

Version française v1

BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE



COMPRENDRE LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE

Margaret Gyapong, Alison Krentel, Phylis Dako-Gyeke et Olumide Ogundahunsi

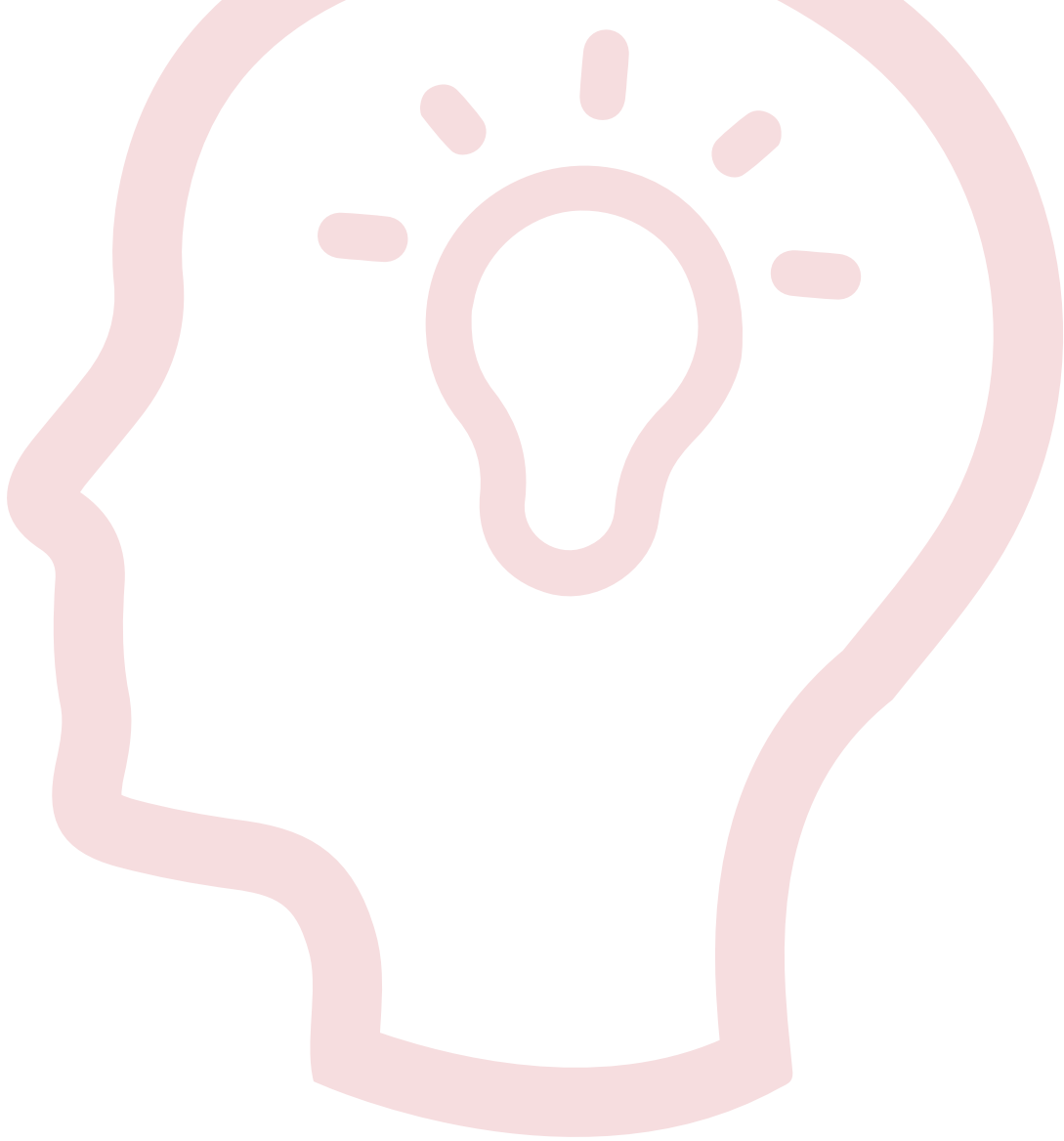
| | |
|--------------------------------------|----|
| Nécessité de la RMO | 2 |
| Résultats de la RMO | 6 |
| Caractéristiques de la RMO | 9 |
| Comment fonctionne la RMO ? | 12 |
| Engagement communautaire dans la RMO | 29 |
| Enjeux éthiques dans la RMO | 33 |
| Références | 37 |
| Lectures supplémentaires | 40 |

BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE : COMPRENDRE LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Cette section est conçue pour vous aider à comprendre les processus impliqués dans la recherche de mise en œuvre (RMO). Avant de commencer, vous devriez avoir déjà suivi le cours en ligne ouvert à tous (MOOC) de TDR sur la recherche de mise en œuvre¹ et revu la section « Introduction » de cette boîte à outils.

Ce module comprend six sections :

- 1. Nécessité de la RMO :** Souligne l'importance centrale d'un problème de terrain dans l'élaboration des questions de recherche, la composition de l'équipe de recherche et l'éventail des parties prenantes (en anglais : « stakeholders ») à engager.
- 2. Mise en œuvre :** Décrit les trois niveaux possibles auxquels les résultats de la mise en œuvre peuvent être mesurés, et souligne le point sous-jacent selon lequel, au final, la RMO optimise une intervention pour en obtenir de meilleurs résultats.



- 3. Caractéristiques de la RMO :** Décrit les caractéristiques déterminantes de la RMO.
- 4. Comment fonctionne la RMO ? :** Définit huit activités clés dans le processus de RMO, examine le rôle des facteurs contextuels et décrit plus en détail le rôle essentiel des parties prenantes.
- 5. Engagement communautaire :** Se concentre sur la communauté en tant que partie prenante clé dans le processus de RMO.
- 6. Enjeux éthiques dans la RMO :** Utilise des études de cas pour illustrer de potentielles questions éthiques entourant la RMO.



Nécessité de la RMO

L'importance de la recherche pour identifier des solutions et des possibilités pour surmonter les obstacles et les problèmes de mise en œuvre dans les systèmes et programmes de santé est désormais largement reconnue². Ces problèmes sont typiquement identifiés au cours de la mise en œuvre d'un programme de santé et peuvent dépendre de facteurs liés aux contextes de la communauté locale, nationale, régionale ou du système de santé, par exemple. Identifier, comprendre et caractériser le problème sont les fondements de la méthodologie de recherche et de la conception expérimentale de la RMO.

La RMO est une approche systématique pour comprendre et éliminer les obstacles à une exécution efficace et de qualité des interventions, stratégies et politiques de santé. Les obstacles à la mise en œuvre sont identifiés au mieux par les agents de santé et les responsables de programme, qui ont une connaissance directe de ces problèmes et des contextes où ils sont rencontrés. Le module « développer une proposition de RMO » de cette boîte à outils décrit plus en détail le processus d'identification du problème et de formulation des questions de recherche correspondantes.

MODULE -
DÉVELOPPER UNE
PROPOSITION DE
RMO

VOIR

LA RMO est basée sur la demande et les questions de recherche sont formulées sur la base des problèmes identifiés grâce à la collaboration des responsables de la mise en œuvre et des parties prenantes concernées au sein du système de santé.



Les problèmes sont mieux identifiés par les agents de santé et les responsables de programme

Introduction
d'une
innovation
(technologie,
politique,
programme)



Obstacles de mise en œuvre et goulots
d'étranglement sont variables et
peuvent se produire à tout moment

Accessibilité et
mise en place



On a à disposition de nombreux outils efficaces de contrôle des maladies (par exemple moustiquaires et combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour le paludisme, praziquantel pour la schistosomiase, ivermectine pour la filariose lymphatique et l'onchocercose, solution de réhydratation orale pour traiter la diarrhée, vaccins contre le virus du papillome humain, poliomyélite, grippe, hépatite B) ou des stratégies (prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; tester, suivre et traiter le paludisme). Malgré des essais cliniques de phase I-III qui ont démontré le potentiel d'efficacité de tels outils et stratégies au niveau de la communauté, l'impact sur les résultats sanitaires est souvent inférieur aux attentes après un déploiement à grande d'échelle ou à la mise en œuvre générale au niveau du système. Pour qu'une intervention « testée » soit efficace, elle doit être accessible au groupe cible, les prestataires de soins et de services doivent se conformer aux politiques nationales et locales pertinentes, et les patients doivent adhérer à l'intervention. Cependant, plusieurs problèmes peuvent affecter ces exigences, y compris des problèmes liés aux inégalités.

A la fin, le non-respect ou la mauvaise observance peuvent rendre inefficace une intervention testée. On a montré qu'après l'intégration dans le système de santé et / ou les communautés, les interventions perdent de leur impact en raison de divers facteurs (voir par exemple le module « Introduction » pour les tests de diagnostic rapide du paludisme).

La RMO se concentre sur l'identification des problèmes et des goulots d'étranglement liés au déploiement des interventions sanitaires, ainsi que sur le développement et le test de stratégies efficaces pour les surmonter, et sur la meilleure façon d'introduire des innovations dans le système de santé ou de promouvoir leur utilisation à grande échelle et dans la durée³.

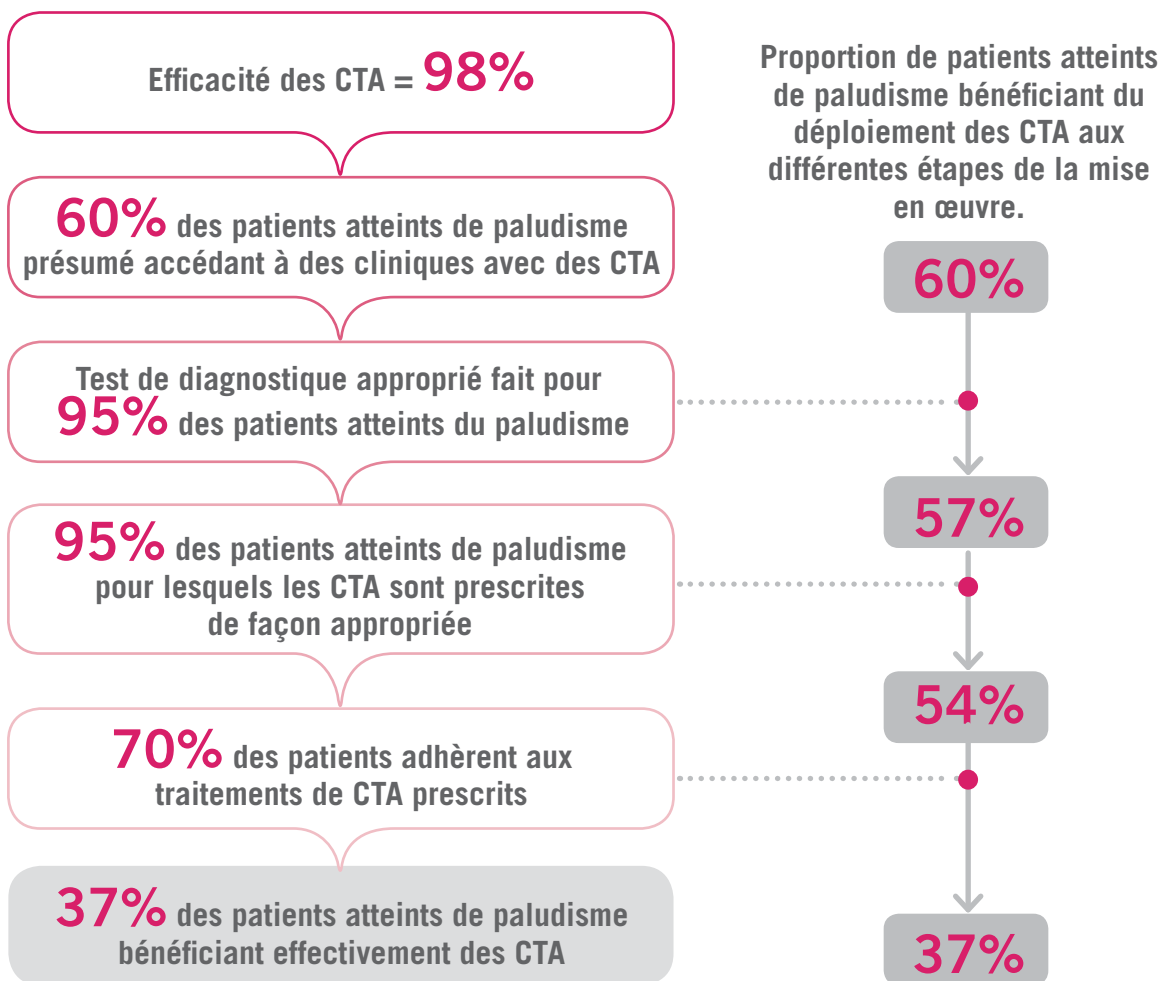
Qu'implique la recherche de mise en œuvre ?

- Identifier les problèmes de mise en œuvre qui entravent l'accès aux interventions et prestations de services, et à l'usage d'interventions efficaces, basées sur des preuves, et leurs principaux déterminants.
- Développer et tester des solutions pratiques pour résoudre des problèmes spécifiques à des systèmes ou environnements de santé particuliers, ou qui traitent un problème commun à une région.
- Déterminer comment les interventions, outils et services, basés sur des preuves, doivent être modifiées ou adaptées pour obtenir des effets durables sur la santé dans des situations réelles de terrain.
- Déterminer la meilleure façon d'introduire des solutions pratiques dans les systèmes de santé et faciliter leur mise en œuvre à grande échelle, leur évaluation et leur modification.



La nécessité de remédier aux goulots d'étranglement de la mise en œuvre est souvent la plus grande dans les milieux où les systèmes de santé sont les plus faibles voire inexistants, comme l'illustrent des études sur l'efficacité du système de santé visant à comprendre les raisons de la perte d'impact d'interventions testées. La perte d'impact était associée au comportement individuel et systémique, y compris l'accès à l'intervention, le ciblage diagnostique, la conformité du prestataire et l'adhésion du patient (Figure 1).

Figure 1. Diminution séquentielle de l'efficacité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) lorsque mises en œuvre au niveau local





Études sur l'efficacité du système de santé

La Figure 1 résume les résultats d'études menées en Tanzanie pour déterminer pourquoi les traitements antipaludéens très efficaces au niveau des tests ont une faible efficacité sur le terrain lorsqu'ils sont mis en œuvre au niveau communautaire.

Les essais cliniques montrent que les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) ont une efficacité très élevée pour le traitement du paludisme simple : environ 98% des patients traités dans le cadre d'essais d'efficacité soigneusement contrôlés ont été guéris du paludisme. Une enquête communautaire a révélé que 60% des cas suspects de paludisme étaient soignés dans une clinique qui avait des CTA. Des études réalisées dans les cliniques ont montré que 95% des personnes qui se présentaient dans les cliniques avaient reçu un test de diagnostic approprié et que 95% des personnes chez qui le paludisme avait été diagnostiqué, avaient reçu le bon traitement. Des études complémentaires ont montré que seulement 70% des patients ayant reçu une prescription correcte de CTA avaient observé le traitement tel que recommandé.

Considéré dans leur ensemble, ces séries d'études ont montré que moins de 40% des personnes atteintes de paludisme simple dans la communauté étaient traitées efficacement, malgré la disponibilité de CTA, une intervention avec une efficacité de 98%. De telles études non seulement documentent et mesurent les défaillances dans le système de santé, mais peuvent également être utilisées pour étudier les raisons de ces problèmes et les actions possibles qui peuvent être prises pour y remédier.

ACTIVITÉ DE RÉFLEXION



En relation avec votre propre projet de RMO, répondez aux questions suivantes :

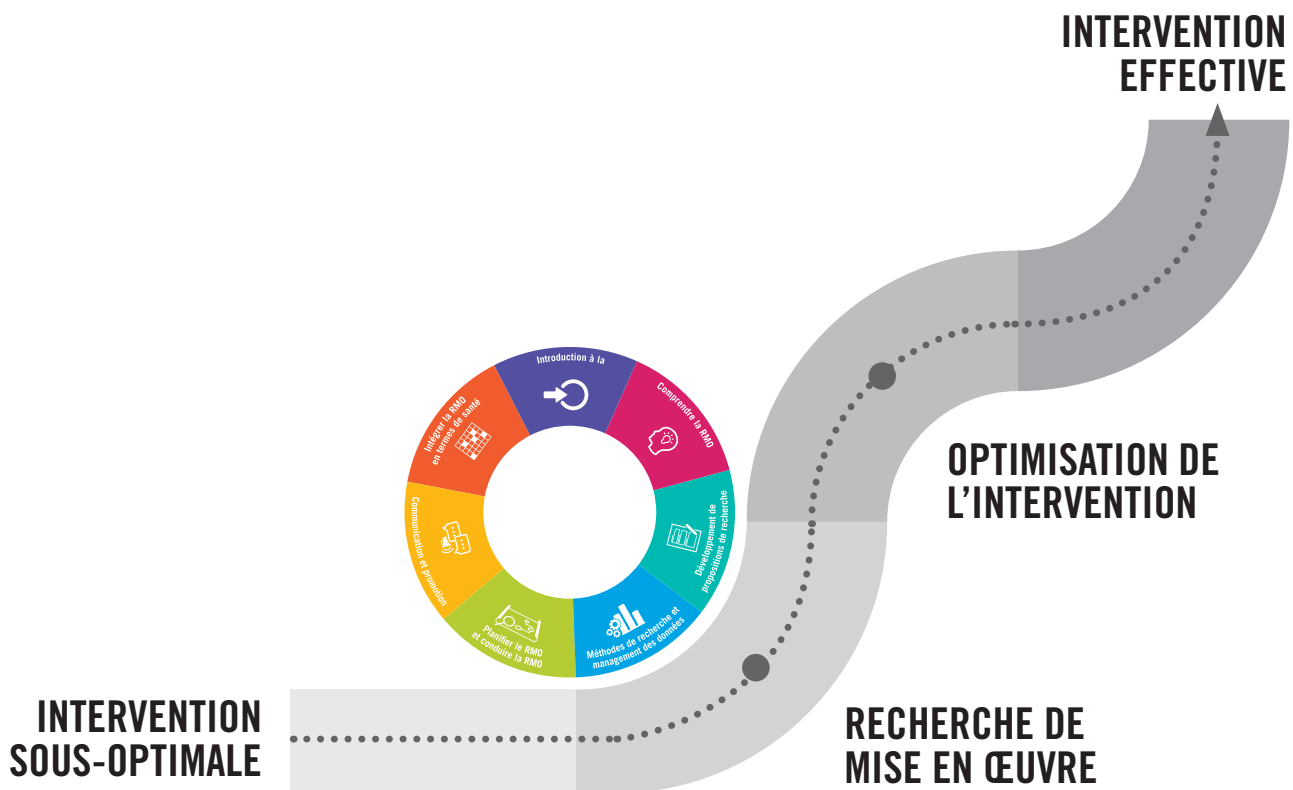
- **Quel est le problème de terrain ou le goulot d'étranglement de l'intervention à résoudre ?**
- **Comment le problème a-t-il été identifié ? Fait-il suite à une demande ?**



Résultats de la RMO



Au final, la recherche vise à optimiser une intervention
pour obtenir de meilleurs résultats de santé.



La RMO utilise la recherche scientifique pour guider le processus de résolution de problèmes, en vue de fournir des preuves pour les décisions politiques et programmatiques. De cette façon, la RMO se prête au changement par apprentissage continu et, si nécessaire, à l'adaptation. De tels changements peuvent être mieux réalisés lorsque les exécutants ou le personnel du programme peuvent :

- identifier et décrire clairement un problème de mise en œuvre ;
- être engagés dans le processus de formulation des questions de recherche pour résoudre le problème ;
- travailler en étroite collaboration avec des chercheurs et des universitaires spécialisés pour mener des RMO associées.



La RMO doit avoir des résultats mesurables et clairs⁴. Ceux-ci peuvent être conceptualisés à trois niveaux⁵ :

1. **Résultats au niveau du client** : niveau individuel ; mesurés à partir de la satisfaction du client par rapport à l'accès aux services, à l'amélioration des prestations du personnel de santé ou à l'amélioration des symptômes ressentis.
2. **Résultats au niveau du service** : mesurés à l'aide des dimensions de qualité suivantes : efficacité, sécurité, efficience, équité, centrage sur le patient et rapidité⁶.
3. **Résultats au niveau de la mise en œuvre** : mesurés à l'aide d'indicateurs d'acceptabilité, d'adoption, d'adéquation, de coûts, de faisabilité, de fidélité à la mise en œuvre, de pénétration et de viabilité (voir le Tableau 1).

Tableau 1 : Définition des résultats de la mise en œuvre

| Résultats | Définition |
|------------------------------|--|
| Acceptabilité | La perception parmi les intervenants de la mise en œuvre qu'un traitement, un service, une pratique ou une innovation donnés sont acceptables, supportables ou satisfaisants. |
| Adoption | L'intention, la décision initiale ou l'action d'essayer ou d'utiliser une innovation ou une pratique basée sur des preuves. L'adoption peut également être appelée « adhésion ». |
| Adéquation | L'adéquation, la pertinence ou la compatibilité perçue de l'innovation ou de la pratique basée sur des preuves pour un contexte de pratique, un prestataire ou un client donné ; et / ou l'adéquation perçue de l'innovation pour aborder une question ou un problème particulier. « Adéquation » est conceptuellement similaire à « acceptabilité ». |
| Coût | L'impact financier d'un effort de mise en œuvre. Les coûts de mise en œuvre varient en fonction de la complexité de trois composantes : l'intervention, la stratégie de mise en œuvre et le(s) contexte(s). |
| Faisabilité | La mesure selon laquelle un nouveau traitement ou une innovation, peut être utilisé ou réalisé avec succès dans une structure ou un cadre donné. |
| Fidélité à la mise en œuvre | La mesure selon laquelle une intervention a été mise en œuvre telle qu'elle était prescrite dans le protocole d'origine ou telle qu'elle était prévue par les concepteurs du programme. |
| Pénétration | L'intégration d'une pratique au sein d'un service et de ses sous-systèmes. La pénétration peut être calculée en terme de nombre de prestataires qui délivrent un service ou un traitement donné, divisé par le nombre total de prestataires formés ou censés fournir le service. |
| Viabilité / approche durable | La mesure selon laquelle une intervention nouvellement mise en œuvre est maintenue ou institutionnalisée dans le cadre des opérations permanentes et stables d'un service. Il y a trois étapes qui déterminent l'institutionnalisation : 1) transition unique (un seul événement tel que la transition du financement temporaire au financement permanent) ; 2) cycle ou routine (c'est-à-dire le renforcement répétitif de l'importance de l'intervention basée sur des preuves par l'inclusion dans les procédures et comportements organisationnels ou communautaires, tels que le budget annuel et les critères d'évaluation) ; et 3) saturation des sous-systèmes (mesure selon laquelle une intervention basée sur des preuves est intégrée dans tous les sous-systèmes d'une organisation). |

Adapted from Proctor et al (2011)

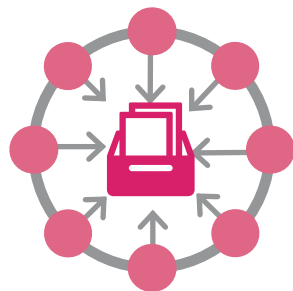


Dans le contexte de la RMO, une « intervention » est généralement définie comme toute technologie de santé (médicament, vaccin ou tests diagnostiques), toutes pratiques et / ou stratégies de traitement et / ou de prévention, ou tous efforts exécutés au niveau individuel, communautaire ou institutionnel. Les interventions comprennent des changements de politique, des stratégies, des déploiements à grande échelle d'innovations en santé qui ont démontré leur efficacité en laboratoire, dans des essais cliniques ou dans des études pilote à petites échelle⁷. Le manque d'observance et de sensibilisation ou dans des problèmes contextuels liés à la culture, la politique et la géographie peuvent constituer des obstacles à l'exécution effective de ces interventions. Il est essentiel d'identifier les indicateurs de résultats qui présentent un intérêt particulier pour un projet de RMO (voir le Tableau 2).

Tableau 2. Etapes d'une intervention et exemples des principaux indicateurs de résultats

| Etape d'intervention | Exemples des principaux indicateurs de résultats |
|---|--|
| Nouvelle intervention (introduction & déploiement à grande échelle) | Acceptabilité, adoption, adéquation, faisabilité et viabilité |
| Intervention bien établie | Mise en œuvre telle que conçue à l'origine (fidélité à la mise en œuvre), coût et couverture |

Pour la RMO, il est important de décrire avec suffisamment de détails le processus d'introduction d'une intervention (dans le contexte d'un environnement spécifique), et l'intervention elle-même.



Décrire le processus d'introduction de l'intervention dans le contexte et l'intervention elle-même.

ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

En relation avec votre projet de RMO, répondez aux questions suivantes :

1. Quelle est l'intervention sur laquelle porte votre projet de RMO ?
2. Décrivez l'intervention telle qu'elle est actuellement mise en œuvre. Comment la RMO proposée améliorera-t-elle l'intervention ?
3. Énumérez les principaux indicateurs de résultat pour ce projet de RMO.



Caractéristiques de la RMO

Un processus de RMO peut aider à optimiser les interventions disponibles pour résoudre des problèmes de santé⁸. Ainsi, alors que les moustiquaires et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sont des exemples clés d'interventions disponibles, abordables et vitales pour la prévention et le traitement du paludisme, l'accès à ces interventions et leur bon usage restent sous-optimaux (voir Figure 1)⁹.

La RMO se caractérise par des processus complexes, itératifs, systématiques, multidisciplinaires et contextuels qui prennent place à plusieurs niveaux afin d'identifier et de résoudre les problèmes de mise en œuvre (Tableau 3).

Tableau 3 : Principales caractéristiques de la RMO

| Caractéristique | Définition |
|----------------------------------|---|
| Systématique | L'étude systématique de comment les interventions de santé publique basées sur des preuves sont intégrées et appliquées dans des contextes particuliers, et de comment les résultats en matière de santé varient d'une collectivité à l'autre. Équilibre entre l'applicabilité aux situations réelles et la rigueur, adhérant strictement aux normes de la recherche scientifique. |
| Multidisciplinaire | Analyse multidisciplinaire des facteurs biologiques, sociaux, économiques, politiques, systémiques et environnementaux ayant une incidence sur la mise en œuvre d'interventions sanitaires spécifiques. Nécessite des collaborations interdisciplinaires entre chercheurs des sciences du comportement et des sciences sociales, cliniciens, épidémiologistes, statisticiens, ingénieurs, analystes d'affaires, décideurs politiques, leaders communautaires et principales parties prenantes. |
| Contextuelle | Axé sur la demande. La formulation des questions de recherche est basée sur les besoins identifiés par les exécutants et autres parties prenantes du système de santé. La recherche est pertinente pour les spécificités et les besoins locaux, et vise à améliorer la prestation des soins de santé dans un contexte donné. Génère des connaissances et des renseignements généralisables pouvant être appliqués dans différents contextes. Attentif aux influences culturelles et communautaires. |
| Complexe | Dynamique et adaptatif Multi-échelle : prend place à plusieurs niveaux des systèmes de santé et des communautés. Analyse les programmes et les politiques à composantes multiples. Processus non linéaire, itératif, évolutif. |
| Situations en conditions réelles | Prend place dans des conditions de terrain. Il n'y a pas de tentative d'influencer le contexte dans lequel l'intervention se déroule. Implique les populations concernées, y compris les exécutants réels (par exemple les praticiens de la santé, les décideurs) et les bénéficiaires (communautés, population cible). |



Un paradoxe simple que la RMO reconnaît est que plus la mise en œuvre est contrôlée de façon rigide pour assurer la fidélité à la mise en œuvre d'une intervention testée, plus il est probable que des facteurs locaux réduiront son efficacité. Ainsi, plus une intervention est adaptée aux conditions locales, plus elle sera efficace.



Comme une intervention est adaptée ou modulée dans un contexte spécifique, il devient plus difficile d'argumenter que les résultats peuvent être généralisés à d'autres localités ou populations. Il est important d'appliquer la rigueur scientifique à un projet de RMO. L'implication est que les processus menant à des résultats doivent être bien documentés pour être compris. Comme tout autre type de recherche scientifique, la RMO doit se conformer aux bonnes pratiques de recherche, notamment :

- L'accès aux méthodes de collecte et d'analyse des données et la présentation doivent être claire pour permettre la réplique.
- Les concepts et les propositions doivent être logiques, cohérents, clairement définis et, en général, conduire à des hypothèses empiriquement vérifiables.
- Les méthodes et les concepts doivent être intentionnellement soumis à l'inspection critique et à l'évaluation par des experts en la matière.

La RMO n'est pas :

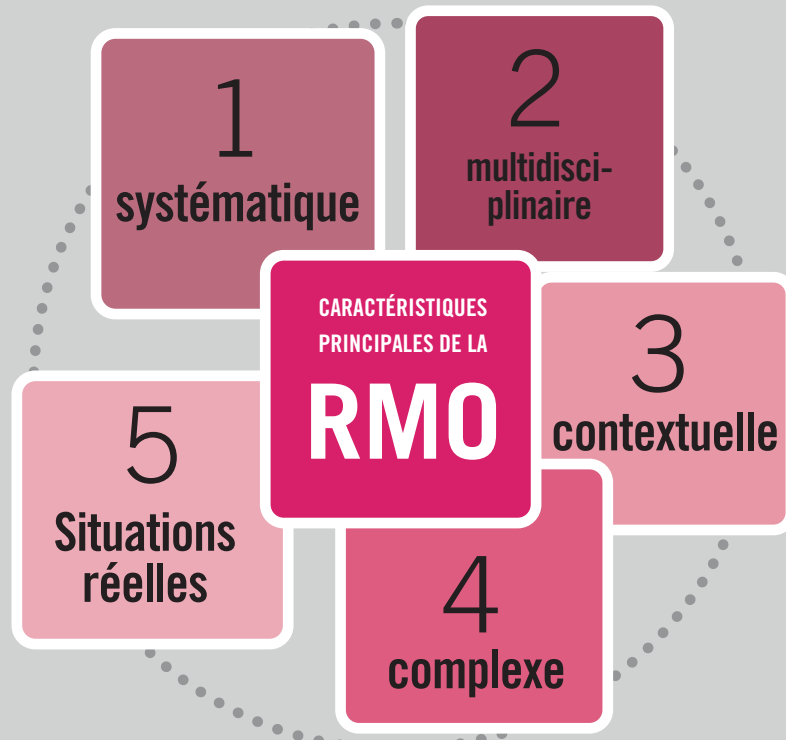
- de la recherche biomédicale de base (par exemple, découverte d'un nouveau mécanisme génétique ou recherche en étiologie).
- des essais d'efficacité de l'intervention, initiaux ou répétés, dans un contexte contrôlé descendant (top down).
- des rapports d'avancement de programme de routine.
- une simple mise en œuvre des interventions de santé.





ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Analysez votre projet de RMO proposé en utilisant les caractéristiques principales de la RMO (voir Tableau 3). L'approche proposée correspond-elle aux caractéristiques énumérées ?





Comment fonctionne la RMO ?



La recherche de mise en œuvre n'est pas une activité unique ou linéaire, mais un processus continu.

Chaque aspect du processus de RMO est essentiel à la réussite du projet, et la mesure dans laquelle les différentes étapes sont interconnectées dans la pratique augmente la diffusion et l'adoption des résultats de RMO (voir figure 2). Pour cette raison, la composition de l'équipe de RMO doit être multidisciplinaire, réunissant des personnes possédant des compétences, expériences et antécédents variés et pertinents.

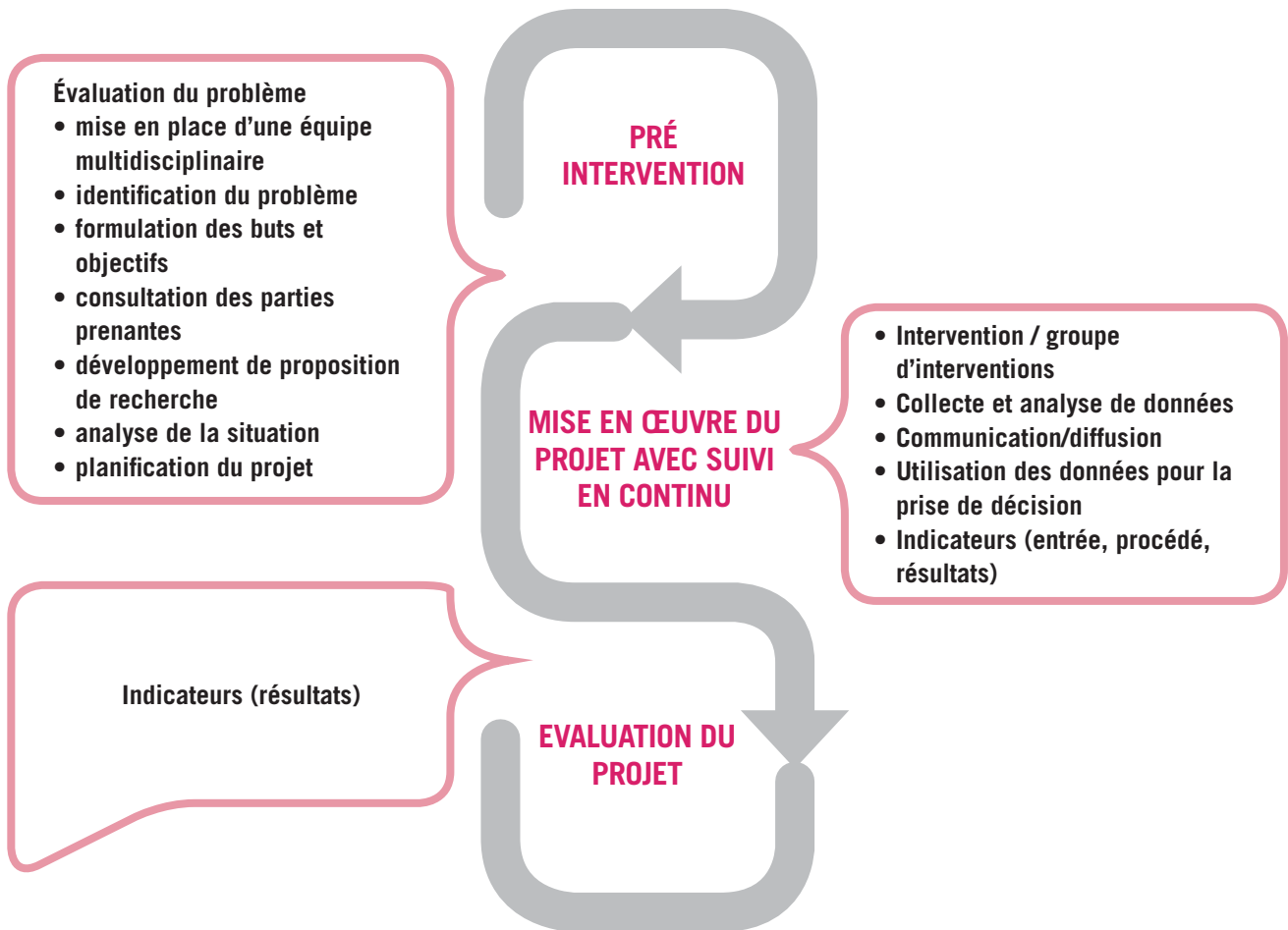
Les étapes essentielles du processus de RMO

- Identifier les obstacles / problèmes empêchant l'optimisation d'une intervention définie.
- Former l'équipe de recherche. Celle-ci doit refléter l'éventail des compétences nécessaires pour résoudre le problème de mise en œuvre.
- Identifier les autres parties prenantes essentielles. Impliquer les parties prenantes concernées (par exemple, la communauté) pour comprendre le contexte dans lequel l'intervention prend place.
- Discuter du (des) problème(s) de mise en œuvre et générer des questions de recherche pertinentes qui fournissent des informations importantes et identifient des solutions réalisables.
- Identifier un plan d'étude approprié pour répondre à la question de recherche.
- Élaborer une proposition détaillée et un plan de recherche, mobiliser des ressources et mener l'étude visant à aborder la (les) question(s) en utilisant de bonnes pratiques de gestion.
- Suivre et documenter en permanence les processus tout au long de la recherche et donner une rétro-information (feedback) aux principaux intervenants afin de maximiser la valeur de la recherche.
- À la fin du projet de recherche, l'équipe a l'obligation de documenter et de diffuser les connaissances générées par les médias appropriés, y compris la publication dans la littérature scientifique indexée.

Les parties prenantes peuvent jouer un rôle important dans la diffusion des résultats de la RMO à travers leurs propres réseaux, en soutenant les changements recommandés dans la mise en œuvre de l'intervention et en encourageant l'adoption au sein de leurs réseaux.



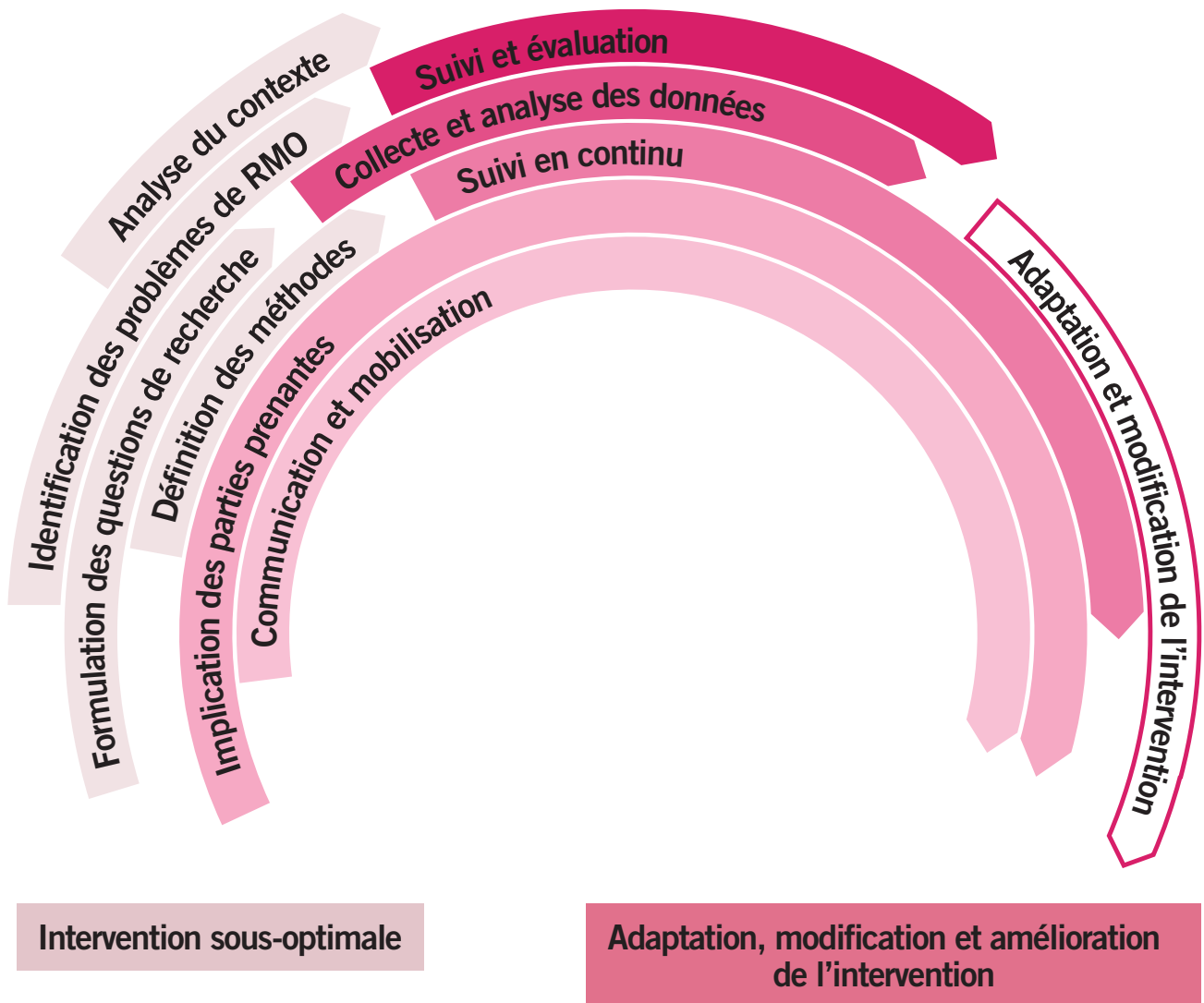
Figure 2 : Les étapes essentielles du processus RMO



Un projet RMO comporte de nombreuses étapes qui ne se chevauchent pas nécessairement d'une manière linéaire. La feuille de route de la Figure 3 illustre le calendrier et les étapes du processus de RMO. Rappelons que chaque contexte est différent et a ses propres complexités, donc cette feuille de route doit être adaptée à chaque situation. Le calendrier d'un projet de RMO dépendra du problème de l'intervention et des méthodes de recherche choisies. Cet exemple de feuille de route indique certaines des principales activités qui se chevauchent dans le cadre d'un projet de RMO.



Figure 3 : Feuille de route d'un projet de RMO



La RMO utilise des connaissances contextuelles pour étudier les processus afin d'améliorer les pratiques, elle applique les résultats et les méthodes de recherche aux contextes et environnements de terrain.





Contrairement à d'autres types de recherche - où l'environnement est contrôlé pour créer une situation optimale pour la réussite du projet – la RMO est menée dans des conditions réelles et doit nécessairement aborder les problèmes identifiés lors de l'exécution d'une intervention dans son contexte. L'équipe de recherche n'influence aucunement le contexte et permet aux choses de continuer « comme d'habitude ». Les conditions réelles dans lesquelles une intervention a lieu sont influencées par des facteurs tels que les changements politiques, la situation du personnel de santé (par exemple changements ou transferts de personnel), le contexte physique (par exemple catastrophes naturelles et terrain géographique), les traditions (culturelles, religieuses, institutionnelles), les caractéristiques des parties prenantes et les problèmes de santé publique (par exemple épidémies et foyers d'infections). Ces facteurs, qui peuvent être globalement classés comme environnements physiques, socio-économiques et culturels, et cultures des systèmes de santé, parties prenantes et institutions, sont des aspects essentiels du contexte de recherche dans la RMO et nécessitent une analyse critique pour s'assurer que les questions de recherche soient bien contextualisées. Ensemble, ils contribuent et affectent la planification, la mise en œuvre, le suivi et les résultats de toute intervention.

Contexte politique et mise en œuvre réussie et durable d'une politique

La Thaïlande est l'un des pays ayant atteint plusieurs objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : réduction de la pauvreté et de la faim, éducation primaire universelle, égalité des sexes, lutte contre le VIH / sida, accès à l'eau potable et à l'assainissement, ce qui a amélioré la vie des populations des bidonvilles et augmenté le partenariat mondial¹⁰.

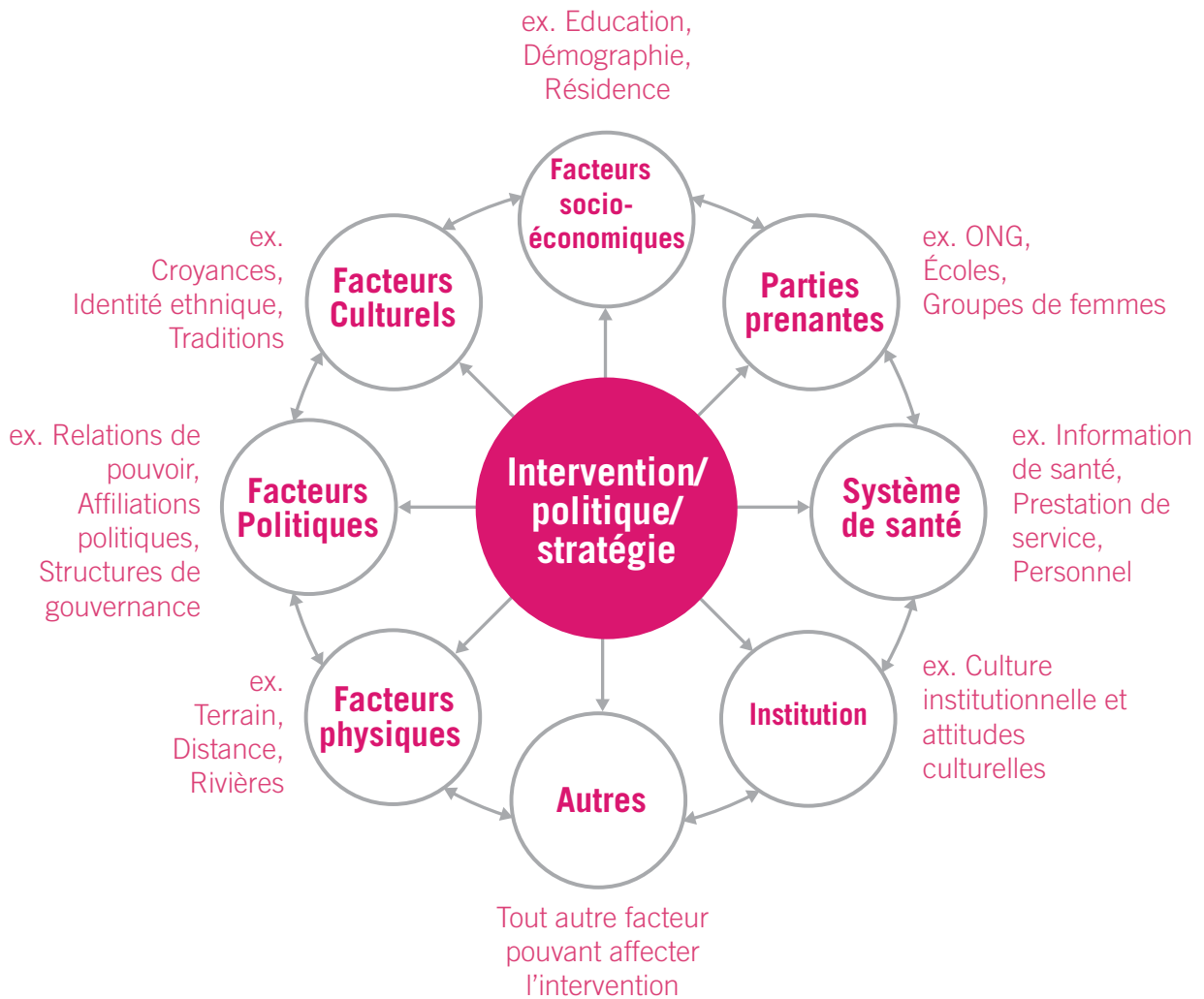
La Thaïlande a atteint les OMD liés à la santé et introduit le concept de « OMD plus ». Un examen du système de santé thaïlandais a mis en évidence les facteurs essentiels qui ont contribué à ce succès. Bien qu'il y ait eu de multiples changements politiques pendant cette période, les fonctionnaires des départements ministériels concernés étaient stables et ont donc pu se concentrer sur la réalisation à long terme du plan de renforcement du système de santé. Les responsables de la santé au niveau des provinces et des districts avaient l'autorité et la souplesse nécessaires pour mettre en œuvre les politiques et les réglementations définies au niveau national. Cela leur a permis de répondre au contexte et aux besoins locaux, en particulier en ce qui concerne les ressources financières et humaines. Les directeurs financiers ont pu conserver les revenus générés par les frais d'utilisation pour acheter des médicaments au meilleur prix possible.

Les ressources humaines ont été gérées pour améliorer l'intégration des programmes et éviter la duplication verticale dans les structures. Par exemple, les services du programme de prévention du VIH ont été intégrés aux services de soins prénatals dispensés par les infirmières dans les cliniques, ceci après formation et programme pilote¹¹.

Au cours d'un projet de RMO, les facteurs contextuels essentiels doivent être analysés objectivement (Figure 4). Ces facteurs varient considérablement d'un endroit à l'autre et peuvent être influencés par des événements internationaux, régionaux, nationaux et locaux. Cliquez sur chacune des rubriques ci-dessous pour explorer chacun de ces facteurs individuellement.



Figure 4. Facteurs contextuels de la RMO¹²





Contexte socio-économique et culturel

Le contexte culturel joue un rôle important dans le processus de prise de décision par rapport au suivi d'un traitement et dans les comportements visant à recourir aux soins de santé.



Divers aspects du contexte socio-économique et culturel peuvent avoir une incidence sur l'exécution d'une intervention, de sorte qu'une intervention efficace dans un endroit peut être inefficace ailleurs en raison de contraintes liées à la culture ou aux circonstances. Ces facteurs changent également avec le temps à mesure que les sociétés se transforment.

Les croyances traditionnelles influencent les décisions et les comportements en matière de traitement

Cela est particulièrement vrai dans les sociétés en transition où la médecine traditionnelle et la médecine moderne sont employées et où le choix entre elles est déterminé par des systèmes de croyances eux-mêmes en évolution. D'autres facteurs incluent la distance géographique et les coûts associés. Dans certaines cultures, le système traditionnel de croyances en matière de santé place la responsabilité et la culpabilité sur les femmes et impose un système de contrôle social sur la population féminine adulte. L'évolution des convictions en matière de santé est moins le résultat de l'introduction d'une nouvelle philosophie de la santé que du recul des croyances traditionnelles sous l'effet d'autres facteurs sociétaux incarnés dans l'ancienne philosophie de la santé¹³.

Facteurs physiques et démographiques

La géographie peut avoir un effet profond sur l'exécution d'une intervention, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux services de santé et aux interventions sanitaires. Pour situer le problème dans son contexte, il faut prendre en compte, le cas échéant, la localisation de la population cible (rurale / urbaine), la distance avec les centres de santé ou la capitale, les barrières physiques (montagnes, rivières), les phénomènes météorologiques extrêmes, les infrastructures (systèmes de transport, électricité et approvisionnement en eau), et les données démographiques (taille de la population, répartition par lieu, sexe et âge).

Statut socio-économique

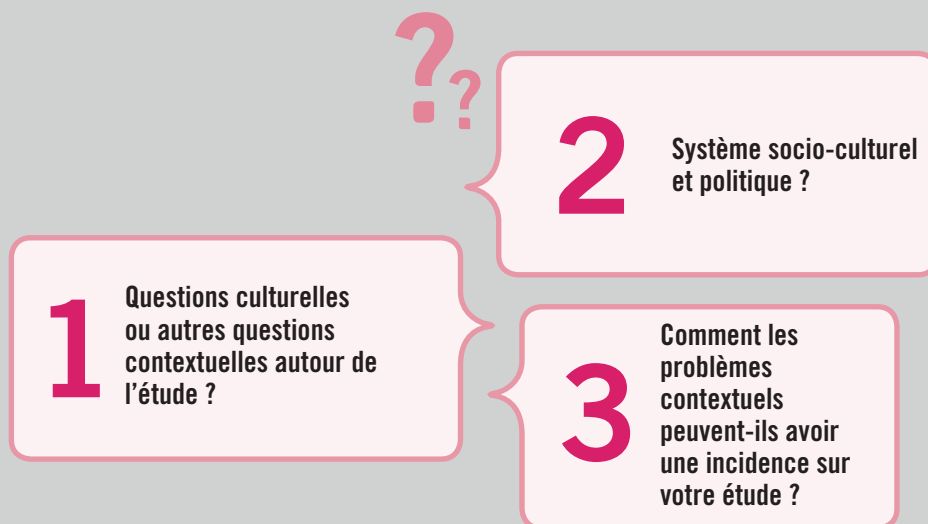
Il est essentiel d'analyser le niveau de vie général et le niveau d'inégalité ainsi que l'identification des groupes vulnérables et le statut socio-économique basé sur les niveaux de revenu, les biens, le niveau d'éducation et la profession. En outre, les facteurs associés aux types d'habitations (par exemple, huttes partagées, appartements ou domaines privés), à la localisation, à la consommation alimentaire, à la nutrition, à l'accès à l'eau potable, à l'assainissement, etc., doivent également être pris en compte et analysés.



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

En relation avec votre projet de RMO, répondez aux questions suivantes concernant le contexte :

- Quels sont les systèmes socioculturels et politiques dans votre zone de projet ?
- Quels sont les problèmes contextuels affectant actuellement (positivement et négativement) l'intervention étudiée ?
- Comment ces problèmes contextuels peuvent-ils influencer certains aspects de votre étude ?



Facteurs culturels et politiques

Il est important de mener l'analyse des facteurs culturels liés à la santé, l'égalité des sexes, les taux d'alphabétisation, l'ethnicité / la ségrégation tribale en considérant les points suivants :

1. analyse de l'environnement politique et des facteurs politiques, y compris le niveau de soutien aux services sociaux et aux services de soins de santé ;
2. analyse de la capacité du gouvernement à fournir des services ;
3. toute autre intervention de santé en cours ou récemment introduite.

Parties prenantes

Impliquer les parties prenantes dans un projet de RMO nécessite des consultations et des discussions en face à face, du niveau national au niveau communautaire – il ne s'agit pas seulement d'informer les parties prenantes et de demander leur accord pour l'étude, mais bien de les impliquer activement dans les discussions, les décisions et les négociations¹⁴



Une partie prenante est un acteur, individuel ou collectif (groupe ou organisation), concerné par une décision ou un projet, et dont la participation est essentielle pour le succès d'une activité. En pratique, la RMO implique de multiples parties prenantes qui doivent être identifiées dans les phases de développement du projet.



Impliquer les parties prenantes tout au long des projets de RMO

L'une des caractéristiques distinctives de la RMO est l'importance d'impliquer les responsables de la mise en œuvre dans tous les aspects du processus de recherche. Des chercheurs ont travaillé avec les responsables de la mise en œuvre d'un programme d'assurance en Inde, le Rajiv Aarogyasri Scheme (RAS), dans l'état d'Andhra Pradesh. L'un des objectifs de la collaboration était d'identifier les questions de recherche qui pourraient servir de guide pour une évaluation du RAS. Des réunions ont été tenues sur une période d'un an pour identifier les questions de recherche appropriées. Les résultats de cette collaboration ont été comparés à ceux publiés dans la littérature sur les évaluations des programmes d'assurance dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire. Les résultats ont montré une grande disparité dans les types de questions qui ont été générées par la collaboration et celles qui ont été publiées dans la littérature scientifique. Alors que dans la littérature publiée, 60% des questions de recherche portaient sur les extrants (output) / résultats du programme et les 40% restants sur les processus et les intrants, 81% des questions générées dans le processus de recherche participative ont porté sur les intrants (input) / processus du programme, et seulement 19% sur les extrants et les résultats.

L'étude a donc conclu que l'approche de RMO impliquant les responsables de mise en œuvre peut conduire à porter l'attention sur d'autres questions de recherche, qui sont beaucoup plus pertinentes pour les besoins de recherche des décideurs, et peut contribuer ainsi à une meilleure traduction des résultats de recherche¹⁵.

La réalisation d'une analyse des parties prenantes est l'une des activités les plus importantes entreprises par les chercheurs en termes de compréhension du contexte de l'intervention, et doit être effectuée de manière systématique et exhaustive^{16 17 18}. L'objectif de l'analyse des parties prenantes est d'identifier toutes les parties prenantes concernées, d'évaluer comment elles sont susceptibles d'être affectées par la recherche, et comment elles peuvent répondre aux résultats de la recherche. L'identification des parties prenantes nécessite un jugement avisé, elle ne doit pas être non-inclusive (limitant la portée des perspectives) ou trop inclusive (diluant l'objectif essentiel).



Étapes dans un processus d'analyse des parties prenantes

1. Définir le but de l'analyse.
2. Générer une liste de parties prenantes potentielles (une liste initiale peut être construite en réfléchissant à des questions pertinentes puis on peut compléter la liste en utilisant une technique dite de « boule de neige », au cours de laquelle les parties prenantes identifiées désignent des parties prenantes supplémentaires).
3. Recueillir les données nécessaires (par exemple en utilisant des guides d'entretien et des questionnaires semi-structurés).
4. Analyser et présenter les données dans des matrices (avec le type de partie prenante en fonction des niveaux d'intérêt et d'influence, et les rôles qu'elles joueront ou jouent dans la mise en œuvre de l'intervention proposée).

En fonction du problème à l'étude, les parties prenantes peuvent inclure (mais ne sont en aucun cas limités à) :

- 1. Décideurs et responsables politiques.** Des représentants qui veilleront à ce que les agents de santé et les utilisateurs ultimes de l'étude soient correctement informés de tout changement de politique.
- 2. Les prestataires de soins de santé au niveau des structures sanitaires et de la communauté.** Comprenant professionnels de santé dans des structures sanitaires publiques ou privées, guérisseurs traditionnels, vendeurs de médicaments, directeurs de pharmacies, etc., qui fournissent des soins de santé d'une manière particulière depuis longtemps. Parce que changer n'est jamais facile, il est essentiel de les impliquer dans la conception et la mise en œuvre de toute stratégie qui améliorera la mise en œuvre du programme.
- 3. Spécialistes des médias.** La consultation de ce groupe de parties prenantes est essentielle car avec leur capacité à communiquer, elles peuvent aider à partager largement les résultats d'un projet de RMO.
- 4. Membres de la communauté.** C'est au niveau de la communauté / du village que toutes les interventions de santé sont mises en œuvre. Dans cette optique, les membres de la communauté peuvent aider à assurer un soutien maximal au projet. Les consultations au niveau communautaire doivent transcender toutes les classes sociales, politiques et religieuses. Une interaction constante est cruciale pour assurer le succès et la crédibilité de l'activité ou intervention proposée.

L'engagement des parties prenantes nécessite souvent une approche et un ensemble de compétences similaires à ceux nécessaires à la création d'une équipe de RMO efficace, et les deux activités peuvent être utilement considérées comme formant un continuum (voir section « Construire une équipe de RMO »).

L'encadré souligne comment l'analyse des parties prenantes a été utilisée dans un cas pour évaluer les perceptions, aspirations et attentes d'un éventail de parties prenantes afin d'évaluer l'environnement politique avant l'introduction d'une série d'innovations dans les services de santé.



Étude de cas 1 Importance d'impliquer les parties prenantes dans un projet de RMO

Contexte : Les caractéristiques distinctives de la RMO sont l'importance accordée à la fois au contexte dans lequel un programme prend place, ainsi qu'aux populations touchées par le projet. La RMO vise à impliquer les exécutants et les populations affectées par une intervention dans tous les aspects de la recherche, depuis la conception de la recherche, le processus de recherche et jusqu'aux utilisateurs des résultats de la recherche. L'accent mis sur la participation à la recherche des populations et des groupes « locaux » pour permettre une approche « ascendante » (en anglais : *bottom-up*) garantit que les priorités locales soient reconnues et que les participants puissent s'exprimer. Par la suite, cela rend la recherche et les actions qui en découlent plus pertinentes et acceptables localement. L'intégration des perspectives des exécutants du programme rend le processus de recherche sensible à la complexité de l'environnement dont les exécutants du programme font l'expérience et qu'ils tentent de changer.

L'approche RMO a été utilisée pour déterminer dans quelle mesure la nature des questions émergentes était différente par rapport à celles trouvées dans la littérature sur l'évaluation des programmes d'assurance maladie dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFM). Le contexte était celui d'un des plus anciens régimes d'assurance financés par le gouvernement en Inde, le Rajiv Aarogyasri Scheme (RAS) dans l'État d'Andhra Pradesh. Le RAS fonctionne depuis 2007 et couvre le coût des soins des patients hospitalisés pour ceux vivant en dessous du seuil de pauvreté. Le programme compte environ 70 millions de bénéficiaires. L'approche du RMO comprenait une série de réunions au cours de l'année 2012, impliquant diverses parties prenantes. Le personnel de l'Aarogyasri Health Care Trust, de la Fondation de santé publique de l'Inde et de l'Institut indien de santé publique d'Hyderabad s'est réuni pour identifier des questions de recherche qui pourraient servir de guide pour l'évaluation du RAS. Les questions de recherche qui en ont découlé ont été comparées à celles identifiées par une revue de la littérature.

Résultats : Environ 60% des questions de recherche dans les études publiées portaient sur les extrants et les résultats du programme, tandis que 40% étaient liés aux intrants et processus du programme. Cela contrastait avec les questions générées par la RMO, où 81% des questions étaient liées aux intrants et processus alors que seulement 19% se concentraient sur les extrants et les résultats. De plus, la majorité des études publiées dans des publications visant à évaluer les programmes d'assurance-maladie étaient axées sur les chercheurs. Les études publiées avaient également plus tendance à évaluer les programmes d'assurance en les comparant à un ensemble de résultats de référence plutôt qu'en considérant les aspects de processus et des intrants du programme.

Conclusions : Les questions de recherche identifiées grâce à l'approche collaborative ont établi et offert une vision plus complète de la performance du programme et ont été plus étroitement alignées sur les besoins des exécutants. En outre, la participation des exécutants / parties prenantes a donné des renseignements sur les activités du programme. Si les exécutants ne sont pas impliqués, il devient difficile pour des chercheurs externes d'incorporer les connaissances tacites des exécutants (qui sont souvent plus pertinentes pour les besoins des décideurs). dans la formulation des questions de recherche et les étapes suivantes.

Enseignements : L'ensemble des questions de recherche résultant de la RMO avait une portée beaucoup plus large et mettait davantage l'accent sur les processus et les intrants. Le processus collaboratif a également permis aux chercheurs d'apprécier la nature hétérogène des exécutants, une caractéristique fondamentale de la RMO.

Source : Rao, K.D. et al. An implementation research approach to evaluating health insurance programs : insights from India. International Journal of Health Policy and Management. 2016 ; 5.5: 295.



Évaluation institutionnelle

Une analyse institutionnelle (une étude systématique du comportement des organisations) est une autre dimension importante à considérer dans la planification d'un projet de RMO. Ceci peut être réalisé à travers une analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces (ou « SWOT », en anglais *strengths, weaknesses, opportunities and threats*) associées aux institutions qui pourraient potentiellement interagir avec l'équipe de RMO au cours du projet et avec l'intervention étudiée. Une analyse SWOT aidera à établir les facteurs institutionnels ayant un impact potentiel sur le succès ou l'échec d'une intervention donnée.

Évaluation qualitative des parties prenantes

Une étude dans la région métropolitaine de Santiago du Chili a utilisé l'analyse des parties prenantes pour évaluer l'environnement politique concerné avant l'introduction d'une série d'innovations en matière de soins ambulatoires pour les maladies respiratoires aiguës chez les enfants (pneumonie et bronchite obstructive) et de prévention des accidents cérébrovasculaires.

Les acteurs prioritaires ont été définis en fonction des connaissances du chercheur sur le secteur de la santé chilien. Ils comprenaient des décideurs, des médecins, des infirmières, des gestionnaires et des professionnels paramédicaux.

L'étude impliquait principalement la collecte de données qualitatives sur les perceptions, les aspirations et les attentes d'un éventail de parties prenantes. Elle a également recueilli des informations sur la perception au niveau des autorités locales et de personnes au pouvoir localement, parce qu'on s'attendait à ce que ces parties prenantes puissent affecter les processus de mise en œuvre.

Même si cette méthodologie n'a pas permis d'inférence statistique, elle a été perçue comme apportant une meilleure compréhension du contexte et des réponses probables des intervenants aux innovations prévues. La recherche visait à fournir des données sur la négociation et à mieux comprendre les perceptions au sein des interactions sociales. Elle a pris en compte des domaines tels que l'expérience, la connaissance et l'action¹⁹.



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

En relation avec votre projet de RMO, répondez aux questions suivantes :

1. Quelles sont les parties prenantes concernées, à quelles institutions appartiennent-elles et comment allez-vous les impliquer ?
2. Quelles sont les compétences et les connaissances requises dans votre équipe pour mettre en œuvre un projet de RMO réussi ?
3. Quelles connaissances et /ou compétences spécifiques chaque partie prenante apportera-t-elle au projet de recherche ?



2 Quelles compétences et connaissances sont requises ?

1 Quelles sont les parties prenantes concernées et comment les impliquer ?

3 Quelles connaissances / compétences spécifiques chaque partie prenante peut apporter ?



Analyses « SWOT » pour identifier les problèmes affectant un programme de lutte contre les moustiques²⁰

Les programmes de lutte contre les moustiques ont été comparés dans sept sites urbains au Costa Rica, en Égypte, en Israël, au Kenya et à Trinidad. On a utilisé pour chaque site des caractéristiques des zones urbaines et des maladies, des diagrammes organisationnels et des outils d'analyse SWOT pour fournir une évaluation descriptive de chaque programme de lutte contre les moustiques et fournir une comparaison des facteurs affectant les réductions des populations de moustiques.

Les informations pour l'analyse SWOT ont été recueillies à partir d'enquêtes, de discussions de groupe et de communications personnelles. L'analyse SWOT a identifié divers problèmes affectant l'efficacité et la viabilité des programmes de lutte contre les moustiques. Le principal résultat de l'étude a été la description et la comparaison des programmes de lutte contre les moustiques dans le contexte de chaque site d'étude pour les conditions biologiques, sociales, politiques, économiques et de gestion.

Les problèmes identifiés dans l'étude vont du manque de collaboration intersectorielle aux problèmes opérationnels de lutte contre les moustiques. Le manque de financement durable pour la lutte contre les moustiques était un problème courant dans tous les sites. De nombreux problèmes uniques ont également été identifiés, notamment le manque de surveillance entomologique, l'insuffisance d'application des lois et les conséquences négatives de certains comportements humains.

L'identification des mérites et des lacunes habituels des programmes de lutte contre les moustiques a été utile pour identifier les meilleures pratiques pour les opérations de lutte contre les moustiques, conduisant ainsi à un meilleur contrôle des piqûres de moustiques et de la transmission des maladies transmises par les moustiques.

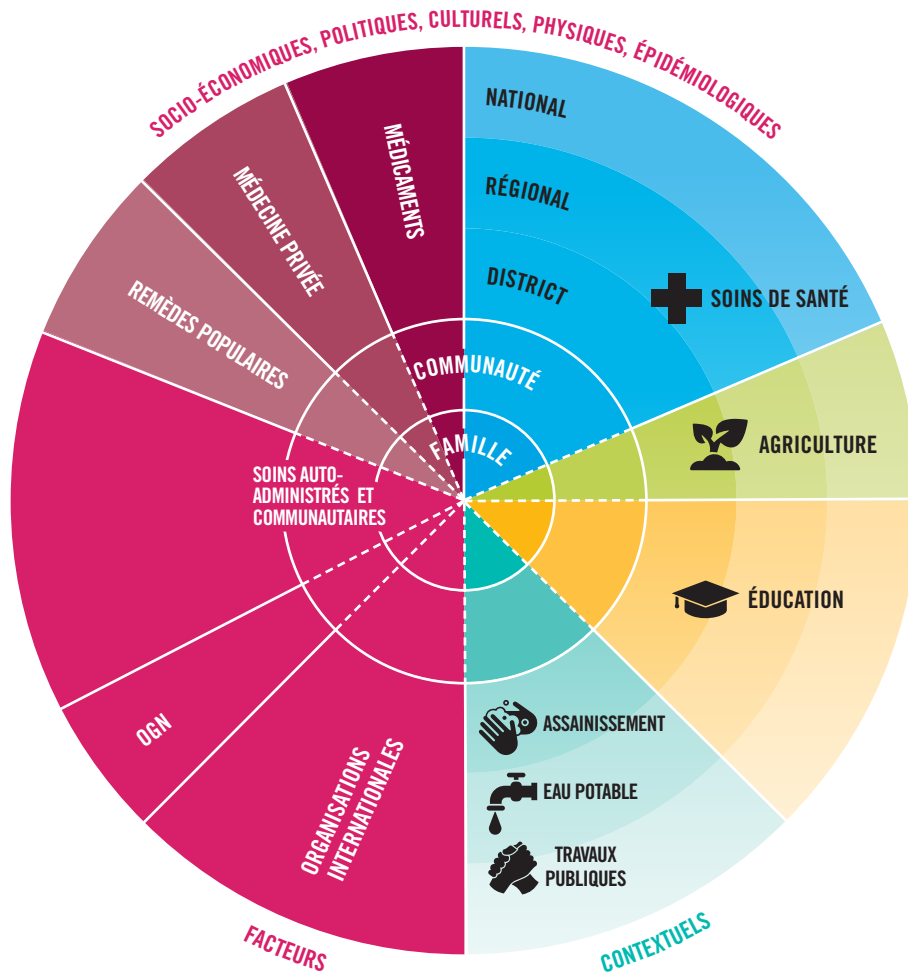
Systèmes de santé

Les questions de recherche de base des projets de RMO sont motivées par des problèmes / questions de mise en œuvre et doivent être formulés en collaboration avec les parties prenantes, y compris les exécutants, les gestionnaires de programmes ou les décideurs du système de santé, et doivent être conçues pour la recherche axée vers des applications concrètes (action-oriented). Par conséquent, la RMO est habituellement menée dans le système de santé, du moins en partie. L'un des principaux objectifs de l'analyse du système de santé est d'anticiper comment des considérations spécifiques peuvent potentiellement affecter la viabilité et l'impact d'une intervention.

La figure 5 illustre les nombreuses composantes d'un système de santé au-delà des centres de santé, cliniques ou hôpitaux du secteur formel de la santé²¹. Par exemple, les membres de la communauté peuvent être fortement convaincus par le secteur informel de la santé et y accéder parallèlement au système de santé officiel. Du niveau communautaire jusqu'au niveau national, il existe divers ministères, départements et agences non liés à la santé mais dont le travail affecte directement ou indirectement la prestation des soins de santé. Les rôles déterminants que peuvent jouer ces intervenants doivent être pleinement pris en compte dans toute étude de RMO. Pour chaque composante importante d'un projet spécifique de RMO, il est utile d'entreprendre une analyse descriptive systématique pour aider à identifier les agents décisionnels pertinents et à la fois les institutions formelles et informelles qui régissent son fonctionnement. Toutes ces interactions complexes et réelles doivent être prises en compte dans la RMO. Ces interactions complexes d'individus, de groupes, d'institutions, de la famille, de la société et des systèmes de santé pluralistes disponibles dans de nombreux pays influencent non seulement la santé des personnes, mais aussi les services de santé et les soins de santé dans les secteurs formel et informel.



Figure 5 : Éléments d'un système de santé caractéristique



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Répondez aux questions suivantes concernant votre projet de RMO :

- Comment le système de santé est-il structuré (secteurs public, privé et autres secteurs associés) dans votre zone d'étude ?
- Comment les différentes composantes du système de santé peuvent-elles influencer votre projet ?



1 Comment le système de santé applicable est-il structuré (secteurs public, privé et autres secteurs associés) ?

2 Comment les différentes composantes du système de santé peuvent-elles influencer votre projet ?



Systèmes adaptatifs complexes

De nombreuses initiatives en matière de santé donnent naissance à ce que l'on peut appeler des « systèmes adaptatifs complexes » (SAC ; en anglais *complex adaptive systems* ou CAS), une théorie fondée sur les relations, l'émergence, les configurations et les itérations^{22 23 24}. L'idée sous-jacente étant qu'une myriade de systèmes complexes interagissent continuellement et provoquent des adaptations ultérieures dans leur environnement immédiat. Un SAC implique un grand nombre d'agents en interaction, ceux-ci ayant des capacités adaptatives. Ils s'adaptent en réponse à un environnement changeant, au contexte et aux changements induits par une intervention donnée. L'implication de cette notion est qu'il est difficile de « contrôler » le comportement des agents dans des situations réelles. Les SAC sont intrinsèquement imprévisibles et des réponses imprévues aux interventions se produisent souvent. Par conséquent, comprendre les phénomènes de SAC est important pour une meilleure sensibilisation, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des approches visant à étendre les services de santé.

Interventions sanitaires et systèmes adaptatifs complexes (SAC)

Les projets pilotes ou les essais cliniques peuvent ne pas être efficaces à plus grande échelle en raison de différences contextuelles. Par exemple niveaux de développement du système de santé, facteurs écologiques, différences sociales et culturelles.

La mise en œuvre s'effectue rarement selon les plans et doit souvent être adaptée rapidement à un contexte autre et / ou changeant

INTERVENTIONS SANITAIRES ET SYSTÈMES ADAPTATIFS COMPLEXES (SAC)

Intrants / impacts disproportionnés dans de nombreux cas

Comportement des prestataires, des communautés et du personnel souvent très restreints.

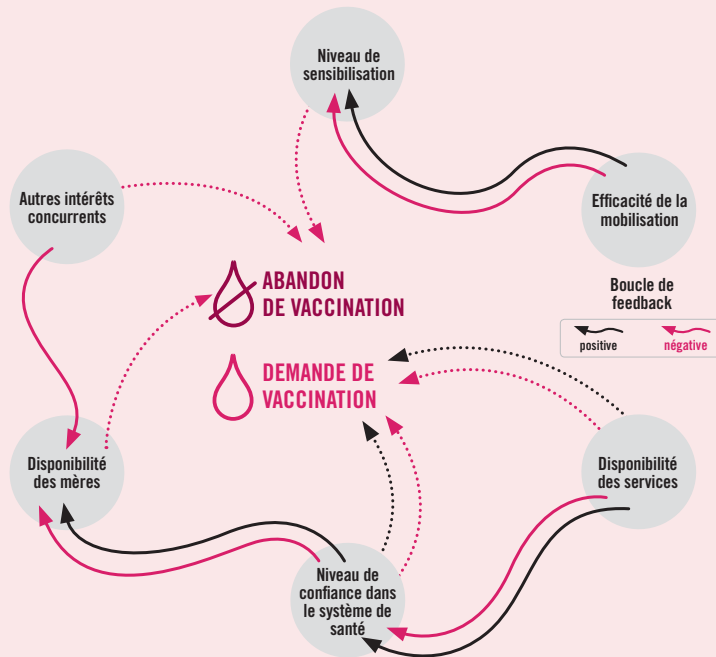
Des groupes de parties prenantes multiples et des facteurs indépendants interagissent → SAC.

- Les interventions réussies à petite échelle dans un contexte de recherche contrôlée peuvent ne pas être efficaces à plus grande échelle en raison de différences contextuelles telles que le niveau de développement du système de santé, les facteurs écologiques, les différences sociales et culturelles.
- Le processus de mise en œuvre d'une intervention se déroule rarement selon le plan et doit souvent être rapidement adapté à un contexte autre et / ou changeant.
- La capacité des responsables de la mise en œuvre à exercer un contrôle sur le comportement des prestataires, des communautés et même de leur propre personnel est, dans la pratique, souvent fortement restreinte par l'environnement organisationnel.
- Les interventions techniques apparemment simples peuvent présenter des comportements SAC lorsque plusieurs groupes de parties prenantes et des facteurs indépendants interagissent.
- Des interventions substantielles peuvent parfois aboutir à des résultats très limités et inversement, des contributions relativement petites peuvent avoir des conséquences positives / négatives majeures.



Les SAC peuvent entraîner des comportements inattendus dans le contexte d'interventions de santé, par exemple, par des boucles de rétroaction, la dépendance par rapport au chemin parcouru et des comportements émergents.

Les boucles de rétroaction influencent positivement / négativement la demande de services de vaccination²⁵



La demande de services de vaccination est positivement influencée (c.à.d. augmentée) par une forte sensibilisation de la communauté à la vaccination, qui est également renforcée par une mobilisation communautaire efficace, un niveau élevé d’alphabétisation des mères, des campagnes médiatiques et l’étendue des activités d’éducation sanitaire. Au contraire, les idées fausses sur la vaccination réduisent les niveaux de sensibilisation de la communauté à l’égard de la vaccination, réduisant par la suite la demande de services de vaccination. En outre, alors que la disponibilité de la mère augmente la demande d’immunisation, la responsabilité de la mère envers la famille et son faible statut socio-économique peuvent affecter négativement sa disponibilité.

En outre, la qualité et la disponibilité des services de santé peuvent influencer positivement ou négativement la demande de services de vaccination. Par exemple, la disponibilité des services de vaccination augmente le nombre d’enfants vaccinés, augmentant ainsi l’immunité collective dans la communauté, ce qui réduit le risque d’épidémies de maladies évitables par la vaccination. Cette réduction de morbidité due aux maladies évitables par la vaccination contribue à renforcer la confiance de la communauté dans les programmes de vaccination, ce qui augmente par la suite la demande de services de vaccination. D’autre part, des services de santé de mauvaise qualité – par exemple le manque de vaccins, de longues heures d’attente, des enfants développant des abcès après la vaccination, etc., découragent les mères d’amener leurs enfants à la vaccination. Cela contribue à des taux d’abandon élevés et à une forte proportion d’enfants non vaccinés dans la communauté, ce qui entraîne une faible d’immunité et un risque accru de flambées de maladies évitables par la vaccination. Il en résulte une perte de confiance dans le système de santé, ce qui contribue davantage à la réduction de la demande pour les services de vaccination.



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Cette section a examiné les interactions complexes de la culture, de la politique, des parties prenantes, de la culture organisationnelle (par exemple) sur les interventions liées à la santé. En tenant compte de tous ces éléments, résumez les facteurs environnementaux et contextuels qui affectent (positivement ou négativement) la mise en œuvre de votre intervention.

1. Dans quelle mesure les résultats de l'intervention sont-ils affectés ?
2. Comment cette information peut-elle influencer votre ou vos question(s) de RMO et votre approche du projet ?

1 Résultats affectés ?



2 Influence sur la ou les question(s) et l'approche de RMO ?



Engagement communautaire dans la RMO

L'exécution des interventions ne sera pas efficace si la communauté ne fait pas confiance aux autorités de santé.



Invariablement, la plupart sinon la totalité des interventions de soins de santé ont pour cible les membres de la communauté - il est essentiel de les impliquer tout au long du processus de RMO. L'engagement est un processus qui implique consultation, éducation, communication, participation, travail de vulgarisation et partenariats. Par exemple, en :

- Informant la communauté des orientations politiques du gouvernement.
- Consultant la communauté dans le cadre d'un processus visant à élaborer des politiques gouvernementales ou à renforcer la sensibilisation et la compréhension de la communauté.
- Impliquant la communauté par une série de mécanismes pour s'assurer que les problèmes et les préoccupations soient compris et pris en compte dans le processus de prise de décision.
- Collaborant avec la communauté en développant des partenariats pour formuler des stratégies et émettre des recommandations.
- Habilitant la communauté à prendre des décisions, à les mettre en œuvre et à gérer le changement.

L'un des résultats essentiels de l'engagement communautaire est la « connaissance du problème » - une situation où les individus dans la communauté sont suffisamment informés pour s'engager de manière constructive dans le dialogue et les discussions sur l'intervention.



L'engagement communautaire permet à l'équipe de RMO de tirer parti des connaissances contextuelles collectives de la communauté, ainsi que de leur compréhension des moyens et des ressources existantes dans la zone d'intervention. L'engagement communautaire doit donc être facilité tout au long du cycle de RMO - de la pré-intervention à l'intervention et au suivi en continu jusqu'à l'évaluation finale - et pas seulement pendant le processus de conception ou de conceptualisation de la RMO (Figure 6).

Trop souvent, malheureusement, les chercheurs présentent simplement à la communauté une idée ou une approche qui, à leur avis, fonctionnera et s'attendent à ce que la communauté « acquiesce ». En engageant la communauté, il est



préférable de discuter d'abord du problème en question, ainsi que des moyens et des ressources existant, puis de demander leur avis aux membres de la communauté sur les interventions optimales possibles et les approches de RMO qui permettront de résoudre le problème.

Figure 6 : Raisons de l'engagement communautaire dans un projet de RMO



Les « notables » dans les communautés où la RMO est menée sont des parties prenantes particulièrement importantes de la recherche. Ils peuvent être considérés *de facto* comme des experts dans le domaine, et comme une source inestimable d'informations et de connaissances locales, ainsi que de solutions innovantes.

Engagement communautaire : un processus de collaboration avec et pour des groupes de personnes affiliées en raison de la proximité géographique, d'un intérêt particulier ou de situations similaires, pour résoudre les problèmes affectant le bien-être de ces personnes²⁶.





Un obstacle fréquent à un engagement communautaire efficace est l'utilisation de formulaires de consentement éclairé compliqués, généralement utilisés pour suivre les principes de bonne éthique de la recherche. Des documents compliqués employant le jargon de la recherche et des informations fragmentées laissent la communauté douter de sa sûreté. Tout le matériel fourni aux membres de la communauté doit être présenté simplement, avec l'information essentielle conçue pour mettre la communauté à l'aise et pour assurer sa sûreté. Le langage technique complexe - avec la confusion et la méfiance qu'il peut potentiellement générer - sont des obstacles déterminants qui ne doivent pas être négligés.



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Répondez aux questions suivantes concernant votre projet de RMO :

1. Qui sont les « notables » de la communauté dans votre zone de projet ?
2. Comment allez-vous les impliquer ?



2 Comment allez-vous les impliquer ?

1 Qui sont les « notables » de la communauté ?



Étude de cas 2

Engagement communautaire : Intervention éducative *Majigi* pour l'éradication de la poliomyélite dans le nord du Nigeria

Contexte : Il y a plus de vingt ans que l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite a été lancé. Il a cherché à mettre fin à la maladie grâce à un vaccin antipoliomyélitique efficace administré par des vaccinations de routine et des campagnes complémentaires parmi les populations sensibles. À ce jour, toutefois, le Nigeria n'a toujours pas été déclaré exempt de poliomyélite. Cela est principalement dû à la faible couverture vaccinale contre la poliomyélite dans le nord du Nigeria, malgré les campagnes répétées de vaccination contre la poliomyélite dans la région. Le principal goulot d'étranglement est la faible acceptation du vaccin dans la communauté à cause d'idées fausses, de la méfiance et des mythes sur la cause de la maladie et la sécurité du vaccin, ainsi que la mobilisation sociale inadéquate, les canaux de communication inadéquats et le manque d'engagement et d'appropriation au niveau local. Ainsi, pour améliorer l'efficacité de l'intervention, il est nécessaire d'engager activement les « notables » de la communauté en mettant un accent particulier sur les dirigeants politiques, traditionnels et religieux, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses, les crieurs publics et les chirurgiens traditionnels. Un essai pilote utilisant une campagne médiatique a été lancé en 2008 dans quatre communautés du Nord au sein du même conseil local. Cette campagne, surnommée intervention éducative « *Majigi* » ciblait les croyances sur la maladie et les attitudes négatives envers la vaccination antipoliomyélitique. *Majigi* comprenait la projection d'un film à partir de camionnettes mobiles sur le bord des routes dans les communautés. Les dirigeants communautaires ont encouragé la présence et la participation à des activités de vaccination ultérieures par le biais de leurs cercles d'influence. Des activités de vaccination supplémentaires régulières contre la poliomyélite ont été menées et les résultats ont été suivis pendant six mois consécutifs.

Résultats : La campagne a entraîné une augmentation de 310% de la vaccination contre la poliomyélite et une réduction nette de 29% des enfants non vaccinés dans la région ciblée. L'approche innovante et contextuelle réussie de *Majigi* a renforcé l'appropriation par la communauté et permis de dissiper les idées fausses autour du vaccin antipoliomyélitique.

Conclusions : Cibler les notables de la communauté a facilité la mise en œuvre ainsi que les résultats de l'intervention. En outre, l'adoption de la vaccination contre la poliomyélite a été renforcée par un programme adapté localement qui a favorisé une communication efficace avec la communauté et au sein de la communauté.

Enseignements : Pour promouvoir une intervention donnée, les communautés doivent être responsabilisées afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées par elles-mêmes.

Source : Nasiru, S.-D. et al. Breaking community barriers to polio vaccination in Northern Nigeria : the impact of a grass roots mobilization campaign (*Majigi*). *Pathogens and Global Health*. (2013) ; 106(3) :166–71



Enjeux éthiques dans la RMO

Comme pour toute recherche, l'intégrité éthique et scientifique est une bonne pratique essentielle en matière de RMO. Dans le contexte de la RMO, il peut y avoir des dilemmes éthiques spécifiques parce que les études sont souvent menées dans le cadre des activités de routine du système de santé et sans le niveau de contrôle associé à la plupart des études de recherche, notamment les essais cliniques. L'autonomie et la compréhension des volontaires seront probablement limitées si les études sont menées auprès de populations vulnérables, à forte charge de maladie et ayant un accès limité aux soins de santé. Dans certains projets de RMO, des observations individuelles ou des entrevues personnelles risquent de générer des souffrances psychologiques lorsque des questions délicates sont discutées ou enregistrées, ou en cas de violation potentielle de la confidentialité²⁷.

Les questions éthiques associées à la RMO peuvent générer des controverses. Cela peut affecter les approches de recherche quantitatives et qualitatives, dans un large éventail de disciplines telles que l'épidémiologie, les statistiques, l'anthropologie, la sociologie, l'économie de la santé, la promotion et l'éducation de la santé, les sciences politiques et autres. Bien que les protocoles de recherche soient appliqués dans des situations réelles, il existe néanmoins des pièges et des risques éthiques inhérents.

Par exemple, les participants à la RMO peuvent être affectés par la perte d'intimité, le temps passé dans les entretiens et les examens, et par d'éventuels effets psychologiques néfastes. Ces risques peuvent être minimisés en accordant une attention particulière aux procédures d'étude et en limitant la longueur des questionnaires ou les examens cliniques et échantillonnages supplémentaires, et en tenant compte du moment choisi pour les observations. La RMO présente également des enjeux éthiques spécifiques, étant donné qu'elle nécessite fréquemment la collecte d'informations auprès d'un grand nombre de sujets dans des situations diverses et implique un large éventail de parties prenantes.

Les comités d'éthique de la recherche connaissent souvent mieux les protocoles élaborés pour les études cliniques et les essais plus courants. Les protocoles d'étude élaborés par les équipes de RMO doivent notamment prendre en compte des questions telles que les relations de pouvoir, l'analphabétisme, la perturbation des services de santé de routine, la sélection inéquitable des participants, l'augmentation des attentes des participants et la surcharge de travail du personnel du système de santé à cause de responsabilités en matière de recherche qui peuvent détourner leur temps et leurs efforts de la prestation de soins de santé.



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Réfléchissez de manière critique aux enjeux éthiques qui pourraient être associés à votre projet de RMO en tenant compte des principes d'autonomie, de bienfaisance et de justice. Comment allez-vous minimiser les conséquences de ces problèmes ?



Défis éthiques pour obtenir un consentement éclairé en RMO

En général, les codes éthiques de la recherche biomédicale - tels que ceux prescrits dans la Déclaration de Helsinki, le Code de Nuremberg et ceux adoptés par le Conseil des organisations internationales des sciences médicales - ne fournissent pas d'informations suffisantes pour guider les projets de RMO. Néanmoins, avec un protocole de recherche solide, une conception d'étude appropriée, une équipe de recherche compétente et qualifiée, et un examen rigoureux par les comités scientifiques et éthiques impliqués, les intérêts éthiques des participants et de la communauté peuvent être sauvegardés.

Parce que la RMO est menée dans des situations réelles, les chercheurs font face à un contexte socioculturel, économique et politique changeant. Hutton *et al*²⁸ affirment que : « Le niveau auquel une intervention est administrée peut déterminer si le recrutement des patients se fait sur une base « d'acceptation » ou « de refus » (en Anglais ; *opt-in* = *accepter* ou *opt-out* = *refuser*), c'est-à-dire si le choix actif de la personne est « **d'accepter** » de participer à l'étude (la situation par défaut est : la personne ne fait pas partie de l'étude) ou bien si le choix actif est « **de refuser** » de participer à l'étude (la situation par défaut est : la personne fait partie de l'étude) ; et ils énoncent plus loin : « Pour les interventions effectuées au niveau des structures sanitaires, il n'est pas évident qu'on puisse raisonnablement demander, au niveau individuel, le consentement des patients, qui peuvent être affectés par les interventions des essais cliniques, pour la randomisation dans les bras d'intervention et de contrôle ».

Exemple : la circoncision masculine médicale volontaire en tant que stratégie de prévention du VIH

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (ONUSIDA) ont publié des recommandations sur la circoncision médicale masculine en tant que stratégie de prévention du VIH fondée sur des preuves scientifiques solides et cohérentes. Dans de nombreux contextes, cependant, il s'est avéré difficile de traduire cette recherche en politiques et en pratiques en raison de problèmes économiques, socioculturels et éthiques. En conséquence, des facteurs spécifiques doivent être pris en compte lors de la planification de la mise en œuvre / du déploiement de la circoncision masculine volontaire en tant qu'intervention de santé publique²⁹.

Contexte : Pour qu'une intervention réussisse, il est important que les chercheurs comprennent le contexte dans lequel l'intervention sera mise en œuvre. Etant donné que la RMO est complexe et implique de multiples parties prenantes, les décideurs politiques, les responsables de la mise en œuvre du programme, les agents de santé, la communauté et les bénéficiaires potentiels doivent être identifiés et leurs rôles respectifs évalués. De plus, la circoncision masculine volontaire est une intervention de santé publique ayant un impact sur la dynamique culturelle et le système de santé. Par exemple, dans les communautés où la circoncision fait partie du droit de passage d'un garçon à l'âge adulte, l'introduction de la circoncision néonatale peut être difficile à mettre en œuvre. De plus, les relations de pouvoir dans la communauté doivent être explorées. Le niveau d'organisation des services de santé et la capacité des ressources humaines existantes à assurer la circoncision en toute sécurité influenceront les décisions d'intégrer la circoncision masculine néonatale dans les services postnataux ou en tant que service autonome. Au niveau politique, les politiques et conditions existantes du pays au regard de la circoncision masculine (par exemple l'âge jusqu'auquel un enfant ne doit pas être circoncis, la participation de chirurgiens spécialisés dans la circoncision, ou les endroits désignés où la circoncision peut avoir lieu) doivent être analysées pour guider le processus de mise en œuvre.

Enjeux éthiques : questions éthiques à la fois individuels (nouveau-nés et mineurs au-dessous de l'âge du consentement) et au niveau de la communauté qui influencent la faisabilité de l'intervention :

Que faire dans les cas où l'enfant refuse de donner son consentement mais où les parents souhaitent que la circoncision ait lieu, ou bien quand l'enfant souhaite la circoncision mais que les parents refusent de donner leur consentement ?

Que faire si la notion même d'obtention du consentement à la circoncision est culturellement absente ?



Enjeux éthiques pour obtenir un consentement éclairé en RMO (suite)

Est-ce que seules les populations à risque d'acquisition ou de transmission du VIH, telles que les camionneurs, les soldats, les travailleurs migrants, doivent être ciblées pour la circoncision ? Si oui, comment peut-on minimiser la stigmatisation qui en découle dans cette population spécifique ?

Quel est l'âge optimal auquel la circoncision doit être mise en œuvre ?

Doit-elle être offerte uniquement aux hommes dont le test de dépistage du VIH est négatif ou étendu aux hommes vivant avec le VIH ?

Pour avoir une mise en œuvre éthiquement adéquate de la circoncision masculine volontaire en tant que stratégie de prévention du VIH, il faut évaluer de manière exhaustive les éléments d'acceptabilité des différentes approches parmi les groupes qui pratiquent actuellement la circoncision et ceux qui ne la pratiquent pas.

Exemple : Améliorer la couverture du programme PTME en Afrique du Sud

Cette intervention comprenait une approche participative et basée sur l'analyse des données visant à l'amélioration de la qualité, et devait être mise en œuvre dans un district à forte prévalence du VIH en Afrique du Sud³⁰. Elle était conçue en trois phases : i) une évaluation participative pour renforcer les capacités des responsables de programmes locaux ; ii) une phase de rétro-information et de planification, au cours de laquelle les faiblesses du système ont été identifiées et une intervention correspondante a été élaborée ; iii) une phase de mise en œuvre et de suivi de 12 mois, au cours de laquelle l'intervention de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a été mise en œuvre et les indicateurs de résultats associés ont été suivis. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens structurés avec les responsables et les conseillers, d'observation des établissements de santé, d'examen de documents et de données de routine sur la PTME. Les données ont montré d'importantes améliorations sur tous les principaux indicateurs de résultats de la PTME.

Contexte : La proposition de RMO a décrit la population de la zone d'étude, les composantes du programme de PTME, la politique actuelle de PTME, le système de santé de district en Afrique du Sud, le système de référence et les activités de base des prestataires de soins. Les documents examinés comprenaient des rapports d'évaluation de la santé par pays, des protocoles sur les soins de PTME, des directives sur la mise en œuvre des programmes de PTME et des rapports d'enquête sur la séroprévalence du VIH. Les indicateurs de base de la PTME ont été extraits des données de routine sur la PTME dans les districts. Les parties prenantes comprenaient des responsables de niveau intermédiaire du système de santé (par exemple responsables de structures sanitaires, superviseurs des soins de santé primaires et coordonnateurs de programmes de district) et la communauté. Leurs différents rôles ont été décrits en conséquence.

Intervention : Le cadre conceptuel utilisé pour élaborer l'intervention était fondé sur une approche élargie des systèmes de santé. Les chercheurs ont en outre reconnu que les faiblesses identifiées lors de l'évaluation étaient dues à l'interaction complexe entre le manque d'information des clients et leur appréhension à révéler leur statut VIH, et les facteurs du système de santé comme le manque d'appropriation du programme PTME parmi les infirmières, le manque de clarté dans la définition des rôles et des responsabilités, le manque de connaissance du protocole, ainsi que le mauvais système d'archivage des dossiers et la médiocre continuité des soins.

Enjeux éthiques :

- Étant donné que l'intervention fait partie du système de santé de routine, cela peut-il donner droit à un examen accéléré par le comité d'éthique ?
- Comment minimiser les ingérences avec les soins de santé de routine ?
- Comment et à quel niveau d'interaction fait-on une distinction entre les prestations de soins de routine et / ou la recherche ?



Étude de cas 3

Facteurs contextuels menant à la persistance du paludisme dans le centre du Viet Nam

Contexte : La persistance du paludisme au Viet Nam est liée à la complexité du système de santé, et des conditions socioculturelles, économiques et environnementales. La mise en place du Programme National de Lutte contre le Paludisme avec une stratégie de distribution gratuite de moustiquaires, ainsi que le diagnostic et le traitement gratuits des cas confirmés, a considérablement réduit le taux d'incidence du paludisme de 1,2 million en 1991 à 185 529 en 2002. Cependant, malgré ces efforts, la province centrale de Quang Tri - avec des populations minoritaires pauvres, peu instruites et culturellement diverses - a l'une des charges de paludisme les plus élevées du pays. Une étude visant à renforcer la lutte contre le paludisme visait à déterminer comment le système de santé et les facteurs communautaires sont liés à la persistance du paludisme. Une équipe multidisciplinaire a mené l'étude de mars 2004 à avril 2005. Une approche fondée sur des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) a été utilisée dans deux des districts les plus touchés par le paludisme. Au stade formatif, des approches qualitatives ont été utilisées pour informer la partie quantitative ultérieure de l'étude. Des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe ont été menés avec des prestataires de soins, des chefs de village et des villageois, choisis à dessein, pour explorer les convictions, les attitudes, la connaissance, les comportements de recours aux services de santé et les circonstances pertinentes pour l'exposition et le contrôle du paludisme. Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP/ en anglais : *knowledge attitude and practices* ou KAP) a été menée à la phase d'évaluation, en présence des agents de santé villageois (ASV) et des membres de la communauté. Des listes de contrôle ont été utilisées pour évaluer la visibilité et l'état des directives de traitement du paludisme, la qualité de la microscopie, ainsi que la qualité des moustiquaires (lors des visites à domicile de l'enquête CAP). Pour déterminer l'utilisation réelle de moustiquaires, des visites nocturnes imprévisibles ont également été effectuées dans les foyers.

Résultats : Les principales lacunes au niveau des établissements de santé étaient le manque de personnel, le manque de qualification du personnel, le manque de formation continue, les directives de traitement inaccessibles et le manque d'équipement et de matériel. Au niveau communautaire, des facteurs socio-économiques et culturels ont entravé l'accès aux interventions et leur utilisation efficace. Bien que le diagnostic et le traitement du paludisme soient gratuits, les patients ne pouvaient pas payer les coûts indirects correspondants, ceci a souvent conduit à des décharges précoces par les patients eux-mêmes et à l'impossibilité d'honorer les rendez-vous ultérieurs. En outre, bien que les moustiquaires soient fournies gratuitement, l'objectif de 80% de couverture (une moustiquaire pour deux personnes) n'a pas été atteint en raison des normes culturelles liées au sommeil, ainsi que du faible niveau d'instruction et de la pauvreté. Il est typique que les hommes aillent dormir chez leurs voisins et pourtant la majorité des maisons n'avaient pas de moustiquaire de rechange pour les invités. Les risques d'exposition étaient également augmentés en raison de la forte mobilité, qui est générée par des facteurs culturels et économiques. Alors que l'accès géographique aux services de santé était pris en charge par des agents de santé communautaires (ASC), beaucoup d'entre eux avaient une formation insuffisante, ce qui affectait grandement leur capacité à faire face à toutes les tâches prévues. En outre, en raison de retards dans le déploiement des nouvelles directives pour certains des médicaments inclus dans les trousseaux à pharmacie, certains ASC n'ont pas suivi les directives de traitement prescrites. Des barrières linguistiques et la méfiance entre les minorités ethniques de l'Ouest de Quang Tri et les prestataires de services ont également été signalées, ce qui a peut-être contribué au manque de réactivité de la communauté aux conseils médicaux. L'inaccessibilité géographique due au mauvais état des routes et le manque de téléphones figuraient parmi les obstacles contextuels identifiés.

Conclusion : Des lacunes ont été identifiées tout au long du continuum de prestation de soins depuis la structure sanitaire jusqu'au niveau communautaire. Ces observations ont servi de base à l'intervention proposée.

Enseignements : Une analyse complète du contexte est essentielle pour l'efficacité et le succès final de toute intervention proposée.

Source : Morrow M. et al. Pathways to malaria persistence in remote central Vietnam : a mixed-method study of health care and the community. BMC Public Health. 2009 ; 9 :85.



Références

1. See: Massive open online course (MOOC) on implementation research. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/tdr/capacity/strengthening/ir-training/en/>, accessed 19 October 2017).
2. Les problèmes de RMO comprennent les questions concernant l'accès à une intervention, l'adoption d'une politique, les mécanismes de mise en place, la diffusion d'une stratégie dans le système de santé, etc.
3. Peters D.H. et al. Implementation research: what it is and how to do it. *British Medical Journal*. BMJ. 2014; 347:f6753.
4. Le « résultat » (en anglais « outcome ») est défini comme l'effet d'actions délibérées et intentionnelles visant à mettre en œuvre de nouveaux traitements, pratiques et / ou services, ou bien comme l'effet de l'adoption de stratégies innovantes pour atteindre les populations avec des outils efficaces.
5. Proctor E. et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011; 38(2):65–76.
6. Institute of Medicine (IOM). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
7. *Implementation research in health: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/>, accessed 16 October 2017).
8. Fixsen D. L. et al. *Implementation research: A synthesis of the literature* (FMHI Publication #231). Tampa: University of South Florida/Louis de la Parte Florida Mental Health Institute/The National Implementation Research Network; 2005.
9. De Savigny D. and Kuepfer I. Phase IV studies. In: *Field trials of health interventions: A toolbox*. 3rd Edition. Eds. Smith P.G., Morrow R.H., Ross D.A. (Chapter 22). Oxford: Oxford University Press; 2015.
10. Thailand Millennium Development Goals Report 2009. Bangkok: United Nations Development Programme (UNDP); 2009 (<http://www.th.undp.org/content/thailand/en/home/library/mdg/ThaiMDGRpt09.html>, accessed 16 October 2017).
11. Patcharanarumol W. et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: *Good health at low cost*. Balabanova D., McKee M. and Mills A. (eds). *Good health at low cost? 25 years on. What makes a successful health system?* Chapter 7. London: The London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2011.
12. *Designing and conducting health systems research projects* (Volume 2). Geneva: World Health Organisation/International Development Research Centre; 1993.



13. Omorodion F.I. (1993). The socio-cultural context of health behaviour among Esan communities, Edo State, Nigeria. *Health Transition Review*. 1993; 3(2):125–136.
14. Lessons learned in home management of malaria: Implementation research in four African countries. Geneva: World Health Organization/The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 2007.
15. Rao, K.D. et al. An implementation research approach to evaluating health insurance programs: insights from India. *International Journal of Health Policy and Management*. 2016; 5.5:295.
16. Varvasovszky Z. and Brugha R. A stakeholder analysis. *Health policy and planning*. 2000; 15.3:338–345.
17. Brugha, R. and Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. *Health policy and planning* 15.3: 239-246.
18. Hyder A. et al. Stakeholder analysis for health research: case studies from low-and middle-income countries. *Public health*. 2010; 124.3:159–166.
19. Bedregal P. and Ewan F. Evidence based primary care? A multi-tier, multiple stakeholder perspective from Chile. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2001; 16(1): 47–60.
20. Impoinvil D.E. et al. Comparison of mosquito control programs in seven urban sites in Africa, the Middle East, and the Americas. *Health Policy* 2007; 83.2:196–212.
21. Adapted from: Corlien V.M., Pathmanathan I. and Brownlee A.T. *Designing and conducting health systems research projects (Volume 2)*. Ottawa: International Development Resource Centre; 1993.
22. Craig, P. et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2008; 337:a1655.
23. Rogers P.J. Using programme theory for complicated and complex programmes. *Evaluation*. 2008; 14.1: 29-48.
24. Leykum L.K., et al. Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with Type II diabetes. *Implementation Science*. 2007; 2(1):1.
25. Adapted from: Paina, L.A. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning*. 2012; 27(5):365–373.
26. *Principles of community engagement (1st ed.)*. Atlanta: CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, Centre for Disease Control and Prevention; 1997.



27. Punch, M. (1994). Politics and ethics in qualitative research. In: Handbook of qualitative research. Denzin N.K. and Lincoln Y.S. (Eds). London: Sage Publishing; 2017.
28. Hutton J.L., Eccles M.P. and Grimshaw J.M. Ethical issues in implementation research: A discussion of the problems in achieving informed consent. *Implementation Science*. 2008; 3(1): 1.
29. Stuart R., Muula A.S. and Westreich D. Male circumcision and HIV prevention: ethical, medical and public health trade-offs in low-income countries. *Journal of Medical Ethics*. 2007; 33(6):357–361.
30. Doherty T. et al. Improving the coverage of the PMTCT programme through a participatory quality improvement intervention in South Africa. *BMC Public Health*. 2009; 9(1):1.



Lectures supplémentaires

- Bhattacharyya, Onil, Scott Reeves, and Merrick Zwarenstein. "What is implementation research? Rationale, concepts, and practices." *Research on Social Work Practice* 19.5 (2009): 491-502.
- Edwards, Nancy, and Pierre M. Barker. "The importance of context in implementation research." *J Acquir Immune Defic Syndr* 67.Suppl 2 (2014): S157-162.
- Goodman, Catherine, William Brieger, Alasdair Unwin, Anne Mills, Sylvia Meek, and George Greer. "Medicine sellers and malaria treatment in sub-Saharan Africa: what do they do and how can their practice be improved?." *The American journal of tropical medicine and hygiene* 77, no. 6 Suppl (2007): 203.
- Kengeya-Kayondo, J., M. A. Gonzalez Block, and I. Bochorisvili. "Implementation Research for the Control of Diseases of Poverty: Strengthening the Evidence Base for Access to New and Improved Tools, Strategies and Interventions." Geneva: World Health Organization and Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (2011).
- Lucas, H. and Zwarenstein M. *A Practical Guide to Implementation Research on Health Systems*. Future Health Systems (2016) <http://www.ids.ac.uk/publication/a-practical-guide-to-implementation-research-on-health-systems>.
- Sanders, David, and Andy Haines. "Implementation research is needed to achieve international health goals." *PLoS Med* 3.6 (2006): e186.
- Tindana, Paulina O., et al. "Grand challenges in global health: community engagement in research in developing countries." *PLoS Med* 4.9 (2007): e273.
- UNICEF, and World Health Organization. "Framework for operations and implementation research in health and disease control programs." (2008).
- Verkevisser, M. C., Indra Pathmanathan, and Ann Brownlee. "Designing and Conducting Health System Research Projects: Proposal Development and Field Work." *Health Serv Res* 1 (2003).