recherche ont été choisies pour montrer l'éventail des travaux sur les politiques et les systèmes de santé, que les approches adoptées soient nouvelles ou classiques :

1. Les perspectives transversales
2. Les études de cas
3. L'optique ethnographique
4. Les progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact
5. L'enquête sur l'évolution des politiques et des systèmes au fil du temps
6. L'analyse transnationale
7. La recherche-action

L'introduction de chaque groupe d'articles comprend :

- une vue d'ensemble de la stratégie ou de l'approche adoptée pour la recherche et de sa pertinence pour la RPSS, ainsi que des précisions sur la manière de garantir que les travaux sont menés de façon rigoureuse;
- une description succincte ou une vue d'ensemble des articles sélectionnés;
- un résumé des articles, accompagné de références, ainsi que des précisions sur l'axe de l'étude, le point de vue adopté et les raisons pour lesquelles l'article est inclus dans le texte de référence.

Le Tableau 9 présente un récapitulatif des articles.

Tableau 9. Récapitulatif des articles présentés

N° de la page	Article	Fonction(s) du système étudié(s)	Politique/niveau du système étudié(e)	Discipline (ou principale approche) abordée	Principales caractéristiques	Pays
1. PERSPECTIVES TRANSVERSALES						
83	Blauuw et al., 2010	Ressources humaines (ensembles de mesures incitatives)	Micro : agents de santé	Économie de la santé	• Utilisation d'expériences à choix discrets et évaluation économique • Exemple d'analyse pour l'élaboration de politiques	Plusieurs pays
83	Glassman et al., 1999	Gouvernance et financement (modification des politiques, réforme des systèmes de santé)	Macro : national	Analyse des politiques	• Prise en compte des décideurs dans l'analyse • Exemple d'analyse pour l'élaboration de politiques	République dominicaine
83	Morrow et al., 2009	Prestation de services (lutte contre le paludisme)	Méso et micro : niveau primaire/communautaire	Santé publique	• Étude fondée sur un panachage de méthodes • Prise en compte des questions liées à la demande et liées à l'offre	Viet Nam
83	Ramanadhan et al., 2010	Ressources humaines (développement des capacités)	Micro : agents de santé	(Analyse des réseaux sociaux)	• Application de l'analyse de réseau et étude des questions de capital social	Éthiopie
83	Ranson, Jayaswal et Mills, 2011	Financement (dépenses des ménages)	Micro : ménages	Économie de la santé	• Utilisation séquentielle des méthodes dans le cadre d'une étude fondée sur un panachage de méthodes	Inde
83	Riewpaiboon et al., 2005	Prestation de services (interactions prestataire-patient, soins obstétricaux)	Micro : hôpitaux et individus	Sociologie/anthropologie	• Élaboration d'une théorie • Examen des institutions du système de santé	Thaïlande

N° de la page	Article	Fonction(s) du système étudiée(s)	Politique/niveau du système étudié(e)	Discipline (ou principale approche) abordée	Principales caractéristiques	Pays
83	Rwashana, Williams et Neema, 2009	Vaccination et prestation de services (programme de vaccination intégré dans le système de santé)	Macro : système	(Pensée systémique)	Exemple rare d'application de la pensée systémique	Ouganda
83	Sheikh et Porter, 2010	Gouvernance et prestation de services (application de lignes directrices cliniques pour le VIH)	Micro : individus	Analyse des politiques	Examen détaillé et théorique de la prise de décisions	Inde
2. ÉTUDES DE CAS						
87	Atkinson et al., 2000	Gouvernance (décentralisation)	Multiniveaux	Anthropologie	- Études de cas sur les districts - Élaboration d'une théorie - Examen de la causalité complexe	Brésil
87	Murray et Elston, 2005	Financement (assurance privée)	Multiniveaux	Sociologie	Analyse intégrée de la modification des politiques aux différents niveaux du système	Chili
87	Mutemwa, 2005	Information sanitaire et gouvernance (prise de décisions dans les districts)	Méso : districts	Gestion	Analyse exploratoire des cas	Zambie
87	Rolfe et al., 2008	Ressources humaines (secteur privé)	Méso : districts et établissements	Sociologie	- Bon exemple d'analyse dans le cadre de travaux axés sur les études de cas - Analyse pour les politiques	République-Unie de Tanzanie
87	Russell et Gilson, 2006	Financement (dépenses des ménages)	Micro : ménages	Économie du développement	- Étude longitudinale de ménages - Examen de la causalité complexe	Sri Lanka

N° de la page	Article	Fonction(s) du système étudiée(s)	Politique/niveau du système étudié(e)	Discipline (ou principale approche) abordée	Principales caractéristiques	Pays
87	Shiffman, Stanton et Salazar, 2004	Gouvernance (modification des politiques, Initiative pour une maternité sans risque)	Macro : National/ mondial	Analyse des politiques	• Application de la théorie et formulation de questions à partir de l'analyse	Honduras
3. OPTIQUE ETHNOGRAPHIQUE						
93	Aitken, 1994	Ressources humaines (programme de formation)	Micro : agents de santé	Anthropologie/ Sociologie	• Élaboration d'une théorie	Népal
93	Behague et Storeng, 2008	Gouvernance et prestation de services (débat sur les approches concernant les soins de santé maternelle et élaboration de politiques sur des bases factuelles)	Macro : débats mondiaux	Anthropologie/ Sociologie	• Analyse de discours	Sans objet
93	George, 2009	Ressources humaines et gouvernance (gestion, transparence)	Micro : agents de santé – influence du supérieur hiérarchique et interactions avec lui	Anthropologie/ Sociologie	• Analyse approfondie des principales fonctions du système de santé	Inde
93	Lewin et Green, 2009	Prestation de services (dispensaire assurant les soins primaires)	Micro : dispensaire, interactions prestataire-patient	Anthropologie/ Sociologie	• Utilisation de concepts • Importance accordée aux programmes et aux établissements	Afrique du Sud
4. PROGRÈS RÉALISÉS DANS L'ÉVALUATION DE L'IMPACT						
96	Björkman et Svensson, 2009	Gouvernance (mécanisme de responsabilisation de la communauté)	Méso : Établissement/ communauté	Économie de la santé	• Évaluation quasi expérimentale • Approche inhabituelle pour ce type d'évaluation	Ouganda

N° de la page	Article	Fonction(s) du système étudiée(s)	Politique/niveau du système étudié(e)	Discipline (ou principale approche) abordée	Principales caractéristiques	Pays
96	Macinko et al., 2007	Prestation de services (modèle de soins primaires)	Macro : national	Épidémiologie	Analyse écologique à partir de données d'un panel	Brésil
96	Marchal, Dedzo et Kegels, 2010	Ressources humaines (gestion)	Méso : Établissement	(Évaluation des politiques/réalisme critique)	Exemple rare d'évaluation fondée sur le réalisme critique	Ghana
96	Wang et al., 2009	Financement (assurance-maladie communautaire)	Micro : ménages	Économie de la santé	Évaluation quasi expérimentale inhabituelle basée sur la méthode d'appariement sur les scores de propension	Chine
5. ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES ET DES SYSTÈMES						
98	Brown, Cueto et Fee, 2006	Gouvernance (organisations mondiales et discours mondial)	Macro : mondial	Histoire	- Analyse historique - Importance accordée aux organisations mondiales	non applicable
98	Crichton, 2008	Gouvernance et prestation de services (modification des politiques, planification familiale)	Macro : national	Analyse des politiques	Application d'une théorie	Kenya
98	Masanja et al., 2008	Prestation de services (évolution de la mortalité de l'enfant et explications)	Macro : système	Épidémiologie	Analyse approfondie des tendances et explications autour du développement du système	République-Unie de Tanzanie
98	Van Ginneken, Lewin et Berridge, 2010	Ressources humaines (agents de santé communautaires)	Macro : national	Histoire	- Analyse historique - Recours inhabituel à des séminaires de témoins	Afrique du Sud

N° de la page	Article	Fonction(s) du système étudiée(s)	Politique/niveau du système étudié(e)	Discipline (ou principale approche) abordée	Principales caractéristiques	Pays
6. ANALYSE TRANSNATIONALE						
100	Bryce et al., 2005	Prestation de services (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant)	Méso : districts et établissements	Épidémiologie	- Article fondateur - Évaluation minutieuse du système	Plusieurs pays
100	Gilson et al., 2001	Gouvernance et financement (mise en œuvre des changements de politiques, systèmes de financement communautaires (Initiative de Bamako))	Plusieurs niveaux	Analyse des politiques	- Utilisation d'un cadre conceptuel pour orienter l'étude - Sélection opportuniste des cas de pays - Perspective explicative	Plusieurs pays
100	Lee et al., 1998	Gouvernance et prestation de services (mise en œuvre durable de la politique de planification familiale)	Macro : national	Analyse des politiques	- Sélection délibérée de cas de pays - Analyse minutieuse - Importance accordée aux explications	Plusieurs pays
101	O'Donnell et al., 2007	Financement (incidence des dépenses publiques)	Macro : national	Économie de la santé	Analyse inter pays rigoureuse accompagnée d'explications	Plusieurs pays
7. RECHERCHE-ACTION						
102	Khreshneh et Barclay, 2007	Information sanitaire (système de dossiers hospitaliers)	Méso : hôpitaux	Recherche-action	Application rare d'une stratégie de recherche	Jordanie
102	Khreshneh et Barclay, 2008	Information sanitaire (système de dossiers hospitaliers)	Méso : hôpitaux	Recherche-action	Compte-rendu de travaux de recherche-action	Jordanie

1. Perspectives transversales

Helen Schneider

Université du Cap, Afrique du Sud

et

Sara Bennett

*Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health,
Baltimore, MD, États-Unis d'Amérique*

Les études transversales tentent d'explorer, de décrire ou d'expliquer un phénomène à un moment précis (voir partie 2 : étape 2 du manuel). C'est ce qui les distingue des études longitudinales et autres, qui décrivent ou analysent une évolution au cours du temps, et des études expérimentales, qui impliquent des interventions. Comme les études transversales nécessitent généralement moins de ressources que les autres types de travaux, c'est la formule qui est choisie le plus souvent pour la RPSS.

Les études transversales portent sur un large éventail de disciplines et relèvent de méthodes qui appartiennent à la fois aux traditions de recherche fixes et flexibles. Elles peuvent être quantitatives, qualitatives ou les deux à la fois et reposer sur plusieurs méthodes de collecte de données (lorsque l'organisation des structures de recherche fixes et flexibles permet d'opérer une triangulation à partir d'une méthode de collecte de données pour influencer sur l'autre et une triangulation épistémologique, et permet aussi d'utiliser des sources de données secondaires). Les études transversales qui reposent sur plusieurs méthodes peuvent avoir des caractéristiques communes avec les études de cas mais elles ne suivent pas nécessairement les mêmes procédures analytiques.

Comme indiqué également dans la partie 2 : étape 2, les études de RPSS reposant sur un panachage de méthodes ont plusieurs objectifs (Pope et Mays, 2009) :

- Lors de la conception d'un outil, des entretiens qualitatifs peuvent précéder la mise au point

d'instruments quantitatifs s'il n'existe pas d'outils standardisés ou si la spécificité du contexte du phénomène exige des approches sur mesure.

- On peut mener une enquête quantitative pour créer une base de sondage afin de sélectionner des cas en vue d'une étude qualitative.
- Pour étendre l'analyse et l'interprétation, on peut trianguler différentes études afin de mettre en évidence différents points de vue sur la même question ou de répondre à différents types de questions (par exemple «quoi» ou «pourquoi»).

Dans les études reposant sur un panachage de méthodes, les collectes des données peuvent être simultanées ou consécutives, selon le but recherché. (Creswell et Plano-Clark, 2007).

Les résultats de ces études se présentent souvent sous la forme d'un «bricolage», un «ensemble de pratiques étroitement liées qui fournissent des solutions à un problème dans une situation concrète» (Denzin et Lincoln, 1998:3). Les éléments de l'étude, qui jettent différents éclairages sur un phénomène, sont rassemblés telles les pièces d'un puzzle pour expliquer le phénomène étudié.

Rigueur des études transversales

Comme les autres stratégies de recherche, les études transversales doivent être valables et fiables, qu'elles s'inspirent de la tradition fixe ou de la tradition flexible. Ceci est particulièrement important pour les travaux de RPSS qui visent à mieux comprendre la dynamique complexe et les relations entre les acteurs et les dimensions du système (voir partie 2 : étape 1).

La validité des études transversales peut être compromise par (Robson, 2002:171) :

- la description inadéquate ou insuffisante d'un phénomène;
- une utilisation sélective ou d'une interprétation erronée des données;

- des explications avancées sans envisager d'autres possibilités ou éléments contrefactuels;
- la non-exploitation de concepts et de théories existants dans la littérature.

La validité des études transversales peut être améliorée par (Pope et Mays, 2009):

- la triangulation des données, des observateurs et des approches méthodologiques, ainsi que par rapport à la théorie;
- la validation des résultats et de l'analyse par les participants;
- une description claire des méthodes de collecte et d'analyse des données;
- la réflexion de l'auteur concernant l'influence éventuelle de ses propres biais personnels ou intellectuels sur l'étude et l'analyse;
- les discussions sur les cas négatifs (incidents ou expériences inhabituelles en termes de caractéristiques dominantes des résultats, dont les explications possibles font ensuite l'objet d'une analyse afin de préciser les conséquences sur l'ensemble des résultats).

Références

Creswell JW, Plano-Clark VL (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.

Denzin NK, Lincoln YS (1998). Introduction: Entering the field of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, California, Sage Publications:1 34.

Pope C, Mays N (2009). Critical reflections on the rise of qualitative research (research methods and reporting). *British Medical Journal*, 339(b3425):737 739.

Robson C (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*, 2nd ed. Oxford, Blackwell Publishing.

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Pour la version intégrale du manuel, nous avons choisi des études transversales représentatives de techniques de collecte de données ou d'analyse qui vont au-delà des entretiens avec les principaux informateurs ou la simple analyse de contenu, qui sont les approches les plus couramment utilisées. La sélection comprend des exemples:

- d'expériences à choix discrets, basées sur la théorie économique de la demande, qui portent sur les préférences des infirmiers et infirmières en termes d'interventions politiques qui les attireraient vers les zones rurales dans trois pays (Blaauw et al., 2010) – cette étude novatrice montre également la spécificité du contexte des interventions sur les politiques et les systèmes de santé et propose des orientations aux décideurs;
- de l'utilisation de PolicyMaker, un outil d'analyse des politiques assistée par ordinateur servant à étudier la réforme des politiques sanitaires en République dominicaine et à définir des orientations pour les décideurs (Glassman et al., 1999);
- d'étude basée sur plusieurs méthodes qui comprend des observations, le recours à des données de routine et des entretiens avec plusieurs parties intéressées pour créer un modèle des dimensions «offre» et «demande» des problèmes de lutte contre le paludisme au Viet Nam (Morrow et al., 2009);
- d'application de l'analyse des réseaux sociaux, une approche inhabituelle et intéressante pour la RPSS, afin d'évaluer l'impact de la formation en gestion de la santé en Éthiopie (Ramanadhan et al., 2010);
- d'étude où les méthodes qualitatives et quantitatives sont appliquées successivement pour examiner les stratégies adoptées par les ménages pour faire face au coût des hospitalisations en Inde (Ranson, Jayaswal et Mills, 2011);
- de la mise au point de cadres explicatifs concernant le choix d'un prestataire public ou privé de soins

obstétricaux par les femmes de différents milieux socioculturels en Thaïlande, sur la base de la théorie de la confiance (Riewpaiboon et al., 2005). Cette étude illustre également l'intérêt de la mise au point d'une théorie dans la RPSS;

- de l'application de la théorie des systèmes pour expliquer le recours effectif à la vaccination en Ouganda, sur la base de la méthodologie des diagrammes de boucles causales pour modéliser les liens dans un système complexe (Rwashana, Williams et Neema, 2009);
- de l'utilisation d'une analyse interprétative détaillée dans une étude relative à l'influence de la compréhension des acteurs politiques sur la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH en Inde (Sheikh et Porter, 2010).

Deux de ces articles soulignent certains buts des approches reposant sur plusieurs méthodes. Ranson, Jayaswal et Mills (2011) font état d'une étude où des discussions de groupe ont été menées pour mettre au point un outil d'enquête fermé. L'enquête menée à l'aide de cet outil a permis d'identifier un groupe de patients qui ont été interrogés de manière plus approfondie. L'étude rapportée par Morrow et al. (2009), quant à elle, impliquait 17 formes de collecte de données, divisées en deux phases successives, une phase «préparatoire» puis une phase «d'évaluation». L'article réunit, telles les pièces d'un puzzle, des données pour présenter un modèle explicatif des systèmes et des facteurs sociaux (non biologiques) qui entravent, parfois, la lutte contre le paludisme.

Références des articles retenus

Blaauw D et al. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88:350–356. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.072918>

Glassman A et al. (1999). Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 14(2):115–126. <http://heapol.oxfordjournals.org/content/14/2/115.full.pdf>

Morrow M et al. (2009). Pathways to malaria persistence in remote central Vietnam: a mixed-method study of health care and the community. *BMC Public Health* 9:85. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-85>

Ramanadhan et al. (2010). Network-based social capital and capacity-building programs: an example from Ethiopia. *Human Resources for Health*, 8:17. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-8-17>

Ranson MK, Jayaswal R, Mills AJ (2011). Strategies for coping with the costs of inpatient care: a mixed methods study of urban and rural poor in Vadodara District, Gujarat, India. *Health Policy and Planning*, 1–13. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czr044>

Riewpaiboon et al. (2005). Private obstetric practice in a public hospital: mythical trust in obstetric care. *Social Science & Medicine*, 61:1408–1417. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.075>

Rwashana AS, Williams DW, Neema S (2009). System dynamics approach to immunization healthcare issues in developing countries: a case study of Uganda. *Health Informatics Journal*, 15(2):95–107. <http://dx.doi.org/10.1177/1460458209102971>

Sheikh K, Porter J (2010). Discursive gaps in the implementation of public health policy guidelines in India: The case of HIV testing. *Social Science & Medicine*, 71(11): 2005–2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.019>

2. Les études de cas

Lucy Gilson

Université du Cap, Afrique du Sud et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

L'approche axée sur les études de cas est une stratégie de recherche qui suppose l'étude empirique d'un phénomène contemporain dans un contexte réel à partir de plusieurs sources de données; elle est particulièrement utile lorsque les limites entre le phénomène et le contexte sont floues (Yin, 2009). Elle est très souvent utilisée dans les domaines et disciplines qui ont trait à la RPSS, tels que les sciences politiques, l'administration publique, les études sur la planification, les études sur l'organisation et la gestion, et la psychologie et la sociologie des communautés.

Il y a trois raisons principales pour lesquelles cette approche est particulièrement pertinente pour la RPSS. Premièrement, les politiques et les systèmes de santé sont fortement influencés par, et sont souvent inscrits dans, un contexte dont l'étude doit tenir compte (Gilson et al. 2011). Par exemple, la motivation des agents de santé dépend d'un éventail de facteurs personnels, organisationnels et sociétaux ainsi que des relations avec autrui; par ailleurs, de nombreux aspects de la prestation des soins de santé dépendent de la motivation des agents de santé (Franco, Bennett et Kanfer, 2002). De la même manière, dans leur choix de recourir à des services ou de suivre un traitement, les patients sont influencés par de nombreux facteurs, tels que:

- leur propre compréhension de la maladie et des meilleurs moyens de la traiter
- les conseils des amis et de la famille
- leur expérience auprès des prestataires de soins
- leur possibilité d'assumer le coût des soins
- la dynamique hommes-femmes pour la prise de décisions au sein du foyer.

Sur toute question relative aux politiques et aux systèmes de santé, plusieurs personnes évoluant dans des contextes variés interprètent différemment la même expérience.

Par exemple, plusieurs agents de santé peuvent réagir différemment aux mêmes mesures incitatives et les patients ne réagissent pas tous de la même façon aux conseils qui leur sont donnés en matière de traitement.

Deuxièmement, comme le montrent les exemples de la motivation et de la demande de soins, les questions posées dans le cadre de la RPSS exigent souvent d'étudier les comportements complexes des acteurs et des institutions et les relations entre les premiers et les seconds; et comment ces relations influent sur l'évolution au cours du temps. L'approche axée sur les études de cas est particulièrement pertinente pour ces expériences (Thomas, 1998).

Troisièmement, comme indiqué dans la partie 2, l'approche axée sur les études des cas peut servir à la fois à soutenir et à analyser l'élaboration des politiques: elle permet de produire des informations pour mettre au point une politique (voir par exemple Rolfe et al., 2008 dans cette section) ou sert à analyser en détail des politiques passées (voir par exemple Shiffman, Stanton et Salazar, 2004 dans cette section).

Les travaux axés sur des études de cas sont également très souples. En termes d'objectifs généraux de recherche (voir partie 2: étape 2), ils peuvent:

- soutenir une étude exploratoire afin de mieux comprendre certaines situations ou de produire des idées et des concepts qui serviront au suivi;
- permettre une description détaillée de certaines expériences;
- permettre l'étude des questions explicatives «comment» et «pourquoi», en soutenant la généralisation analytique par le biais de l'analyse de cas croisée (voir partie 1: section 7);

- servir d'approche d'étude pour les travaux émancipateurs tels que la recherche-action et les enquêtes participatives.

Enfin les études de cas peuvent porter sur un seul cas (de politique sanitaire, par exemple) ou sur plusieurs cas du même type (plusieurs établissements de santé, par exemple), ou suivre une approche dans laquelle les cas sont « emboîtés », c'est-à-dire qu'un type de cas est intégré dans un cas plus général ou englobe d'autres cas. On pourrait par exemple étudier une seule politique sanitaire en examinant l'ensemble du processus et de l'expérience sur plusieurs sites objets de l'étude de cas à l'intérieur du système de santé (régions, districts et/ou établissements); ou, dans le cas d'un établissement de soins primaires qui fait partie du système de santé d'un district, étudier le cas aux deux niveaux.

L'éventail des « cas », l'unité pertinente et prise en compte dans la RPSS, varie donc beaucoup. Il peut s'agir (Robson, 2002; Thomas, 1998; Gilson et Raphaely, 2008):

- d'individus, de communautés, de groupes sociaux, d'organisations;
- d'événements, de relations, de rôles, de processus, de décisions, de politiques précises, de processus spécifiques d'élaboration des politiques, de travaux de recherche;
- d'unités de prise de décisions dans le système de santé, de certains établissements de santé, de pays en particulier.

Rigueur des études de cas

En règle générale, pour que les études de cas soient rigoureuses, il faut décrire de façon exhaustive les méthodes de collecte et d'analyse des données afin que le lecteur puisse déterminer si l'analyse et l'interprétation sont crédibles. Comme indiqué dans la partie 2: étape 3, l'appréciation de la crédibilité porte essentiellement sur la question de savoir si les procédures de recherche suggèrent que les conclusions tirées sont fiables. Le

Tableau 10 présente une vue d'ensemble des procédures qui permettent de garantir la fiabilité aux différentes phases d'un travail de recherche axé sur les études de cas (voir également Gilson et al., 2011).

Compte tenu des points faibles du corpus de travaux de RPSS (Gilson et Raphaely, 2008), les principaux domaines auxquels il faudra prêter attention dans les prochains travaux de recherche axés sur des études de cas sont les suivants:

- l'application d'une théorie pour étayer et permettre l'analyse
- la sélection des cas pour étayer l'analyse
- la contextualisation des cas, notamment quand il n'y en a qu'un seul
- dans les études comportant plusieurs cas, les stratégies analytiques comparatives qui soutiennent la généralisation analytique.

Ces questions sont abordées plus loin, en rapport avec les articles choisis pour cette section.

Le lecteur est également invité à passer en revue les textes disponibles (par exemple Yin, 2009; Thomas, 1998) sur les bonnes pratiques concernant les études de cas pour renforcer les travaux de RPSS axés sur des études de cas.

Tableau 10. Procédures pour garantir la fiabilité des travaux de recherche axés sur des études de cas (Source : Yin, 2009)

Critère de fiabilité	Méthode employée	Phase de la recherche
Confirmabilité	• Revue de littérature, recensement des principaux concepts • Utilisation de plusieurs sources de données • Mise en place d'une chaîne de preuves • Examen du rapport de recherche par les principaux informateurs (validation par les participants)	Structure de la recherche Collecte des données Rédaction de l'analyse
Fiabilité	• Élaboration d'un protocole d'étude de cas (afin que d'autres personnes puissent voir les décisions qui ont été prises lors de l'élaboration de l'étude et pourquoi elles l'ont été) • Création d'une base de données (série complète de données que d'autres personnes pourraient examiner)	Collecte des données
Crédibilité	• Recherche de certaines caractéristiques dans les données et les différents cas (filtrage en fonction de ces caractéristiques) • Explications éventuelles des expériences analysées (élaboration d'explications) • Prise en compte d'explications rivales (autres explications des caractéristiques identifiées) • Utilisation de modèles logiques pour réfléchir par le biais de mécanismes de causalité • Triangulation – comparaison des données de l'ensemble des personnes interrogées, des sources de données, des types de données et des cas • Prise en compte de cas négatifs (recherchez explicitement des expériences qui contredisent votre principale argumentation pour la tester et l'affiner)	Analyse des données
Transférabilité	• Application de la théorie dans des études qui ne comportent qu'un seul cas • Application de la logique de réplcation dans les études qui comportent plusieurs cas (testez les idées correspondant à un cas par rapport aux cas suivants)	Structure de la recherche

Références

Gilson L, Raphaely N (2008). The terrain of health policy analysis in low- and middle-income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health Policy and Planning*, 23(5):294–307.

Gilson L et al. (2011). Building the field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters. *PLoS Medicine* 8(8):e1001079.

Franco LM, Bennett S, Kanfer R (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54(8):1255–1266.

Robson C (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*, 2nd ed. Oxford, Blackwell Publishing:3–15.

Thomas A (1998). Challenging cases. In: Chataway J, Wuyts M, eds. *Finding out fast: investigative skills for policy and development*. London, Sage Publications: 307–332.

Yin RK (2009). *Case study research: design and methods*, 4th ed. Thousand Oaks, California, Sage Publications.

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Pour cette section de la version intégrale du manuel, nous avons choisi d'aborder diverses questions liées aux politiques et aux systèmes de santé et de montrer les différents cas qu'il est possible d'utiliser dans les travaux de RPSS axés sur les études de cas, comme indiqué ci-dessous.

- Atkinson et al. (2000) examinent les résultats de la décentralisation à trois endroits du Brésil et tentent de comprendre l'influence de l'organisation sociale et de la culture politique.
- Murray et Elston (2005) examinent le cas des soins obstétricaux au Chili pour comprendre

l'influence d'une intervention à un niveau «macro» (privatisation du financement et de la prestation des soins) sur l'organisation du système de santé (niveau «méso») et sur la pratique clinique (niveau «micro»).

- Mutemwa (2005) examine plusieurs cas de décisions prises au niveau des districts dans le contexte de la décentralisation en Zambie et en ce qui concerne les systèmes d'information.
- Rolfe et al. (2008) recensent et classent les expériences relatives aux soins obstétricaux privés dans plusieurs districts de la République-Unie de Tanzanie, afin de produire des informations permettant d'orienter, à l'avenir, l'élaboration de politiques de réglementation.
- Russell et Gilson (2006) examinent, auprès de plusieurs ménages de communautés pauvres du Sri Lanka, les conséquences de la demande de soins de santé sur la situation économique ou les moyens de subsistance et les facteurs qui influent sur cette demande.
- Shiffman, Stanton et Salazar (2004) examinent le cas de la politique de maternité sans risque au Honduras pour comprendre comment et pourquoi cette politique est devenue une priorité.

Bien que la plupart des articles reposent principalement sur des données qualitatives, Russell et Gilson (2006) rapportent une étude fondée sur un panachage de méthodes (voir aussi les articles concernant les études transversales) où une première enquête auprès des ménages transversale et structurée, représentative de la communauté locale, a donné des résultats qui ont permis d'avoir une vue d'ensemble de l'expérience des ménages par rapport aux principaux thèmes de l'étude, et qui ont fourni la base d'un travail qualitatif plus détaillé. L'enquête a servi à sélectionner un petit nombre de ménages pour une deuxième phase de l'étude, où l'on a appréhendé en détail l'expérience des ménages en appliquant plusieurs méthodes de collecte de données (qualitatives et quantitatives). L'analyse associe également des données des deux phases de l'étude.

Ces articles offrent également un aperçu de travaux rigoureux axés sur des études de cas, par rapport aux quatre domaines, indiqués ci-dessous, dans lesquels les études de cas pour la RPSS présentent actuellement des points faibles.

Utilisation de la théorie. Les travaux exploratoires et descriptifs basés sur des études de cas peuvent s'appuyer sur la théorie pour une étude ultérieure plus détaillée de la question abordée (voir Mutemwa, 2005). Cependant, dans les travaux explicatifs, il faut à la fois considérer la théorie comme un moyen de structurer l'étude et comme un produit de la recherche (Atkinson et al., 2000). Lors de la conception de l'étude et du déroulement de l'analyse (Shiffman, Stanton & Salazar, 2004), la théorie peut aider à mieux comprendre la question et contribuer au test et à l'élaboration de la théorie à plus long terme (voir également partie 1 : section 7).

Sélection des cas. Contrairement à ce qui se passe pour une enquête, les cas ne sont jamais sélectionnés de manière à être représentatifs. Le choix dépend plutôt de l'objectif principal de l'étude, comme le montrent les quelques exemples ci-dessous.

- Dans les travaux exploratoires, il peut s'agir de trouver autant de types de cas différents que possible pour pouvoir faire une description limitée de nombreux cas et établir des catégories (voir Mutemwa, 2005 et Rolfe et al. 2008).
- Lorsqu'il y a un seul cas, il s'agit d'expliquer comment et pourquoi quelque chose se produit en examinant en détail les caractéristiques intrinsèques du cas. Le cas peut donc être choisi en raison de son intérêt ou de son caractère typique (Shiffman, Stanton & Salazar, 2004); ou encore, précisément, parce qu'il n'est pas typique et peut correspondre à une situation extrême qui remet en cause les idées habituelles, ou la théorie, sur lesquelles repose l'étude (Murray & Elston 2005).
- Lorsqu'il y a plusieurs cas, il peut s'agir de tester des idées théoriques en comparant les différents cas (voir Atkinson et al., 2000) ou de sélectionner

différents cas afin de procéder à une généralisation analytique sur une question donnée (Russell et Gilson, 2006).

Contextualisation. Tous les travaux descriptifs et explicatifs axés sur des études de cas exigent une «description approfondie», c'est-à-dire une interprétation du phénomène étudié faisant référence à des caractéristiques contextuelles (voir la section sur la perspective ethnographique; voir également Atkinson et al. 2000; Murray et Elston, 2005; Russell et Gilson, 2006; Shiffman, Stanton et Salazar, 2004);

Analyse et généralisation. Une analyse approfondie du contexte et la clarification des points de vue et interprétations contradictoires de différents acteurs sont particulièrement importantes dans les études qui ne comportent qu'un seul cas car l'intérêt d'un tel travail est d'élucider la complexité du phénomène étudié en expliquant de façon détaillée comment et pourquoi les choses se produisent afin d'avoir une vision plus claire de la situation (Murray et Elston, 2005). Les études basées sur un seul cas, lorsqu'elles sont associées à une mise à l'épreuve de la théorie, peuvent également fournir des informations convaincantes et détaillées (Shiffman, Stanton et Salazar, 2004). D'autre part, l'analyse des travaux fondés sur plusieurs études de cas est basée sur le principe de la reproduction. Les données de l'ensemble de cas ne sont pas regroupées puis analysées pour chaque question mais chaque cas est traité comme un tout unitaire et la comparaison des cas permet d'élaborer des perspectives et des conclusions générales considérées comme suffisamment universelles pour s'appliquer à d'autres situations (voir Atkinson et al., 2000; Rolfe et al. 2008; Russell et Gilson, 2006). Le principe de reproduction est essentiel à la généralisation analytique car le processus d'analyse est effectué de manière itérative pour voir si l'analyse du premier cas est reproduite, comme prévu, dans le deuxième, le troisième, le quatrième cas, etc. (voir Rolfe et al. 2008).

Références des articles retenus

Atkinson S et al. (2000). Going down to local: incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care. *Social Science & Medicine*, 51(4): 619–636. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00005-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00005-8)

Murray SF, Elston MA (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of health care: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health and Illness* 27(6):701–721. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00470.x>

Mutemwa RI (2005). HMIS and decision-making in Zambia: re-thinking information solutions for district health management in decentralised health systems. *Health Policy and Planning*, 21(1):40–52. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czj003>

Rolfe B et al. (2008). The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 23(2):137–149. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm049>

Russell S, Gilson L (2006). Are health services protecting the livelihoods of the urban poor in Sri Lanka? Findings from two low-income areas of Colombo. *Social Science & Medicine*, 63(7): 1732–1744. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.017>

Shiffman J et al. (2004). The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy and Planning*, 19(6): 380–390. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czh053>

3. L'optique ethnographique

Karina Kielmann

Queen Margaret University, Écosse, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

L'adjectif «ethnographique» est utilisé à tort de façon générique pour qualifier diverses méthodes qualitatives alors qu'il est plus juste de considérer l'ethnographie comme une méthodologie particulière. Ce terme désigne à la fois une méthode de recherche (littéralement «écrire sur les peuples») et le résultat écrit de cette recherche (un texte, un rapport ou un livre). L'ethnographie correspond à un tournant de l'anthropologie, au moment où les chercheurs ont abandonné leur bureau pour aller sur le terrain afin d'appréhender, dans un lieu étranger, la vie sociale dans son ensemble. Dans l'approche classique, l'ethnographie implique généralement de longues périodes de travail de terrain, d'immersion dans la «vie quotidienne» de la population à l'endroit choisi, par le biais de l'observation, de l'interaction, d'entretiens avec les membres de l'univers social étudié et de l'examen de documents ou d'objets. Le compte rendu écrit est une synthèse des impressions recueillies par le chercheur sur le terrain ou à l'occasion d'observations ou d'entretiens – ces impressions sont parfois recueillies sous forme de notes manuscrites mais, de plus en plus souvent, à l'aide de dispositifs d'enregistrement. Peut-être à cause des tensions créées par le fait d'être un participant-observateur, mais aussi en raison de l'approche ouverte de ce qui constitue le «savoir légitime» (Savage, 2000:1401), l'ethnographie a soulevé plus de questions que toute autre forme de recherche sociale quant à la «représentation», c'est-à-dire la manière dont les chercheurs choisissent de décrire la «réalité» de la vie des peuples et de donner la parole aux individus.

Les approches ethnographiques classiques sont rares dans la recherche appliquée en santé en raison de contraintes de temps et de difficultés pratiques mais aussi parce qu'elles ne sont pas compatibles avec le cadre positiviste de la plupart des structures d'études liées à la santé. Cependant les différents genres d'ethnographie «traditionnelle» dont se sont servi les anthropologues et les sociologues médicaux offrent un éclairage intéressant pour comprendre les questions liées aux politiques et aux systèmes de santé.

Premièrement, les travaux d'ethnographie qui ont porté sur la vie d'individus ou de groupes touchés par une maladie donnée nous ont permis de mieux comprendre comment et pourquoi les personnes peuvent (ou non) utiliser efficacement les services et prendre en charge leur maladie. Par exemple, de récents travaux ont étudié comment les personnes atteintes d'une maladie s'appuyaient sur une identité «biosociale» collective pour solliciter un traitement ou une réparation et bénéficier d'autres ressources sociales. Dans le cas du VIH, certains ont affirmé que cette forme de «citoyenneté thérapeutique» a eu une incidence directe sur les politiques d'accès au traitement et sur la prestation de soins (voir Nguyen, 2008).

Deuxièmement, les travaux d'ethnographie explicitement axés sur les praticiens et leur socialisation professionnelle dans les systèmes de santé donnent des renseignements précieux sur la faisabilité des interventions qui tiennent compte des hiérarchies professionnelles ou de l'organisation du travail (ou y apportent des modifications). On a notamment étudié comment l'environnement de travail et la dynamique sur le lieu de travail déterminaient l'identité des prestataires et la collaboration interprofessionnelle. Par exemple, on s'est intéressé aux relations de travail souvent complexes entre le personnel infirmier et les médecins (Fitzgerald, 2008) ainsi qu'aux «cultures» professionnelles de personnels de santé moins visibles tels que les aides-soignants (Justice, 1986).

Troisièmement, plusieurs travaux d'ethnographie classiques se sont intéressés aux organisations. S'inspirant des travaux d'une sociologue féministe (Smith, 1987), ces études ont pour but d'examiner comment les activités professionnelles influent sur un établissement et en assurent la pérennité, en analysant les procédures idéologiques qui rendent ces processus professionnels transparents et en étudiant comment ces processus sont liés à d'autres processus sociaux. Ici, l'optique ethnographique permet une analyse nuancée de la culture et de la dynamique organisationnelles pour déterminer, par exemple, comment «[...] la structure formelle de l'organisation (ses règles et ses hiérarchies pour la prise de décisions) est influencée par un système informel créé par des individus ou des groupes dans l'organisation» (Savage, 2000:1402).

On peut citer, par exemple, des travaux d'ethnographie portant sur des hôpitaux (Van der Geest et Finkler, 2004) et des travaux d'ethnographie portant sur des projets (Evans et Lambert, 2008) qui étudient le contexte dans lequel les politiques formulées au niveau national ou international s'appliquent dans le cadre de codes de pratique institutionnels locaux.

Enfin, certains travaux d'ethnographie se sont également intéressés à des controverses ou des débats afin de mettre en lumière les tensions entre le discours et la pratique dans les relations au sein du système de santé. Taylor, par exemple, qui est l'un des premiers à avoir entrepris un travail d'ethnographie sur un système de santé, se sert d'une controverse concernant l'allocation des ressources sur un archipel écossais pour montrer comment «[...] différents groupes formulent et défendent leurs intérêts au sein et en dehors de la structure officielle du système de santé local» (Taylor, 1977:583).

Bien qu'il existe très peu de longs travaux d'ethnographie sur les pratiques biomédicales et les systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, des anthropologues ont étudié l'idéologie et les pratiques «biomédicales» ou «occidentales» dans le cadre de

débats sur le pluralisme médical, par exemple en Asie du sud (voir, par exemple, Leslie et Young, 1992). Des travaux d'ethnographie classiques ont également étudié les idées qui sous-tendent les « grandes » traditions médicales non allopathiques institutionnalisées (par exemple, la médecine ayurvédique et la médecine chinoise) ou le courant de la « guérison traditionnelle » par opposition à la médecine quotidienne du praticien (Khare, 1996). Les travaux d'ethnographie sur les systèmes médicaux coloniaux peuvent fournir des informations précieuses sur les bases historiques et structurelles des politiques médicales occidentales et de l'organisation des systèmes et des soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir, par exemple, Allen, 2002). En outre, il existe un nombre limité de travaux d'ethnographie sur l'application locale des politiques sanitaires nationales. Le travail d'ethnographie de Judith Justice (1986) sur la bureaucratie sanitaire au Népal fournit un excellent exemple. Cette étude porte sur le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques dans le cadre d'une initiative connue sous le nom de « Programme de santé communautaire ». L'ouvrage de Whiteford et Manderson (2000) fournit également un large éventail d'études de cas intéressantes qui montrent l'écart entre l'élaboration des politiques sanitaires mondiales et la mise en œuvre de ces politiques au niveau local, dans des contextes sociaux et politiques et des systèmes de santé particuliers.

S'ils lisent les travaux d'ethnographie classiques, les chercheurs qui s'intéressent aux politiques et aux systèmes de santé comprendront mieux le cadre théorique, le contexte social, politique et historique de la formulation des politiques et l'évaluation critique de l'application des politiques dans les systèmes de santé locaux. Parallèlement, il est possible d'appliquer une approche ethnographique dans le cadre d'études limitées dans le temps afin d'analyser plus profondément et de manière plus nuancée les liens entre le pouvoir, le savoir et la pratique dans les systèmes de santé – et d'analyser comment l'introduction de changements (sous la forme d'interventions et d'initiatives) peut « [...] selon les circonstances, produire des résultats différents

et souvent inattendus [qui permettent de] mettre en lumière les dynamiques du système et leurs résultats, qui n'étaient pas nécessairement visibles au départ. » (Huby et al. 2007:193). L'optique ethnographique est donc utile dans les travaux qui visent à étudier et à expliquer les expériences relatives aux politiques et aux systèmes de santé.

Rigueur de l'optique ethnographique

La rigueur de l'optique ethnographique telle qu'elle est appliquée dans la RPSS tient à trois caractéristiques méthodologiques essentielles. Premièrement, ces études reposent sur des méthodes ouvertes, approfondies et souples qui permettent de tenir compte des différentes dimensions d'un phénomène (positif ou négatif) en temps réel, en privilégiant le point de vue et l'expérience des personnes interrogées ou étudiées. Certains chercheurs comparent les méthodes pour améliorer la validité mais aussi pour étudier différentes perspectives dans les données. Deuxièmement, leur analyse, qui est interprétative, vise à situer le sens de certaines « pratiques » liées aux politiques et aux systèmes de santé dans un contexte social, politique et/ou historique. Troisièmement, pour relever le défi de la représentation, les auteurs de ces études adoptent une position réflexive vis-à-vis des domaines sur lesquels elles portent, c'est-à-dire qu'ils expliquent dans quelle mesure leur propre position en tant que chercheurs et participants-observateurs (dans certains cas) les aide à définir les domaines qui les intéressent, les questions qu'ils ont posées et l'angle interprétatif qu'ils adoptent.

Références

- Allen DR (2002). *Managing motherhood, managing risk: fertility and danger in West Central Tanzania*. Ann Arbor, University of Michigan Press.
- Evans C, Lambert H (2008). Implementing community interventions for HIV prevention: Insights from project ethnography. *Social Science & Medicine*, 66(2):467-478.

Fitzgerald R (2008). Rural Nurse Specialists: Clinical Practice and the Politics of Care. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 27(3):257-282.

Huby G et al. (2007). Addressing the complexity of health care: the practical potential of ethnography. *Journal of Health Services Research and Policy*, 12:193-194.

Justice J (1986). *Policies, plans, and people: culture and health development in Nepal*. Berkeley, University of California Press.

Khare RS (1996). Dava, Daktar, and Dua: anthropology of practiced medicine in India. *Social Science & Medicine* 43(5):837-848.

Leslie C, Young A (1992). *Paths to Asian medical knowledge*. Berkeley, University of California Press.

Nguyen V-K (2008). Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship. In: Ong A, Collier SJ, eds. *Global assemblages: technology, governmentality, ethics*. Oxford, Blackwell Publishing.

Savage J (2000). Ethnography and health care. *British Medical Journal*, 321(7273):1400-1402.

Smith DE (1987). *The everyday world as problematic: a feminist sociology*. Toronto, University of Toronto Press.

Taylor R (1977). The local health system: An ethnography of interest-groups and decision-making. *Social Science & Medicine*, 11(11-13):583-592.

Van der Geest S, Finkler K (2004). Hospital ethnography: an introduction. *Social Science & Medicine* 59(10): 1995-2001.

Whiteford LM, Manderson L (2000). *Global health policy, local realities: the fallacy of the level playing field*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner Publishers.

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Les articles sélectionnés donnent des exemples de travaux menés par des chercheurs en sciences sociales qui ont adopté des approches et des méthodes ethnographiques dans leurs recherches sur l'élaboration des politiques, les programmes de lutte contre les maladies, les pratiques quotidiennes des systèmes de santé et la dynamique des prestataires dans les pays à revenu faible.

- Aitken (1994) examine la mise en œuvre des activités de formation des prestataires au Népal et montre comment les valeurs de ces prestataires se retrouvent dans leur travail quotidien (valeurs en usage), déterminent leur participation à ces activités et freinent les progrès qu'ils sont censés accomplir.
- Behague et Storeng (2008) examinent les débats politiques mondiaux sur les approches verticales et horizontales de la prestation de soins de santé maternelle et de l'élaboration de politiques sur des bases factuelles, en tentant de mettre à jour les positions épidémiologiques sous-jacentes et la pertinence pour les politiques et la sensibilisation.
- George (2009) examine la gestion quotidienne des ressources humaines et les pratiques de responsabilisation dans l'État de Koppal, en Inde, et montre comment un réseau complexe de relations sociales et politiques liant différents acteurs des soins de santé primaires influe sur les compréhensions et les canaux de responsabilisation au niveau local.
- Lewin et Green (2009) étudient deux ensembles de rituels courants dans les dispensaires de soins primaires en Afrique du Sud – le traitement de la tuberculose sous surveillance directe et les prières matinales – auxquels participent à la fois le personnel infirmier et les patients. Ils montrent comment ces différents rituels servent à renforcer les traditionnelles relations de pouvoir entre les prestataires et les patients.

Références des articles sélectionnés

Aitken JM (1994). Voices from the inside: Managing district health services in Nepal. *International Journal of Health Planning and Management*, 9(4):309–340. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.4740090405>

Behague DT, Storeng KT (2008). Collapsing the vertical-horizontal divide: an ethnographic study of evidence-based policymaking in maternal health. *American Journal of Public Health* 98(4):644-649. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.123117>

George A (2009). By papers and pens, you can only do so much: views about accountability and human resource management from Indian government health administrators and workers. *International Journal of Health Planning and Management*. 24(3):205-224. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.986>

Lewin S, Green J (2009). Ritual and the organisation of care in primary care clinics in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, 68:1464-1471. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.013>

4. Progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact

Kara Hanson,

London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Si l'évaluation des programmes de santé suscite un corpus abondant de publications, tel n'est pas le cas des interventions de niveau systémique. Ces dernières années, toutefois, se sont caractérisées par la volonté croissante de comprendre l'«impact» des interventions en faveur du développement, y compris celles du système de santé, afin d'éclairer les pratiques et les investissements pertinents à l'aide de données probantes sur «ce qui fonctionne» et pourquoi (Evaluation Gap Working Group, 2006). De nouvelles instances ont été créées afin de promouvoir et de financer des évaluations d'impact comme l'Initiative internationale pour l'évaluation de l'impact (3IE) (<http://www.3ieimpact.org>); les donateurs bilatéraux et autres bailleurs de fonds ont, quant à eux, insisté à nouveau sur le renforcement de leur méthodologie d'évaluation et de leur capacité à utiliser ces éléments factuels pour prendre des décisions. Parallèlement, l'évaluation des programmes sociaux telle qu'elle se pratique dans les pays à revenu plus élevé (Harrison, 2001) a fait naître un intérêt pour la philosophie du réalisme critique (consulter par exemple FEMhealth: <http://www.abdn.ac.uk/femhealth>). De telles conceptions s'intéressent à ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances? Toutes les approches de l'évaluation d'impact visent, par conséquent, à expliquer les interventions des politiques et des systèmes de santé et leur changement d'orientation.

Rigueur de l'évaluation de l'impact

Les ouvrages généraux qui traitent de l'évaluation donnent des sens différents à la notion d' « impact », mais les textes contemporains utilisent ce terme pour désigner un mécanisme de causalité – le changement de résultat provoqué par un programme donné. En mettant l'accent sur les mécanismes de causalité, on s'intéresse nécessairement aux méthodes permettant de mesurer de manière impartiale le changement induit par le programme ou l'intervention. Le point de départ de cette évaluation consiste à étudier ce qui se serait produit sans intervenir – ce que l'on appelle le « scénario contrefactuel » – afin de pouvoir attribuer le changement constaté à l'intervention faisant l'objet de l'étude. Le développement méthodologique dans ce domaine s'est focalisé dans une large mesure sur les différentes façons d'établir ce scénario contrefactuel et sur la manière de minimiser au mieux les différentes formes d'erreurs de sélection.

Ces travaux reconnaissent aussi l'importance de la validité externe – la mesure dans laquelle on peut appliquer les conclusions à d'autres contextes. Cela suppose une bonne compréhension du mécanisme de causalité, un examen plus précis du cheminement causal et la vérification de la validité des hypothèses qui sont formulées sur l'axe qui va de l'intervention à l'impact, afin d'évaluer s'il est possible de vérifier ces hypothèses dans d'autres contextes. Cela suppose aussi que l'on attache une attention minutieuse au cadre d'application et à sa façon de catalyser les effets de l'intervention.

À l'heure actuelle, on utilise deux modèles d'étude principaux pour les évaluations d'impact :

- *le modèle d'étude expérimental* suppose l'affectation aléatoire du programme à un groupe d'intervention et à un groupe témoin; dans ce cas, des facteurs de confusion latents potentiels sont aussi répartis de manière aléatoire entre les deux groupes afin de minimiser les risques d'erreur;
- *le modèle d'étude quasi-expérimental*: il peut s'agir d'expériences menées dans des « conditions

naturelles » qui tirent parti d'une politique ou autre changement générant un groupe témoin approprié. Les modèles d'étude comparent ensuite les groupes ou les domaines caractérisés par l'intervention ou l'absence d'intervention; établissent une comparaison avant/après; adoptent la méthode des doubles différences (avant et après avec un groupe témoin); ou exploitent la mise en œuvre progressive qui offre une variation dans la durée d'exposition au programme. Une autre option consiste à recourir aux techniques d'appariement (sur les scores de propension, par exemple) dans une optique transversale afin de créer un groupe témoin qui est apparié avec le plus grand nombre possible de facteurs observables.

Les interventions du système de santé présentent des caractéristiques spécifiques qui influencent le choix de la méthode d'évaluation. Tout d'abord, elles suivent souvent un enchaînement de causalité complexe et sont particulièrement influencées par la singularité du contexte politique et de la mise en œuvre. Les orientations récentes sur l'évaluation (de l'impact) d'interventions de santé publique complexes peuvent aussi être appliquées aux interventions du système de santé et soulignent la nécessité :

- d'avoir une bonne compréhension théorique du mécanisme de changement;
- de tenir explicitement compte du risque d'échec en incorporant une évaluation du processus;
- de reconnaître les influences exercées par le niveau supérieur sur le comportement individuel et de concevoir des études qui prennent ces éléments en compte;
- d'adopter de multiples mesures du résultat, y compris des éventuelles conséquences involontaires d'une intervention;
- de reconnaître que la stricte fidélité à un protocole est peu vraisemblable et d'admettre une adaptation locale du modèle d'intervention (Craig et al., 2008).

Évoquant les interventions sous l'angle de la santé publique, Victora, Habicht & Bryce (2004) mettent en cause la primauté de l'essai contrôlé randomisé comme étant la meilleure source de données scientifiques pour arrêter une décision quand les enchaînements de causalité sont complexes. Ils montrent l'intérêt des «modèles de plausibilité» aux termes desquels les études qui ne sont pas randomisées essaient néanmoins d'établir des liens de cause à effet en faisant appel à des modèles d'observation comprenant un groupe témoin. Cette forme de raisonnement causal peut être corroborée par la preuve que la mise en œuvre a été judicieuse, montrant des progrès lors des étapes intermédiaires de l'enchaînement causal, analysant la séquence temporelle des événements et appliquant le raisonnement «dose-réponse» pour corrélérer puissance d'exécution du programme et modification des résultats. de Savigny & Adam (2009) constatent aussi qu'il y a lieu d'adapter les modèles d'étude classiques lors de l'évaluation des interventions du système de santé, insistant sur la nécessité de mesurer toute une gamme de résultats (ciblés ou non) et d'analyser en profondeur les facteurs contextuels qui pourront peut-être expliquer le succès ou l'échec d'une intervention.

Une autre particularité de l'évaluation des interventions tient au fait qu'il est souvent difficile de recourir à un «groupe témoin» pour établir le scénario contrefactuel car, par exemple, un changement politique se manifeste au niveau national (le problème du petit «n» (taille de l'échantillon)). L'évolution du système de réglementation ou de financement de la santé se produit souvent dans tout le pays au même moment, si bien qu'on ne peut utiliser aucune autre unité à titre comparatif.

Pour ces deux raisons – complexité et nécessité d'utiliser des approches alternatives pour le scénario contrefactuel, il semble judicieux de recommander qu'au nom de la rigueur toutes les évaluations d'interventions des systèmes de santé reposent sur une solide théorie programmatique (White, 2009).

En fait, les méthodes d'évaluation basées sur une théorie représentent la troisième forme de modèles d'étude de l'évaluation de l'impact. Ces méthodes se fondent sur une théorie programmatique explicite qui énonce les liens entre les intrants, les extrants et les impacts, et contrôle ces liens de causalité à l'aide d'un panachage de méthodes qualitatives et quantitatives. Une évaluation réaliste, toutefois, s'attache aux liens existant entre le contexte, les mécanismes du changement et les résultats, vu l'intérêt qu'elle porte à la façon dont l'intervention induit tel ou tel effet, dans quelles circonstances (Pawson & Tilley, 1997). Elle suppose qu'une théorie des facteurs dynamiques et statiques – les idées initiales des analystes sur ces liens – soit élaborée préalablement à l'évaluation, puis testée grâce à elle. Une évaluation réaliste tend à reposer sur des méthodes panachées, privilégiant les méthodes qualitatives par rapport à d'autres évaluations d'impact, et s'efforce de généraliser en s'appuyant sur une démarche plus analytique que statistique. Sa rigueur est alors sauvegardée grâce à l'adoption d'une méthodologie courante pour les études de cas (voir la section sur la méthodologie des études de cas).

Références

Craig et al. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. Medical Research Council, (<http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>, consulté le 6 septembre 2011).

de Savigny D, Adam T (2009). *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Evaluation Gap Working Group (2006). *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation*. Washington DC, Center for Global Development.

Harrison S (2001). Policy Analysis. In Fulop et al., eds. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. Londres, Routledge:90-106.

Pawson R, Tilley N (1997). *Realistic evaluation*. Londres, Sage Publications.

Victora C, Habicht JP, Bryce J (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 94(3):400-405.

White, H (2009). *Theory-based impact evaluation: principles and practice*. International Initiative for Impact Evaluation Working Paper No. 3 (http://www.3ieimpact.org/admin/pdfs_papers/51.pdf, consulté le 6 septembre 2011).

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Les articles figurant dans cette section ont été retenus, car ils abordent les interventions de niveau systémique et reflètent la diversité des méthodes d'évaluation de l'impact.

- Björkman et Svensson (2009) ont recours à un modèle d'étude randomisé pour évaluer l'impact de la fiche descriptive sur l'amélioration de la responsabilisation envers la communauté. Cet article a été sélectionné car il cible une intervention novatrice du système de santé et utilise un modèle expérimental pour mesurer l'impact.
- Macinko et al. (2007) examinent une intervention de grande envergure du système de santé (un programme national de soins de santé primaires à vocation communautaire mis en place au Brésil) suivant un modèle quasi expérimental qui tire parti de l'extension progressive de ce programme pour créer un groupe témoin interne destiné à mesurer l'impact.
- Marchal, Dedzo & Kegels (2010) appliquent des méthodes d'évaluation réalistes afin d'examiner l'impact d'une approche spécifique de la gestion des ressources humaines au sein d'un hôpital du Ghana. Cette étude examine le lien qui existe entre les pratiques institutionnelles et les performances, a de solides fondements théoriques et recourt exclusivement à des méthodes qualitatives pour

étudier en profondeur les liens de causalité entre les pratiques de gestion et les comportements au sein de l'établissement.

- Wang et al. (2009) examinent l'impact sur l'état de santé d'un régime d'assurance communautaire en vigueur en Chine, aux termes duquel une protection accrue contre les risques financiers s'accompagne d'innovations de service, à savoir achats plus sélectifs, modification du mécanisme de paiement du prestataire et changement du système de prescription. Tous deux adoptent une approche quasi-expérimentale (avant et après avec un groupe témoin) et appliquent l'appariement sur les scores de propension pour établir un groupe de comparaison.

Références des articles retenus

Björkman M, Svensson J (2009). Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2):735-769. <http://dx.doi.org/10.1162/qjec.2009.124.2.735>

Macinko J et al. (2007). Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health programme and infant mortality in Brazil. *Social Science & Medicine*, 65:2070-2080. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>

Marchal B, Dedzo M, Kegels G (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Services Research*, 10:24. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-24>

Wang H et al. (2009). The impact of rural mutual health care on health status: evaluation of a social experiment in rural China. *Health Economics* 18(S2):S65-S82 <http://dx.doi.org/10.1002/hecl.1465>

5. Enquête sur l'évolution des politiques et des systèmes au fil du temps

Lucy Gilson

Université du Cap, Afrique du Sud, et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Un énorme corpus de travaux de RPSS porte sur l'expérience réalisée à un moment M (voir la partie 4: Perspectives transversales), tandis que les études (descriptives et explicatives) qui explorent les transformations au fil du temps s'avèrent plus rares.

Or l'évolution des politiques et l'amélioration des systèmes de santé autour desquelles s'articulent bon nombre de questions de RPSS, sont des processus au long cours. Par conséquent, il est couramment admis que les influences contextuelles sur l'expérience des politiques et des systèmes de santé comportent des facteurs historiques. Les systèmes de santé n'arrêtent jamais de se développer ni d'évoluer et les expériences passées ont une incidence sur le développement actuel – peut-être en limitant ou en offrant des possibilités d'évolution future. En effet, la «dépendance temporelle» est une notion largement appliquée dans l'analyse institutionnelle, laquelle sous-entend que ce qui s'est produit dans le passé influence directement et limite les possibilités d'évolution institutionnelle dans le présent (North, 1998). La théorie de l'analyse politique reconnaît pour sa part que le changement politique est un processus dynamique qui se déroule sur des périodes extrêmement longues. Par exemple, la théorie des équilibres ponctués s'efforce d'expliquer comment et pourquoi les processus politiques se caractérisent par des mutations graduelles s'inscrivant dans la durée qui restent relativement stables mais qui, à l'occasion, entraînent des innovations d'envergure (Ture, Jones & Baumgartner, 2007).

Les perspectives longitudinales ont aussi leur importance pour appréhender la causalité complexe: qui est au cœur de l'évolution des politiques et des systèmes de santé. Au niveau systémique, par exemple, une publication récente (Balabanova, McKee et Mills, 2011) montre l'intérêt d'opter pour le long terme lorsqu'on examine le développement des systèmes de santé. Les expériences présentées (Thaïlande, Tamil Nadu et Inde) montrent clairement comment des décisions et des interventions différentes, arrêtées à des moments différents et assorties parfois de conséquences inattendues, s'accumulent au fil du temps pour façonner l'état actuel des systèmes de santé et leurs performances. Au niveau des ménages, toutefois, les travaux longitudinaux permettent d'évaluer l'impact à long terme sur les moyens d'existence, par exemple le recours aux soins et le coût des traitements qui lui est associé.

Or comment suivre et étudier les transformations qui se produisent au fil du temps? Parmi les approches possibles figurent le suivi prospectif des événements, ou phénomènes, à travers le temps et l'analyse rétrospective des événements et expériences passés.

La recherche historique, par exemple, «est peu encline à ... poser de grandes questions et à évoquer les métamorphoses» (Berridge, 2001:141), à savoir «Pourquoi et comment sont apparus nos systèmes de santé actuels? En quoi diffèrent-ils des précédents?» ou «Comment et pour quelles raisons différentes professions de santé ont-elles établi leurs domaines de compétence et comment les ont-elles délimités?» (Berridge, 2001:141 2). Sollicitant les données documentaires, quantitatives ainsi que les sources orales, les travaux historiques supposent l'analyse interprétative des expériences passées et cherchent à ouvrir le débat plutôt qu'à tirer des enseignements directs. En revanche, les études longitudinales fixes supposent que l'on mesure en maintes occasions les mêmes variables pour le(s) même(s) groupe(s) et peuvent encourager l'analyse prospective des tendances dans le temps (Robson, 2002).

Rigueur des études de la dynamique des changements politiques au fil du temps

Les critères d'évaluation de la rigueur et de la qualité des études portant sur la dynamique des changements politiques et systémiques au fil du temps varieront en fonction de la discipline ou de la stratégie de recherche adoptée et doivent convenir à une discipline ou à une stratégie donnée (voir également la partie 2 et les sections de la partie 4 traitant de la méthodologie des études de cas et des progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact).

Références

Balabanova D, McKee M and Mills A, eds. (2011) *'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system?* Londres, School of Hygiene and Tropical Medicine.

Berridge V (2001). Historical research. In: Fulop N et al., eds. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. Londres, Routledge:140-153.

North D (1998). Where have we been and where are we going? In: Ben-Ner A & Putterman L, eds. *Economics, values and organizations*. Cambridge, Cambridge University Press:491-508.

Robson C (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers*, 2nd ed. Oxford, Blackwell Publishing.

Russell S (2005). Illuminating cases: understanding the economic burden of illness through case study household research. *Health Policy and Planning*, 20(5):277-289.

True JL, Jones BD, Baumgartner FR (2007). Punctuated equilibrium theory: explaining stability and change in public policymaking. In: Sabatier P, éd. *Theories of the policy process*, 2nd ed., Cambridge MA, Westview Press:155-188.

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Les articles figurant dans cette section ont été choisis afin d'illustrer certaines des approches pouvant être retenues pour examiner l'évolution à long terme des expériences dont font l'objet les politiques et les systèmes de santé.

- Brown, Cueto & Fee (2006) abordent l'évolution du rôle de l'Organisation mondiale de la Santé au fil du temps. Partant d'une approche historique reposant sur un examen documentaire, ils avancent qu'avec le temps et pour répondre à des processus politiques et historiques plus vastes, l'Organisation mondiale de la Santé s'est efforcée de se repositionner comme coordonnateur des initiatives mondiales de santé plutôt que comme chef de file incontesté de la santé internationale.
- Crichton (2008) relate l'expérience d'une politique de santé kényane spécifique en utilisant le prisme théorique de l'analyse politique et ce qui est par essence une approche de reconstitution du processus.
- Masanja et al. (2008) utilisent les tendances statistiques fondées sur des données épidémiologiques pour accompagner l'examen de la performance du système de santé tanzanien en recherchant pourquoi sa mise en place a eu des répercussions positives sur la survie des enfants et de quelle manière.
- Van Ginnekan, Lewin & Berridge (2010) ont recours à l'approche historique pour examiner l'évolution dans le temps du programme sud-africain destiné aux agents de santé communautaires, en puisant dans les données recueillies lors de séminaires faisant appel aux témoignages et à l'histoire orale.

Voir également:

Russell & Gilson (2006), dans la section méthodologie des études de cas qui rend compte des études prospectives portant sur des ménages sri lankais chez lesquels l'évolution des moyens de subsistance a été suivie et analysée pour montrer l'ampleur de l'impact des coûts liés au recours aux soins.

Wang et al. (2009), dans la section relative aux progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact, laquelle relate avant et après, avec un groupe témoin, l'évaluation de l'impact sur l'état de santé d'un régime d'assurance communautaire en Chine.

Références des articles retenus

Brown TM, Cueto M, Fee E (2006). The World Health Organization and the transition from 'international' to 'global' public health. *American Journal of Public Health*. Janvier; 96(1):62-72. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>

Crichton J (2008). Changing fortunes: analysis of fluctuating policy space for family planning in Kenya. *Health Policy and Planning*, 23(5):339-350. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czn020>

Masanja H et al. (2008). Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *The Lancet*. 371:1276-83. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60562-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60562-0)

Van Ginneken N, Lewin S, Berridge S. (2010). The emergence of community health worker programmes in the late apartheid era in South Africa: an historical analysis. *Social Science & Medicine*, 71:1110-1118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.009>

6. Analyse transnationale

Lucy Gilson,

Université du Cap, Afrique du Sud, et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Les innovations concernant les politiques et les systèmes de santé se produisent souvent à l'échelle d'un pays – changement de cap ou mise en œuvre à l'échelle nationale d'une nouvelle intervention du système de santé. Par conséquent, c'est à l'échelle du pays qu'il convient d'analyser ces expériences pour comprendre l'impact de changements ou d'interventions spécifiques et leur enchaînement (c'est-à-dire la façon dont cet impact est obtenu). Or la transférabilité d'un pays à l'autre des politiques de santé et des enseignements tirés est couramment contestée, car les longs et complexes enchaînements de causalité qui sous-tendent leurs effets permettent aux éléments contextuels d'influencer leurs effets de bien des façons (Mills, 2012). Par suite, plusieurs analystes préconisent des études qui recensent des liens plausibles et non des liens de causalité entre les interventions des politiques et des systèmes de santé et leurs impacts, et recommandent l'examen direct des facteurs conceptuels au regard desquels des interventions spécifiques produisent leurs impacts (Janovsky & Cassels, 1995; McPake & Mills, 2000; Victora, Habicht & Bryce, 2004).

L'analyse transnationale peut, par conséquent, contribuer non seulement à appréhender les forces qui animent les interventions des politiques et des systèmes de santé, mais aussi à influencer leurs répercussions. Cette analyse comparative devrait permettre de définir les caractéristiques contextuelles cruciales et d'examiner leur influence sur les interventions ainsi que leur impact ultérieur. Des progrès récents dans le domaine de

l'évaluation de l'impact et, en particulier les notions relatives à l'évaluation basée sur la théorie, proposent une méthodologie très intéressante à cet égard (voir la partie 4: «Progrès réalisés dans l'évaluation de l'impact»). En même temps, les études transnationales peuvent être considérées de facto comme des études de cas de niveau national, l'analyse comparative permettant alors de dégager des conclusions générales sur certaines interventions et leur influence sur leurs effets grâce à la généralisation analytique (voir partie 1: section 7, et partie 4: «La méthodologie des études de cas»). Or, vu l'étendue, la complexité et le coût d'une étude transnationale de RPSS, quelle qu'elle soit, leur nombre reste relativement modeste. Les critères d'évaluation de la qualité et de la rigueur de l'étude doivent être clairement adaptés à la méthodologie de recherche retenue (méthode fixe, flexible ou panachée: voir partie 2: étape 3).

L'évaluation des différentes dimensions de la performance du système de santé sur la base de données normalisées et les systèmes de classification est un rôle différent qui incombe à l'analyse transnationale. Stimulés par la publication du Rapport sur la santé dans le monde, 2000 consacré à la performance des systèmes de santé, les travaux qui se fondent sur les comptes nationaux de la santé illustrent bien cette démarche. L'analyse transnationale de la santé et des systèmes de santé fait aussi maintenant l'objet d'un débat d'une plus grande ampleur bien que la mise au point de bases de données adaptées et d'outils analytiques rigoureux reste encore balbutiante.

Références

Mills A (2012). Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. *Health Policy and Planning* 27(1):1-7.

Janovsky K, Cassels A (1995). Health policy and systems research: issues, methods, priorities. In: Janovsky K, ed. *Health policy and system development: an agenda for research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé: 11-24.

McPake B, Mills A (2000). Enseignements à tirer des comparaisons internationales entre systèmes de santé et réformes de ces systèmes. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 78(6): 811-820.

Victora CG, Habicht JP, Bryce J (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized control trials. *American Journal of Public Health*, 94(3):400-405.

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Les articles retenus dans cette section illustrent le type de questions et d'approches pouvant être analysées dans le cadre de la recherche transnationale sur les politiques et les systèmes de santé.

- Bryce et al. (2005) rendent compte d'une intervention féconde sur l'évaluation qui reposait sur une conception de plausibilité pour évaluer l'impact et étudiait la mise en œuvre d'une intervention du système de santé et de sa politique (le programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) dans des contextes nationaux différents. L'idée consistait à comprendre les facteurs contextuels qui avaient le plus d'influence sur les impacts de l'intervention. Les pays ont été choisis car ils avaient mis en œuvre la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.
- Gilson et al. (2001) relatent une étude qui, s'inspirant de la théorie de l'analyse politique, a adopté une approche analytique de l'étude de cas comparative pour se familiariser avec la façon d'appuyer la mise en œuvre d'une politique de financement (l'Initiative de Bamako) dans n'importe quel contexte. Les pays ont été retenus car ils avaient mis en œuvre une politique découlant de l'Initiative de Bamako en Afrique.
- Lee et al. (1998) font état d'une étude portant sur huit pays qui, à l'aide de la théorie de l'analyse politique, a adopté une approche analytique de l'étude de cas comparative pour tirer des conclusions générales sur la manière de renforcer la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Les pays ont été sélectionnés à partir des

données disponibles et dans le but de permettre la comparaison et le contraste des expériences entre de solides programmes nationaux de planification familiale et des programmes fragiles dans quatre contextes socio économiques nationaux différents.

- O'Donnell et al. (2007) relatent une étude utilisant des données quantitatives comparables tirées d'enquêtes effectuées auprès des ménages pour procéder à l'analyse statistique de l'incidence des dépenses de santé publique dans 11 pays et provinces d'Asie. Les auteurs ont conclu que les soins de santé favorables aux pauvres nécessitent qu'on limite ou qu'on évite leur participation aux frais, et qu'on mette en place un vaste réseau d'établissements de santé.

Références des articles retenus

Bryce J et al. (2005). Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy and Planning*, 20 (supplement 1):i5-i17. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czi055>

Gilson et al. (2001). Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries. *Health Policy*, 58:37-67. [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00153-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00153-1)

Lee K et al. (1998). Family planning policies and programmes in eight low income countries: A comparative policy analysis. *Social Science & Medicine*, 47(7):949-959. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00168-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00168-3)

O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123. <http://dx.doi.org/10.1093/wber/lhl009>

7. Recherche-action

Lucy Gilson,

Université du Cap, Afrique du Sud, et London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

La recherche-action est une forme de recherche émancipatrice, caractérisée par une longue tradition au service du développement communautaire et institutionnel, adoptant par exemple une approche de pensée systémique (Luckett & Grossenbacher, 2003). On l'adopte de plus en plus dans la réflexion sur l'amélioration de la qualité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir, par exemple, les travaux soutenus par l'Institute for Health Improvement <http://www.ihl.org/IHI/Programs/StrategicInitiatives/DevelopingCountries.htm>) et dans les travaux portant sur les politiques et les systèmes de santé réalisés avec les communautés – comme l'initiative sur les questions de gouvernance appuyée par le réseau régional sur l'équité en santé en Afrique australe et orientale (Loewenson et al., 2010). Or il y a encore relativement peu de publications sur la recherche-action.

La recherche-action est une conception générale de la recherche. «[Elle] vise essentiellement à produire des connaissances sur un système social, tout en s'efforçant parallèlement de le transformer» (Meyer, 2001:173). Parfois, les chercheurs sont des personnes dont les pratiques et les actions font l'objet de l'enquête; parfois, des chercheurs extérieurs peuvent inviter les participants à examiner leurs pratiques et leurs expériences et faire aussi office d'animateurs pour appuyer la mise en place de nouvelles pratiques ou interventions. Ce type de recherche est déjà souple en soi et réactif aux besoins évolutifs des participants, car les conclusions font l'objet d'une rétroinformation constante, suscitant une réflexion voire une action. Les études de recherche-action comprennent toujours des méthodes multiples, mais sont principalement qualitatives par essence et souvent rédigées sous la forme d'études de cas.

Rigueur de la recherche-action

Vu les caractéristiques de la recherche-action et le rôle actif des chercheurs dans ce processus, les trois principes fondamentaux permettant d'assurer cette rigueur, et en particulier d'aborder la possibilité de l'erreur du chercheur (Meyer, 2001), sont les suivants :

- la triangulation entre les sources de données, associée à une riche contextualisation des expériences
- la réflexion du chercheur
- la validation par les participants, c'est-à-dire le renvoi des conclusions aux participants aux fins d'examen et de réflexion.

Références

Loewenson R et al. (2010). TARSC/ EQUINET, CEGSS, SATHI-CEHAT, Experiences of participatory action research in building people centred health systems and approaches to universal coverage: Rapport des sciences du Colloque mondial pour la recherche sur les systèmes de santé, Montreux, Suisse, TARSC, Harare (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/GSHSR%20PRA%20report%20Dec%202010.pdf> , consulté le 16 septembre 2011).

Luckett S, Grossenbacher K (2003). A critical systems intervention to improve the implementation of a District Health System in Kwa Zulu-Natal. *Systems Research and Behavioural Science*, 20: 147-162.

Meyer J (2001). Action research. In: Fulop N et al., eds. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. Londres, Routledge: 172-187.

Vue d'ensemble des articles sélectionnés

Deux articles ont été retenus pour cette section car ils éclairent ensemble la conception de la recherche-action, qui repose sur la même étude.

Khresheh & Barclay (2008) relatent les conclusions de leur étude de recherche-action appuyant la mise en œuvre d'un nouveau système d'enregistrement des naissances dans trois hôpitaux jordaniens. Ils font ultérieurement part de leurs réflexions sur l'expérience qu'ils ont faite en menant cette étude (Khresheh & Barclay, 2007).

Références des articles retenus

Khresheh R, Barclay L (2007). Practice-research engagement (PRE): Jordanian experience in three Ministry of Health hospitals. *Action Research*, 5:123. <http://dx.doi.org/10.1177/1476750307077313>

Khresheh R, Barclay L (2008). Implementation of a new birth record in three hospitals in Jordan: a study of health system improvement. *Health Policy and Planning*, 23:76-82. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm039>

Partie 5

Réflexions relatives
à la recherche sur les
politiques et les systèmes de
santé

Cette dernière section du manuel vise à susciter une réflexion plus large sur les principaux problèmes méthodologiques et autres découlant de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (RPSS). Certains des articles présentés ici concernent essentiellement les questions de stratégie de recherche, abordant notamment les points faibles des pratiques actuelles de RPSS dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. D'autres articles font part des réflexions des chercheurs sur leur expérience.

Outre cette sélection d'articles, nous encourageons les lecteurs à mettre à profit la série d'articles publiés dans la revue « *Health Policy and Planning* » sous la rubrique « Comment faire » ..., car ils peuvent éclairer et inspirer l'utilisation de certaines méthodes de RPSS.

Références

de Savigny D et al. (2009). Systems thinking: Applying a systems perspective to design and evaluate health systems interventions. In: de Savigny D, Adam T, eds. *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé: 49-71. <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html>

- *Raison de ce choix*: stimuler la réflexion au sujet d'une nouvelle approche de l'évaluation des interventions prévoyant des systèmes

English M et al. (2008). Health systems research in a low-income country: easier said than done. *Archives of Diseases in Childhood*, 93:540-544. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2007.126466>

- *Raison de ce choix*: susciter une réflexion critique sur les difficultés pratiques et méthodologiques liées à la réalisation d'interventions et d'évaluations dans les centres de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire

Erasmus E, Gilson L (2008). How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy and Planning*, 23(5):361-8. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czn021>

- *Raison de ce choix*: présentation pratique de l'enquête sur la solidité de la mise en œuvre

Hanson K et al. (2008). Vouchers for scaling up insecticide-treated nets in Tanzania: methods for monitoring and evaluation of a national health system intervention. *BMC Public Health* 8:205. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-205>

- *Raison de ce choix*: guide pratique d'une étude portant sur la conception, le suivi et l'évaluation, en insistant fortement sur la rétroinformation à l'appui de la mise en œuvre

Hyder A et al. (2010). Stakeholder analysis for health research: case studies from low-and middle-income countries. *Public Health* 124:159-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2009.12.006>

- *Raison de ce choix*: donne un aperçu de l'analyse des parties prenantes, assortie de conclusions sur la façon d'utiliser la recherche pour influencer les politiques

Molyneux CS et al. (2009). Conducting health-related social science research in low income settings: ethical dilemmas faced in Kenya and South Africa. *Journal of International Development*, 21(2):309-326. <http://dx.doi.org/10.1002/jid.1548>

- *Raison de ce choix*: provoquer une réflexion critique sur les aspects éthiques de la RPSS conduite au niveau des ménages

Ridde V (2008). Equity and health policy in Africa: using concept mapping in Moore (Burkina Faso). *BMC Health Services Research*, 8:90. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-90>

- *Raison de ce choix*: présente une méthode importante pour explorer la compréhension des phénomènes par les acteurs et leur perception

Sakyi EK (2008). A retrospective content analysis of studies of factors constraining the implementation of health sector reform in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 23:259-285. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.947>

- *Raison de ce choix*: fournit l'exemple d'un solide examen documentaire

Schneider H, Palmer N (2002). Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy and Planning*, 17(1):32-41. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/17.1.32>

- *Raison de ce choix*: susciter une réflexion critique sur la façon d'évaluer les perspectives des patients et des usagers

van der Geest S, Sarkodie S (1998). The fake patient: a research experiment in a Ghanaian hospital. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1373-1381. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00179-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00179-8)

- *Raison de ce choix*: document de réflexion sur les approches de recherche eu égard aux aspects éthiques

Walt G et al. (2008). 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23:308-317. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czn024>

- *Raison de ce choix*: susciter une réflexion critique sur la façon de conduire des travaux analytiques sur les politiques de santé

Recherche sur les politiques et les systèmes de santé

Manuel de méthodologie

Version abrégée

Que propose le manuel ?

On reproche souvent à la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (RPSS) de manquer de rigueur, de ne pas offrir de bases assez solides pour pouvoir généraliser ses résultats et, par conséquent, de présenter un intérêt limité pour les décideurs. Le présent manuel entend remédier à ces carences en incitant à améliorer la qualité de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.

Le manuel et sa version abrégée sont principalement destinés aux chercheurs et aux utilisateurs de la recherche, aux enseignants et aux étudiants, en particulier à ceux qui travaillent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il donne des indications sur les caractéristiques de la RPSS et les étapes essentielles dont les études dans ce domaine doivent se composer. Il représente la palette de stratégies et de méthodes de recherche qu'englobe la RPSS, et la version complète du manuel donne des exemples d'articles de bonne qualité et innovants. Selon Anne Mills, professeur en économie et politique de la santé et Vice Directeur de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, « la recherche sur les politiques et les systèmes de santé est un domaine de la recherche en santé dont l'importance est cruciale et l'évolution rapide, mais dont la nature, la portée et les méthodes n'ont, jusqu'à présent, pas été présentées avec cohérence. Ce manuel comble cette lacune et sera une précieuse source d'informations pour toute personne menant des travaux de recherche sur les politiques et les systèmes de santé ou souhaitant en savoir davantage sur le sujet. »

Le manuel a été établi à la demande de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé et viendra compléter les autres contributions de l'Alliance à l'amélioration de la méthodologie et à la formation postuniversitaire.



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

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

Tél.: +41 22 791 29 73
Fax: +41 22 791 41 69

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

ISBN 978 92 4 250374 6

