

Version française v1

BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

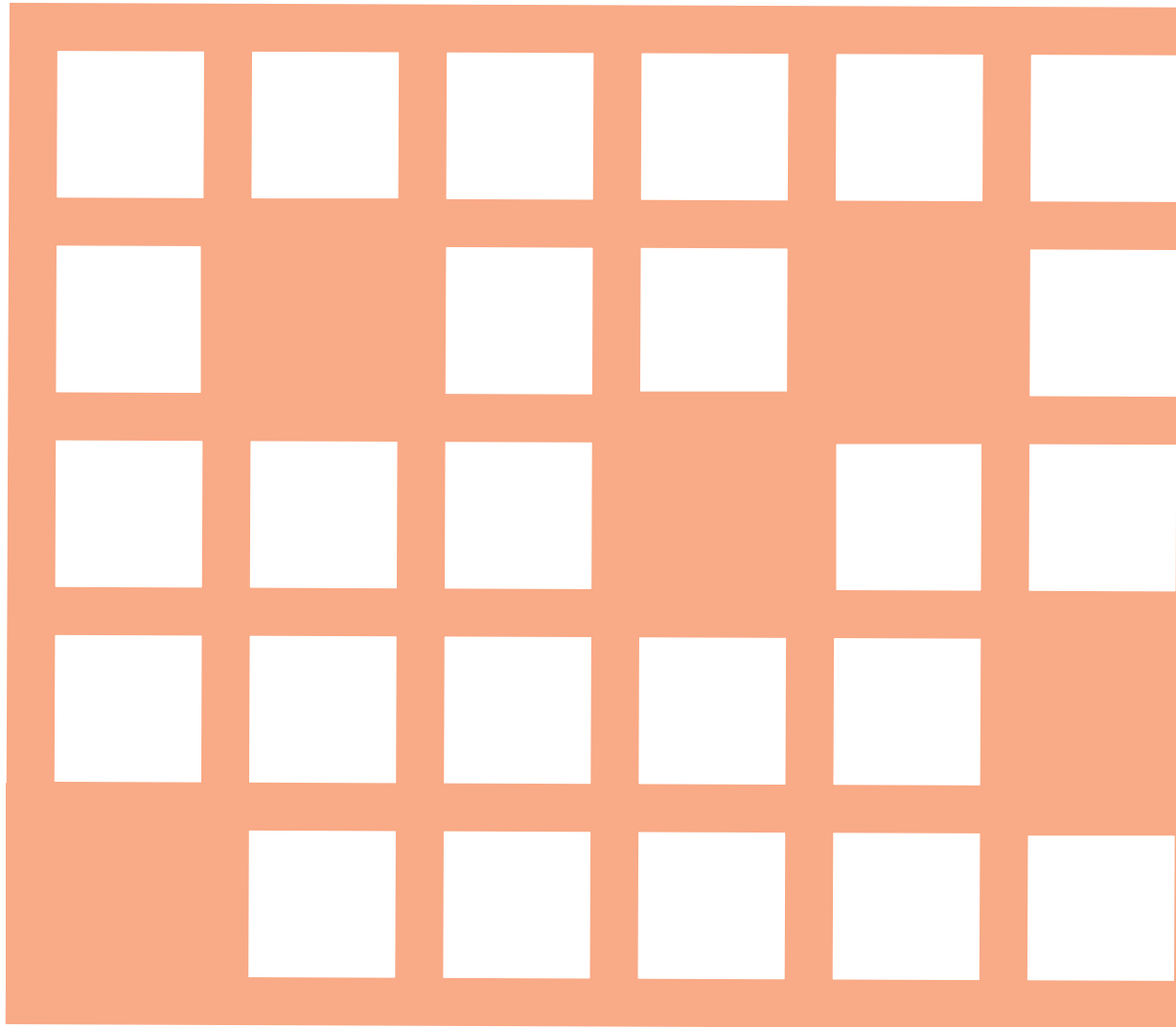


Intégrer la recherche de mise en œuvre dans le système de santé

Tim France, Alison Krentel, Margaret Gyapong et Edward Mberu Kamau

Construction d'une équipe de RMO	2
Adoption des résultats	12
Documentation	15
Utilisation du cadre conceptuel des systèmes de santé de l'OMS pour la RMO	15
Principes d'une approche durable	19
Références	24
Lectures supplémentaires	24

Intégrer la recherche de mise en œuvre dans le système de santé

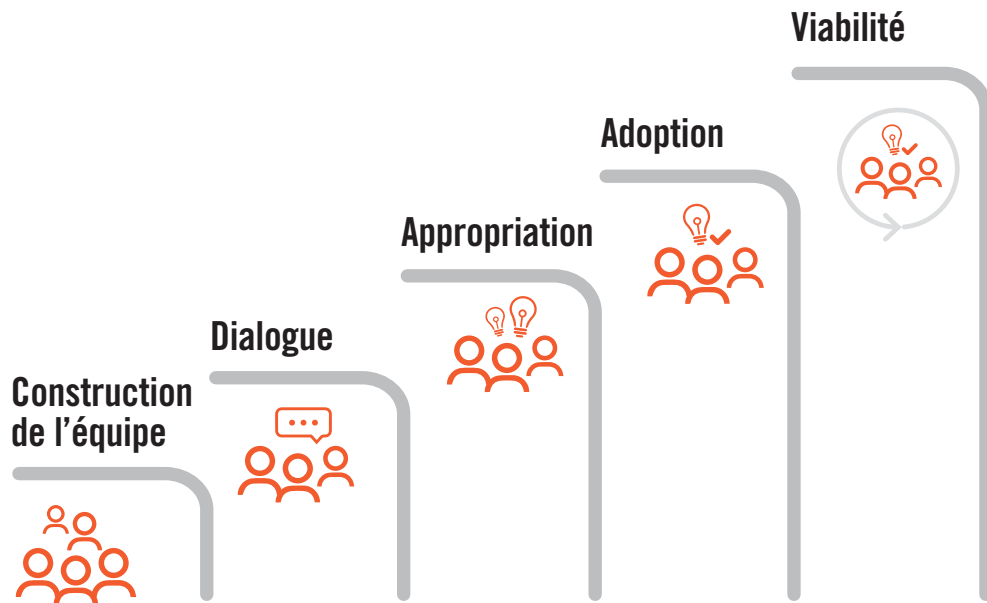


Au sein des systèmes de santé, la recherche de mise en œuvre (RMO) est ancrée dans la vie réelle et vise à améliorer les interventions sanitaires en aidant à mettre en évidence les obstacles et les barrières spécifiques à la mise en œuvre et en proposant des solutions qui sont identifiées grâce à une collaboration étroite avec ceux qui dispensent les programmes de santé. Idéalement, ces solutions deviennent partie intégrante de l'intervention, en favorisant la viabilité de la recherche et en améliorant les prestations.

Avec l'adoption et la viabilité des solutions comme objectifs ultimes de la RMO, une série d'étapes doivent être accomplies pour atteindre ce but. Ce module décrit les étapes de cette approche progressive où chaque étape repose sur le succès de la précédente.



Figure 1. Approche progressive vers les objectifs ultimes de la RMO



Construction d'une équipe de RMO

Malgré la valeur potentielle de nouvelles connaissances, technologies et approches obtenues par la RMO, un manque général de coordination, de coopération et de dialogue authentiques entre les diverses disciplines de la santé et des sciences et les parties prenantes de la communauté limite leur application. Dans de nombreux contextes cela entrave continuellement l'accessibilité des innovations et retarde les progrès nécessaires pour atteindre les objectifs et les engagements liés à la santé. Pour réussir, la RMO exige une coordination, une coopération et un dialogue efficaces, entre de multiples parties prenantes, qui doivent prendre place dès le début – lorsque la question et les objectifs de recherche sont définis – puis lors de la planification de la recherche et se poursuivre au niveau local lors de la mise en œuvre, du partage et des actions basés sur les résultats de recherche. En ce sens, les équipes de RMO requièrent des approches plus intégrées et se distinguent, en partie par leur diversité, des équipes mises en place pour mener la plupart des études de recherche biomédicale ou sociale.

Plus que la plupart des autres types de recherche, la nature collaborative et délibérative de la RMO exige que des personnes ayant un large éventail de compétences, expériences et profils réfléchissent ensemble à un défi de mise en œuvre dont font l'expérience, dans un contexte donné, des prestataires de soins de santé, gestionnaires de programmes, exécutants ou autres prestataires de services. En d'autres termes, mener un projet de RMO implique un travail d'équipe cohérent et une collaboration étroite.



En dehors de la RMO les collaborations intersectorielles et multidisciplinaires sont généralement limitées à des moments clés où des décisions majeures sont prises. Cependant avec leur approche à plus long terme, les équipes de RMO rassemblent des parties prenantes de diverses disciplines afin qu'elles puissent engager un dialogue régulier et authentique à propos d'enjeux locaux existants et de solutions potentielles adaptées. En fonction de la question de recherche spécifique à laquelle elle s'adresse, une équipe de RMO doit être multidisciplinaire et diversifiée pour être apte à atteindre les objectifs du projet.

La construction de l'équipe comprend à la fois l'amélioration de la capacité des membres de l'équipe à contribuer au projet en tant qu'individus ainsi que l'amélioration de la capacité du groupe à fonctionner en équipe. Les compétences individuelles sont la base essentielle pour construire le noyau d'une équipe de RMO. La construction de l'équipe est souvent compliqué lorsque les membres de l'équipe doivent répondre à la fois à un responsable hiérarchique ainsi qu'au responsable de l'équipe de RMO. Une gestion effective de cette double supervision est essentielle pour le succès d'un projet de RMO. Toutefois, chaque équipe de RMO doit associer une expertise adéquate avec une vision locale afin de concevoir, mener et communiquer efficacement la recherche proposée. Une équipe caractéristique de RMO peut comprendre les fonctions suivantes (une personne peut avoir plusieurs rôles ou fonction):

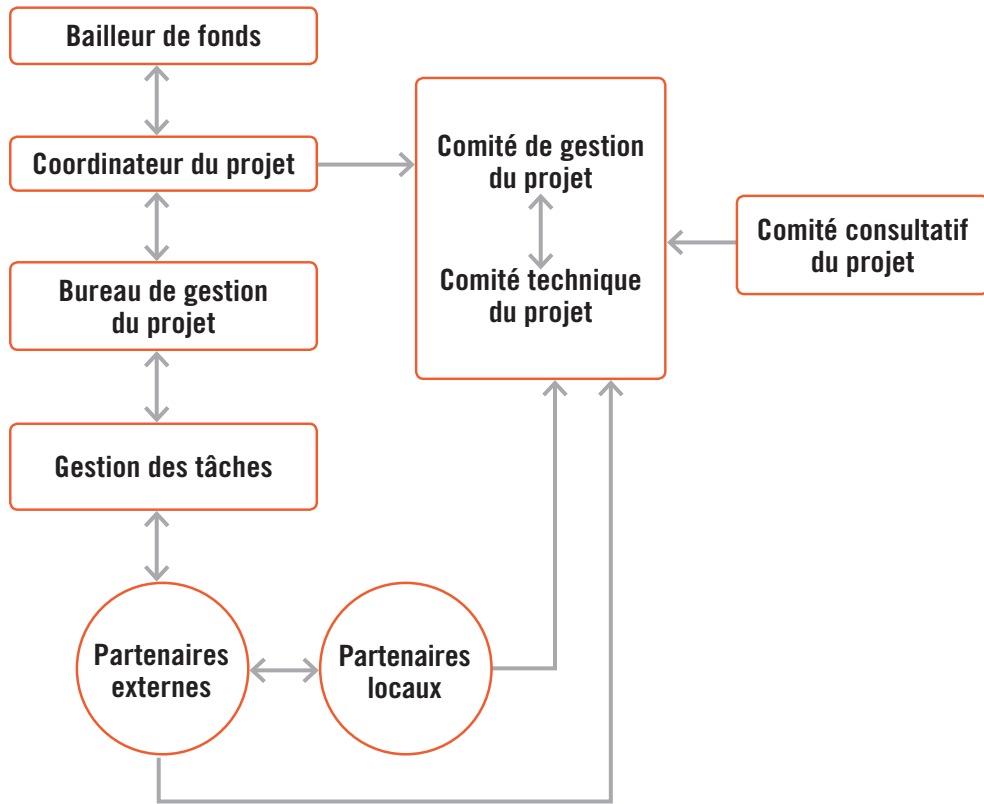
- Chargé de projet
- Chercheur principal (PI) / exécutant(s) / prestataire(s) de soins de santé.
- Responsable(s) de projet.
- Responsable(s) scientifique(s) et technique(s)
- Autres chercheurs (multidisciplinaires, selon la question de RMO).
- Spécialiste(s) des médias et de la communication
- Spécialiste(s) de programme suivi-évaluation / spécialiste(s) des données

Dans certaines circonstances, des membres supplémentaires de l'équipe de RMO peuvent inclure des membres de la communauté, des bénéficiaires de soins de santé, des membres de comités consultatifs, des décideurs politiques, et autres collaborateurs de recherche.

En plus d'inclure l'expertise appropriée, une équipe de RMO doit adopter une approche de gestion d'équipe adaptée (Figure 2).



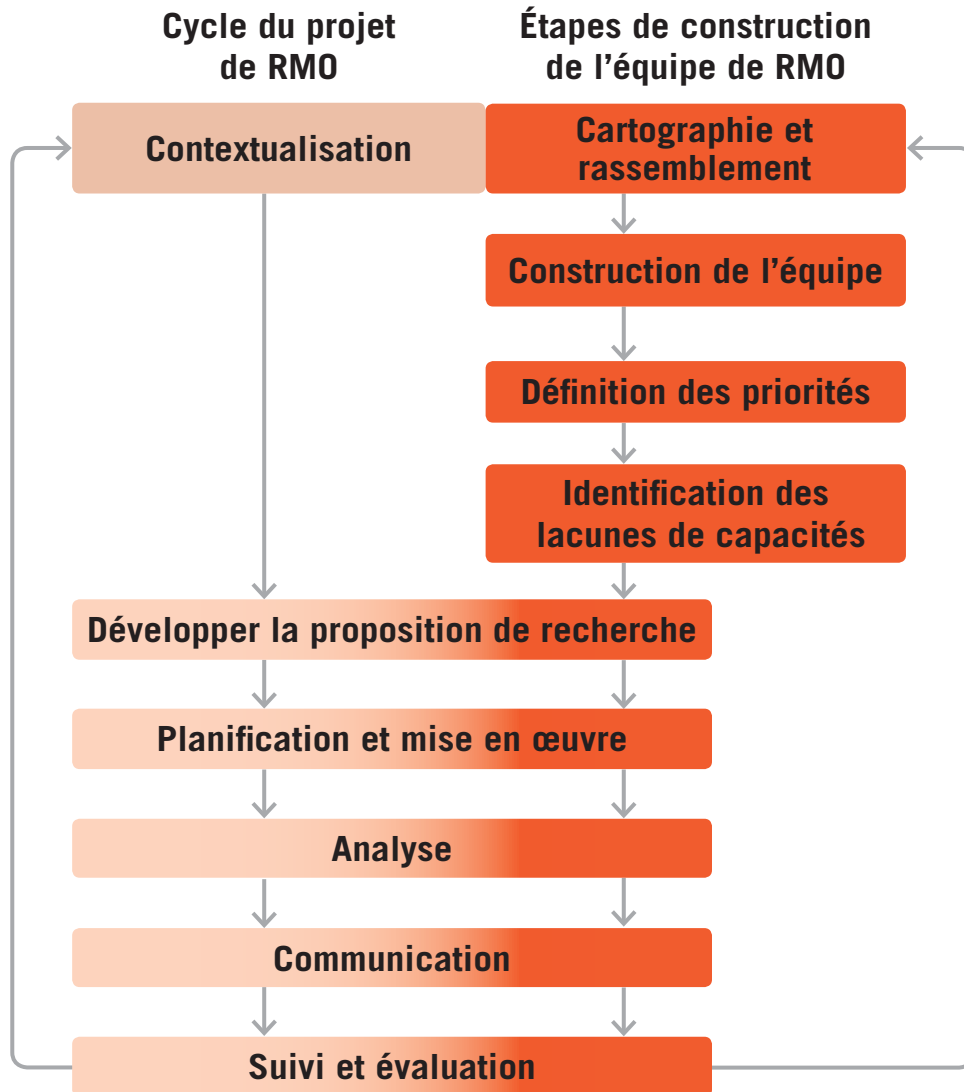
Figure 2. Structure de gestion de l'équipe de recherche (exemple)



Sur la base de divers modèles actuels de développement d'équipes et de partenariats, quatre étapes spécifiques sont décrites pour la mise en place d'équipes de RMO (Figure 3). Selon les considérations locales et contextuelles, toutes les équipes n'auront pas à passer par chacune des étapes distinctes. Pour quelques équipes existantes, une attention renouvelée à certaines étapes spécifiques ou incomplètes peut également être utile.



Figure 3 : Processus parallèles du cycle du projet de RMO et des étapes de construction de l'équipe de RMO



Démarrage, cartographie et rassemblement

Comme vous l'aurez lu dans plusieurs autres modules, les environnements physiques, socio-économiques et culturels, les systèmes de santé, les parties prenantes et la culture institutionnelle sont des aspects clés du contexte de la RMO. Comme première étape de la préparation à la mise en œuvre d'un projet de RMO, l'équipe de RMO doit être rassemblée pour la phase préliminaire de contextualisation afin d'analyser et d'approuver conjointement les facteurs contextuels pertinents.

En plus de construire une conception commune du contexte de la recherche, cette étape initiale représente également une occasion idéale pour l'équipe RMO de base d'atteindre plusieurs objectifs concernant l'équipe :

VOIR MODULE - INTRODUCTION À LA RMO



- Comprendre les opportunités et les défis des partenariats/ collaborations de recherche existants.
- Identifier les membres potentiels de l'équipe et les autres parties prenantes du projet.
- Rassembler des informations sur l'état des problèmes et la cartographie des données (par exemple, recherche documentaire).
- Consulter les parties prenantes pertinentes et les prestataires de ressources externes (y compris les bailleurs de fonds).

Rassembler les membres de l'équipe nécessite souvent du temps et de la patience, et ne peut être précipité. Une bonne compréhension des relations de pouvoir existantes entre les parties prenantes peut également être essentielle. Une communication claire et à pied d'égalité entre les membres de l'équipe est un principe important dès le départ ; un problème potentiel à ce stade est le manque de ressources humaines à consacrer au processus de constitution de l'équipe.

L'étape de cartographie et de rassemblement peut inclure l'exploration de l'intérêt potentiel et de l'état de disponibilité des partenaires lors de réunions individuelles initiales, ainsi que des réunions initiales de brainstorming par l'équipe de base au fur et à mesure que la collaboration prend forme. Cette première étape implique souvent des consultations menant au développement d'un cadre conceptuel préliminaire pour une question de recherche ou un consensus initial concernant une priorité ou un défi communs.

Dialogue constructif

Dans le cadre d'une équipe de RMO, un dialogue constructif est essentiel pour la priorisation conjointe et la prise de décision basée sur des preuves, c'est le fondement de l'application intégrée des connaissances. Une collaboration et un dialogue authentiques ne peuvent avoir lieu que lorsque les membres de l'équipe de RMO partagent des objectifs communs, tout en reconnaissant les différences sous-jacentes et la fragmentation de leurs approches respectives. La confiance se construit lorsque les membres de l'équipe reconnaissent ces défis et sont prêts à les aborder conjointement pour atteindre leurs objectifs communs.

De nombreux commentateurs ont défini les principales caractéristiques d'un dialogue authentique¹ :

- *Inclusion* : chaque membre de l'équipe dispose individuellement d'éléments clés concernant l'expertise et les connaissances nécessaires pour résoudre un problème commun, ainsi que des processus ou des structures pour y faire face.
- *Appropriation conjointe* : il faut mettre en jeu quelque chose de concret et de commun pour identifier des solutions optimales.
- *Apprentissage* : le dialogue constructif ne consiste pas tant à parler mais plutôt à « apprendre ensemble » et à écouter ceux qui souvent ne sont pas entendus. Il s'agit également pour les membres de l'équipe de se rendre compte et de comprendre ce qu'ils ne savent pas.



- *Humanité* : montrer de l’empathie pour la position des autres.
- *Perspective à long terme* : reconnaître qu’il n’y a pas de solution miracle, le dialogue est intentionnellement ouvert.

De par sa nature, la RMO a lieu dans des systèmes réels adaptatifs et complexes au sein de contextes non expérimentaux ; la compréhension de facteurs contextuels spécifiques et des perspectives de tous les différents membres de l’équipe influence directement la planification, la conception et la conduite de la recherche.

Pour cette raison, le dialogue constructif est souvent le meilleur moyen – voire le seul – pour l’équipe de RMO de travailler ensemble pour : identifier les questions de recherche, déterminer les méthodologies, mener la recherche, interpréter les résultats, diffuser et appliquer les résultats. En pratique, le dialogue est fondé sur quatre compétences clés que les membres de l’équipe RMO doivent cultiver, comme résumé dans le Tableau 1.

VOIR MODULE - COMPRENDRE LA RMO

Tableau 1. Quatre pratiques de dialogue constructif²

Pratique	Résumé
Écouter de façon active	Cela exige que les parties prenantes / participants non seulement entendent les mots, mais aussi acceptent différents points de vue.
Respecter l’autre	Cela commence par accepter et reconnaître que les autres ont des choses à nous apprendre, et peut consister à souligner ce qui semble différent ou impossible à comprendre.
Suspendre son jugement	Lorsqu’on écoute quelqu’un parler, on commence à se faire une opinion et à faire face à un choix : défendre son point de vue et résister à celui de l’autre ; ou bien, suspendre son opinion et la certitude qui se cache derrière. Suspendre son opinion ne signifie ni supprimer ce qu’on pense ni le préconiser avec une conviction unilatérale. Le contraire de cette approche de suspendre son opinion est le dogmatisme.
Exprimer son opinion	Dire ce qu’on considère comme vrai indépendamment des autres influences qui peuvent être manifestées.

Avec le temps et un environnement sûr, les membres de l’équipe de RMO peuvent apprendre à abandonner leurs préjugés personnels ou organisationnels et se tourner vers les méthodes de RMO pour concevoir conjointement des approches pragmatiques et contextuelles plutôt que de se rabattre sur des approches génériques ou familières. De cette manière, un nouveau paradigme – celui de penser et de travailler ensemble – peut être établi au sein des équipes de RMO, où l’apprentissage contextuel, le dialogue et la mise en œuvre collective deviennent la norme. Une collaboration et une responsabilité véritables ne peuvent être générées que lorsque les membres de l’équipe de RMO sont en mesure d’atteindre ce nouveau niveau d’ouverture les uns avec les autres. La responsabilité peut également être générée comme un sous-produit du dialogue d’équipe – une compréhension de ce que les membres de l’équipe peuvent attendre les uns des autres – par opposition à être le résultat d’un suivi ou d’une évaluation « imposée ».

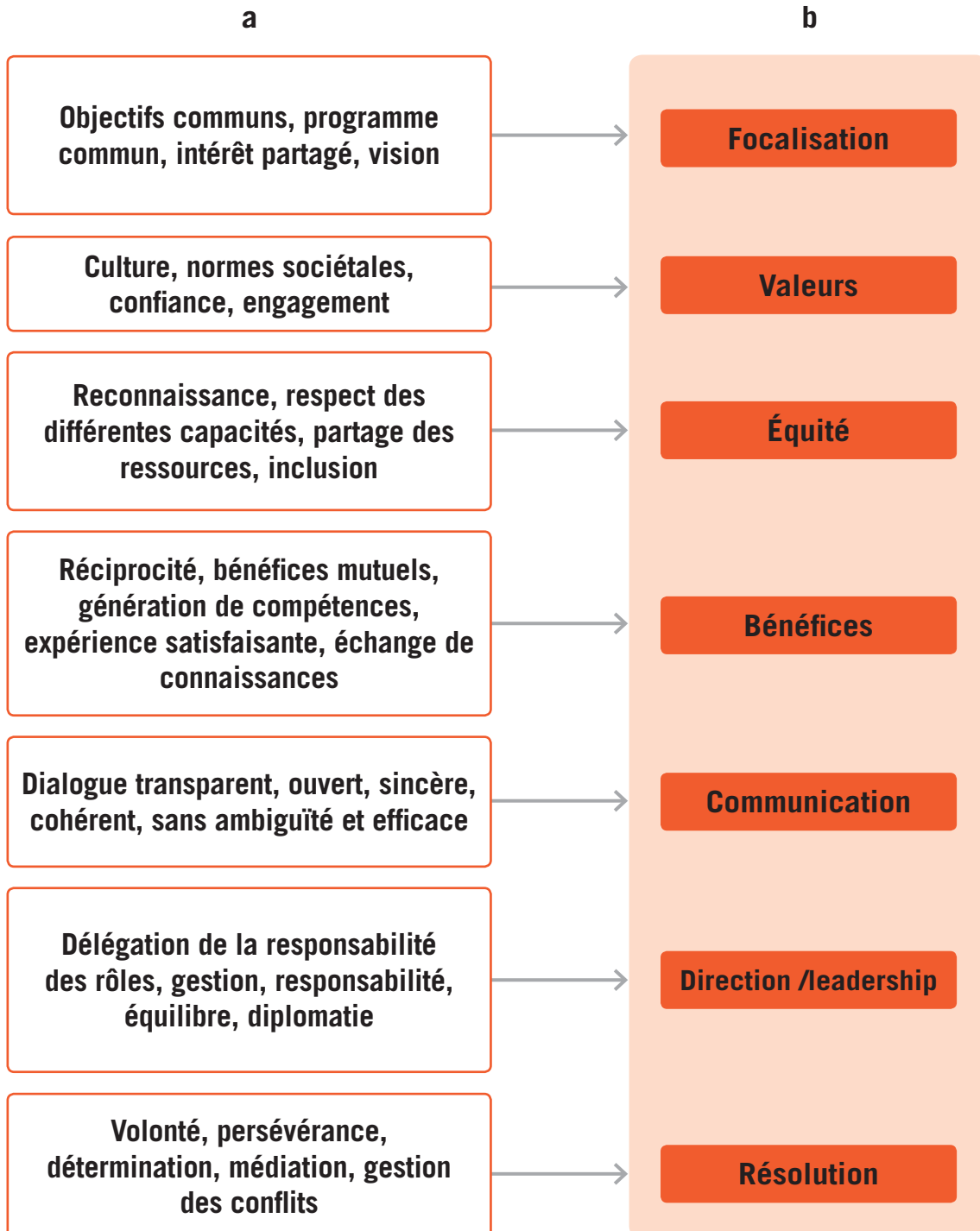


Appropriation, confiance, responsabilités et rôles

Des travaux récents sur le renforcement des systèmes de santé ont identifié certaines exigences et caractéristiques communes utiles pour les équipes de recherche et les partenariats. Entre autres critères, Larkan et ses collaborateurs³ ont suggéré que les partenariats complexes exigent que toutes les parties s'entendent sur un programme minimum commun, qu'elles impliquent tous les principaux intervenants dès le stade de la conception et que les ressources soient clairement attribuées. La Figure 4 propose les attributs récapitulatifs (a) et les concepts de base (b) nécessaires à une équipe de recherche performante.



Figure 4. Attributs récapitulatifs (a) et concepts de base (b) nécessaires à des équipes de recherche performantes en santé mondiale



Adapté de Larkan et al.



Au début du processus de construction de l'équipe de RMO, une première réunion d'équipe / partenariat est essentielle. La première réunion doit impliquer autant de parties prenantes potentielles que possible et créer une occasion de rassembler les partenaires – peut-être pour la première fois – pour définir une question et une approche de recherche communes, et pour s'engager à continuer à travailler ensemble et à développer une proposition de RMO. Dans la mesure du possible, il faut créer un espace neutre et inclusif où toutes les parties prenantes potentielles de la RMO ont l'occasion de comprendre et de questionner l'approche de la RMO, ainsi que d'évaluer et d'accepter leur propre implication et rôle.

C'est aussi l'occasion pour les membres de l'équipe d'explorer la division du travail et les besoins ou lacunes critiques en matière de capacités dans l'ensemble de l'équipe. Les sujets susceptibles d'être abordés lors de la première réunion peuvent inclure :

- Mécanismes de prise de décision clarifiés et acceptés.
- Accord sur les objectifs principaux.
- Engagements et responsabilités des membres de l'équipe définis et acceptés, par exemple :
 - mise en réseau avec d'autres parties prenantes potentielles ;
 - publicité initiale / plaidoyer pour l'étude de RMO ;
 - renforcer / compléter les capacités des membres de l'équipe existante ;
 - coordination de l'équipe de RMO et résolution des conflits ;
 - suivi, évaluation et révision ;
 - apprendre et partager ;
 - mobilisation des ressources.

Après la réunion, une note conceptuelle doit être créée pour saisir la discussion et les décisions, et commencer à exposer la vision, les objectifs et la conception / méthodologie du projet de RMO, et elle doit se référer aux valeurs partagées, objectifs stratégiques, membres de l'équipe de base, collaborations et voies à suivre. Une ou deux personnes doivent se voir confier cette tâche lors de la réunion initiale de l'équipe, de préférence le responsable scientifique.

Définir les priorités, les problèmes et les questions de recherche

Maintenant l'équipe de recherche doit être en mesure d'élaborer un « énoncé du problème » et, grâce à une analyse systématique des ressources et de la documentation existantes, de justifier pourquoi la recherche proposée pourra fournir des réponses, des solutions ou d'autres stratégies au problème identifié.

En développant l'« énoncé du problème » que le projet de RMO aborde, l'équipe doit parvenir à une vision commune du but de l'étude et des questions de recherche sur lesquelles elle se concentrera.

Encore une fois, atteindre ce point ne doit pas être précipité mais doit prendre en compte les diverses positions et capacités des différents membres de l'équipe



et des parties prenantes dans leur ensemble. Promouvoir l'appropriation du projet par l'équipe dans la phase initiale favorise un engagement indispensable dans les étapes ultérieures de l'étude.



Renforcement des capacités

Si l'équipe se rend compte qu'il faut des capacités spécifiques pour le projet de RMO mais qu'elles ne se trouvent pas au sein de l'équipe, des mesures doivent être prises pour identifier d'autres membres de l'équipe, localement ou à distance, qui pourront apporter ces capacités. Dans des cas particuliers, lorsqu'il est essentiel d'avoir la capacité localement mais qu'elle est absente, il peut être nécessaire de prévoir de développer des compétences ou des capacités spécifiques au sein de l'équipe, si le temps et les ressources le permettent.

Étude de cas 1

Renforcement des capacités pour la recherche en santé durable : analyse de quatre études de cas africaines

Contexte : Malgré des investissements substantiels dans le renforcement des capacités de santé dans les pays en développement, les évaluations de l'efficacité du renforcement des capacités sont rares. En analysant des projets en Afrique qui ont réussi à renforcer les capacités durablement, nous avons cherché à identifier les résultats probants qui pourraient indiquer que le renforcement des capacités soit susceptible d'être durable. Quatre projets ont été sélectionnés comme études de cas en utilisant des critères préétablis, y compris la réalisation apparente d'un renforcement durable des capacités. En cartographiant les activités de renforcement des capacités dans chaque étude de cas sur un cadre précédemment utilisé pour évaluer la capacité de recherche en santé au Ghana, nous avons pu identifier des activités communes à tous les projets. Nous avons utilisé ces activités pour obtenir des indicateurs qui peuvent ensuite être utilisés dans d'autres projets, notamment pour suivre les progrès vers la création de capacités de recherche durables.

Résultats : Les indicateurs de renforcement durable des capacités se sont complexifiés à mesure que les projets mûrissaient. Ils incluaient : (i) un engagement précoce des parties prenantes ; des plans explicites de mise à l'échelle ; des stratégies pour influencer les politiques ; des évaluations de la qualité (étapes de sensibilisation et d'expérience) ; (ii) l'amélioration des ressources ; l'institutionnalisation des activités ; l'innovation (phase d'expansion) ; et (iii) le financement assuré des activités de base ; la gestion et la prise de décision menées par les partenaires du Sud (phase de consolidation). Les projets sont devenus viables après une période médiane de 66 mois. Les principaux défis pour parvenir à une mise en place durable ont été la forte rotation du personnel et des parties prenantes, et les difficultés à intégrer de nouvelles activités dans les systèmes existants, à obtenir des financements et à influencer le développement des politiques.

Conclusions : Il faut de nombreuses années pour que les projets de renforcement des capacités deviennent durables. Les indicateurs doivent i) être à la fois génériques et spécifiques au contexte ; ii) évoluer et gagner en complexité à mesure que les projets évoluent ; iii) avoir le soutien des parties prenantes et être révisés régulièrement.

Source : Bates I. et al. Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies. *Health Research Policy and Systems*. (2011) ; 9(1) :1.



Adoption des résultats

Les résultats et les solutions identifiés dans un projet de RMO doivent être acceptés par le personnel de santé exécutant l'intervention de santé. Si ces parties prenantes essentielles sont disposées à suivre les recommandations suggérées par le projet de RMO, la recherche contribuera à ajouter de la valeur à l'intervention sanitaire et à l'améliorer. Sans adoption, le projet de RMO n'atteint pas son objectif et ses résultats ne sont pas utilisés. Comme indiqué plus haut dans ce module, identifier les bonnes personnes pour l'équipe de RMO est une étape essentielle dans ce processus. Cette équipe travaillera directement avec le personnel de santé tout au long du projet. La qualité et la fréquence de leurs interactions détermineront la probabilité que le personnel de santé utilise les conclusions et les recommandations du projet de RMO.

Explication du suivi continu

Comme cela a été souligné tout au long des modules de cette boîte à outils, le but de la RMO est d'identifier les obstacles et les barrières à la mise en œuvre des interventions de santé. La collecte de données dans la RMO examine pourquoi ces barrières existent, et dans son analyse la RMO propose des solutions pour y remédier. Tout au long de ce processus, l'engagement du personnel de santé qui dispense les interventions est essentiel. La RMO ne consiste pas à « suivre et évaluer » une intervention de santé, et le personnel de santé ne doit pas avoir l'impression d'être évalué lors de sa participation à un projet de RMO. Si tel est le cas, cela n'encourage pas l'appropriation du projet et l'adoption des résultats par les personnes mêmes qui ont besoin de les utiliser.

La RMO utilise un processus continu de feedback et de dialogue entre l'équipe de RMO et le personnel de santé impliqué dans la mise en œuvre de l'intervention. Au début de tout projet de RMO, ce processus doit être conçu de manière à ce que le personnel de santé comprenne qu'il constitue un élément essentiel de la recherche et de l'équipe de RMO. Une rétro-information efficace doit être constructive, tangible, transparente, applicable, facile à utiliser, spécifique, opportune et continue. Les commentaires peuvent être présentés sous différents formats : réunions de réflexion, visites de supervision d'appui, réunions fréquentes d'examen des données et partage des résultats de recherche et des mises à jour.

Pendant le processus de suivi continu, il est possible que des ajustements soient apportés à l'intervention de santé avant la fin du projet de RMO. Par exemple, si une formation sur la prévention du paludisme offerte à une cohorte de mères d'enfants de moins de 5 ans réduit les cas de paludisme, le personnel de santé peut décider d'offrir une formation à toutes les mères arrivant au centre de santé à mi-parcours du cycle du projet de RMO. Impliquer le personnel de santé dans l'analyse de ces premières données peut l'aider à améliorer les interventions étudiées avant d'attendre les résultats finaux du projet de RMO. Le suivi continu différencie la RMO des autres études scientifiques, où un chercheur attend habituellement que tous les résultats soient compilés et analysés avant de faire des recommandations. Étant donné que la RMO se passe dans des situations



réelles, la capacité de s'adapter aux résultats en cours a le potentiel de sauver des vies et d'améliorer la santé de la population.

Tout au long du cycle du projet, un suivi continu doit être intégré dans les activités de l'équipe. Ces interactions entre l'équipe de recherche et le personnel de santé de l'équipe de RMO donnent des occasions d'engager le personnel clé de santé dans le processus de collecte des données, l'analyse des données et leur interprétation. Chacune de ces étapes est décrite ci-dessous.

La contribution du personnel de santé à la collecte de données est essentielle. Les agents de santé fournissent souvent la plus grande part des connaissances locales dont l'équipe RMO a besoin avant de commencer la collecte de données. Par exemple, à quelle heure de la journée convient-il d'interviewer les membres de la communauté ? Qui sont les informateurs clés dans cette localité ? Quels sont les paramètres culturels dans cette zone qui peuvent affecter la collecte de données (par exemple, les femmes doivent être interviewées par des femmes, fêtes religieuses, etc.) ?

En impliquant le personnel de santé dans la conception de la collecte de données, l'équipe de RMO favorise une prise de responsabilité qui se poursuit tout au long du projet. Grâce à cela, le personnel de santé s'approprie davantage le projet de RMO, et garantit même que les comptes rendus soient exacts, complets et faits promptement, améliorant ainsi la qualité des données collectées pendant le projet. Si le personnel de santé se sent impliqués dans le processus, la détermination de s'engager dans l'obtention de l'information augmente. Tout au long de la collecte des données, l'équipe de RMO doit garantir la qualité des données afin que le personnel de santé puisse être sûr de la valeur des résultats, augmentant ainsi les chances que cette information soit utilisée pour l'apprentissage et les prises de décisions. Une communication régulière au cours de cette étape du projet de RMO sera l'occasion d'aborder tous les défis du travail de terrain et permettra au personnel de santé de participer à l'interprétation des premiers résultats, offrant ainsi la possibilité de remanier la collecte de données si nécessaire.

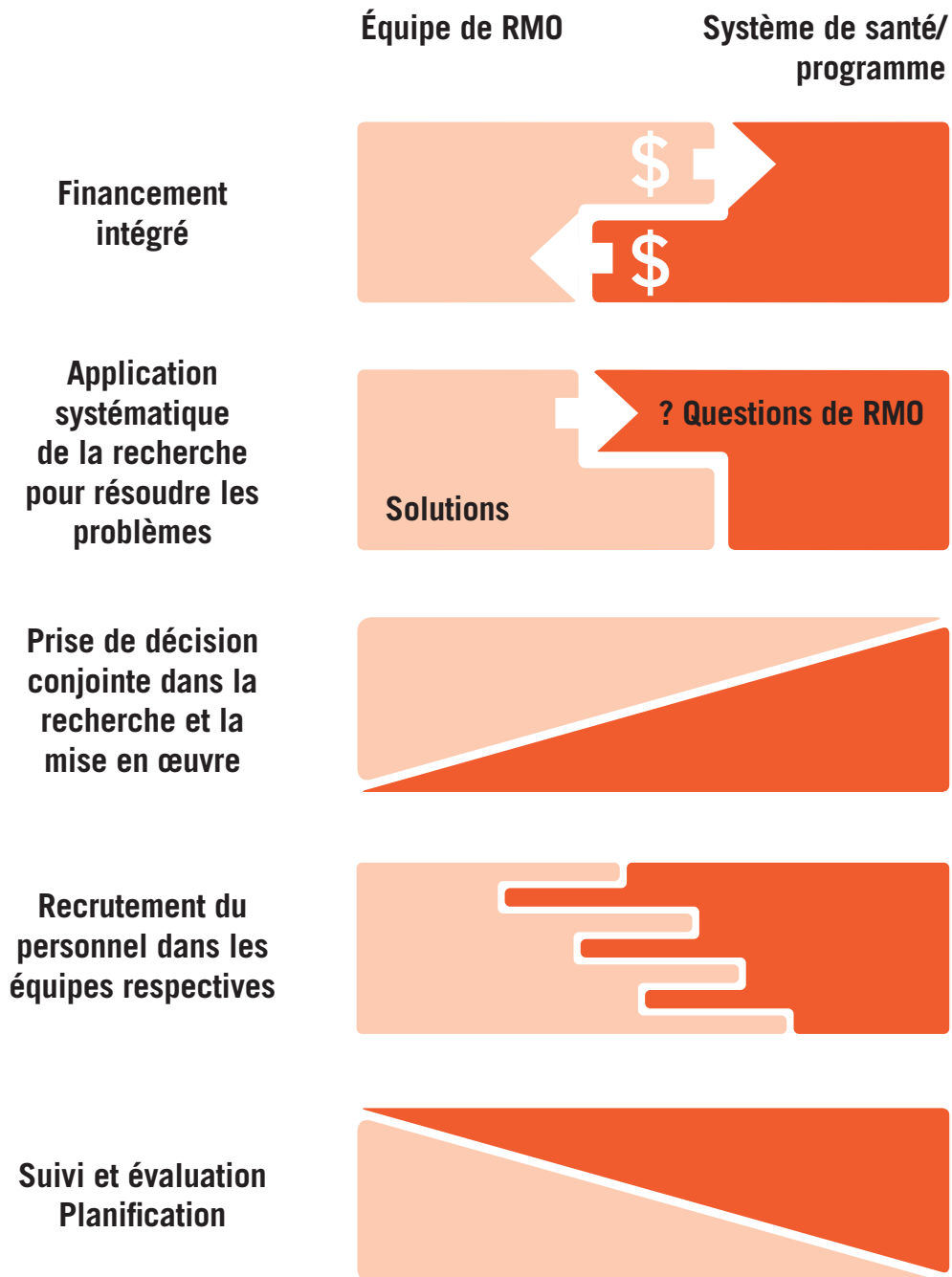
Pendant la phase d'analyse et d'interprétation des données du projet de RMO, l'implication du personnel de santé est essentielle. En offrant des occasions qui encouragent les agents de santé à interpréter les résultats du projet de RMO, ils sont capables d'identifier leurs propres succès, défis et solutions par rapports aux obstacles rencontrés. Ce dialogue renforce l'appropriation du projet par le personnel de santé plutôt que d'imposer des interprétations et des solutions « descendantes » (en anglais : *top down*). En outre, le personnel de santé est en mesure de fournir cette importante interprétation contextuelle des résultats de recherche que l'équipe de RMO peut ne pas connaître. Comme discuté ci-dessus, les résultats de la RMO peuvent être adaptés à l'intervention de santé existante à différents moments tout au long du cycle du projet.

À la fin du projet, lorsque les résultats sont diffusés aux parties prenantes concernées, il est important que l'équipe de RMO travaille avec le personnel de



santé pour identifier les personnes les plus à même à délivrer les messages ainsi que les personnes devant être ciblées pour l'application des connaissances. Faire remonter ce processus jusqu'à l'équipe est important de façon à ce que les réactions et les interprétations des résultats puissent être comprises et, si nécessaire, à ce que le message puisse être adapté. De plus, impliquer le personnel de santé clé dans la diffusion des résultats peut être un processus valorisant.

Figure 5. Infographie pour démontrer l'interaction entre le personnel de santé et l'équipe de RMO, montrant la nature intégrée de la RMO dans le système de santé





Documentation

La recherche de mise en œuvre est un processus dynamique qui nécessite souvent adaptation, flexibilité et innovation pendant l'exécution du projet. Comme on a vu, le processus de suivi continu peut apporter des changements au projet de RMO, et l'équipe de RMO doit être prête à faire ces ajustements au fur et à mesure qu'ils surviennent. Par exemple, le personnel de santé peut décider de mettre en œuvre, au milieu du processus de recherche, une solution identifiée par le biais du projet de RMO, une fois qu'elle a été démontrée efficace. Ou bien les agents de santé peuvent décider que la modification proposée à l'intervention de santé dans le projet de RMO doit être rectifiée. Il est crucial que de tels changements ou adaptations au processus de recherche soient bien documentés, coordonnés et contrôlés pour assurer crédibilité et fidélité à la mise en œuvre.

Les questions suivantes doivent étayer la documentation que l'équipe prépare :

- Qu'est-ce qui se passe ?
- Pourquoi cela se passe-t-il de cette façon ?
- Est-ce que c'est prévu ?

L'équipe de RMO doit être objective lors de la documentation des processus et doit rapporter à la fois les expériences négatives et positives. Cela facilitera l'apprentissage et produira des preuves pour appuyer des récits précédemment anecdotiques. La documentation des divers processus, adaptations, révisions et expériences qui ont eu lieu et ont eu une incidence sur la recherche garantira que les planificateurs de programmes et les décideurs reçoivent non seulement les résultats de l'étude, mais comprennent également parfaitement le processus d'obtention de ces résultats.

Utilisation du cadre conceptuel des systèmes de santé de l'OMS pour la RMO

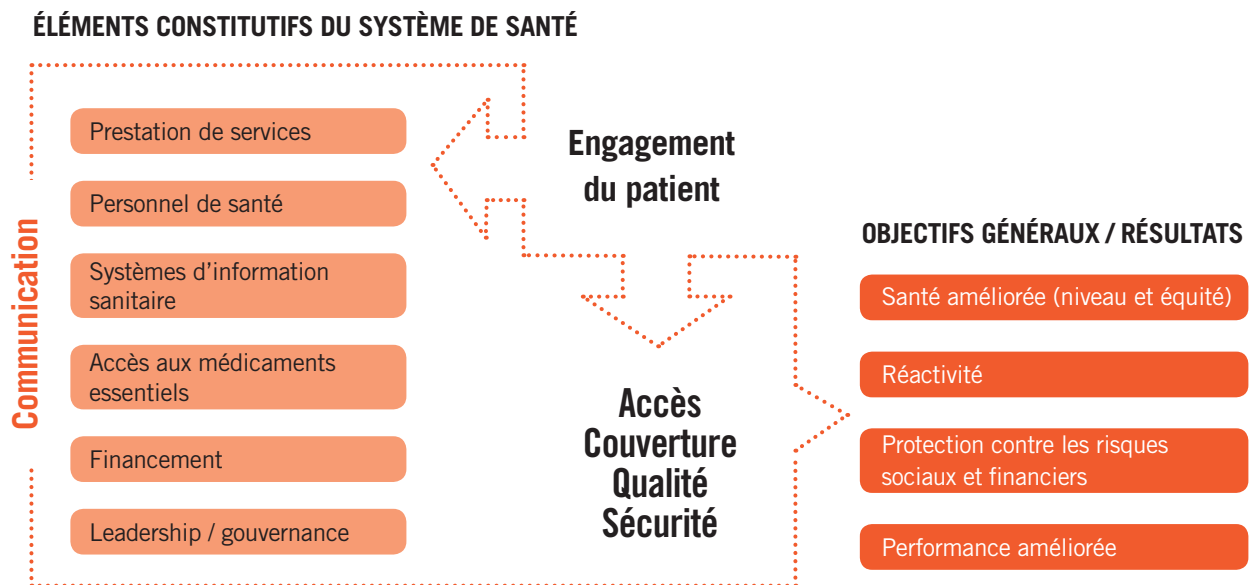
Comme indiqué, au cours du processus de RMO le personnel de santé participe à l'élaboration des questions de recherche, à la collecte des données ainsi qu'à l'interprétation des résultats et à l'identification des recommandations. En même temps, le personnel de santé est responsable de l'exécution de l'intervention, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux de masse contre l'onchocercose, de la promotion d'un meilleur assainissement pour réduire la transmission des helminthes intestinaux ou d'autres interventions sanitaires. Pour des raisons de faisabilité opérationnelle, de ressources humaines et de financement, la RMO est souvent réalisée seulement dans une sélection de districts ou de centres de santé. Cependant, les implications de la RMO peuvent s'appliquer à l'ensemble du système de santé. Comment alors s'assure-t-on que ces résultats soient intégrés et maintenus durablement dans le système de santé ?

Le cadre conceptuel des systèmes de santé de l'OMS (Figure 6) fournit un guide aux praticiens de la recherche de mise en œuvre sur la manière dont le système de santé dans son ensemble peut être impliqué dans la recherche de mise en



œuvre. Avant le début du projet de RMO, l'équipe de RMO peut examiner le cadre conceptuel pour évaluer comment chacun des éléments constitutifs peut être impliqué dans l'intervention de santé en question ainsi que dans les solutions aux obstacles identifiés.

Figure 6. Le cadre conceptuel des systèmes de santé de l'OMS⁴



Prenons un exemple pour comprendre comment les éléments constitutifs du cadre conceptuel de l'OMS peuvent servir de guide pour l'intégration de la RMO dans le système de santé :

Votre projet de RMO vise à comprendre et à réduire les obstacles à l'adoption de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dans les familles ayant des enfants de moins de cinq ans, en utilisant une étude à méthodes mixtes dans deux districts. Les obstacles à l'utilisation des moustiquaires imprégnées sont les suivants : les pères ne sont pas favorables à l'utilisation de moustiquaires pour les enfants et les mères ont besoin de plus d'explications et de savoir-faire pour faire en sorte que leurs enfants dorment sous une moustiquaire tous les soirs. Le projet de RMO a testé deux solutions à ces obstacles : 1) envoyer aux pères des messages SMS ; et 2) conseiller les mères dans les cliniques de SMNE (santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant). Les résultats de la RMO ont démontré l'utilité de ces deux actions pour améliorer la conformité à l'utilisation des moustiquaires imprégnées dans les deux districts, utilité confirmée par une réduction des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans traités par le personnel de santé local. Ces résultats et actions sont applicables à plusieurs autres districts du système de santé, alors comment allez-vous vous assurer que ces nouvelles pratiques soient intégrées dans les prestations de services de santé existants afin qu'elles puissent être maintenues durablement dans le temps ?



Avec cet exemple, chaque élément constitutif du système de santé contribue à l'intégration des résultats et à l'augmentation de la viabilité :

- *Prestation de services* : Ces recommandations de RMO fournissent une solution pour réduire les cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans grâce à une meilleure utilisation des MII. Ces actions se sont avérées efficaces, sûres et applicables avec un minimum de ressources supplémentaires. En conséquence, ces actions de RMO peuvent être recommandées pour améliorer la prestation de services au-delà des deux districts de l'étude.
- *Personnel de santé* : Afin de s'assurer que les mères soient conseillées dans chaque district, les professionnels de santé appropriés travaillant dans les cliniques de SMNE doivent être identifiés pour suivre une formation qui leur permettra de conseiller les mères. Ces activités peuvent être ajoutées aux programmes réguliers de formation du personnel ainsi qu'aux listes de contrôle de supervision pour assurer que le personnel dispose des ressources et des compétences nécessaires pour mener à bien les activités. Estimez si une formation en amont est nécessaire pour entretenir durablement les activités, par exemple dans les écoles d'infirmières ou de sages-femmes.
- *Systèmes d'information sanitaire* : Comment l'enregistrement de ces activités peut-il être intégré dans la collecte de données de routine au niveau du centre de santé et / ou du bureau de santé du district ?
- *Produits médicaux, vaccins et technologies* : Si le projet de RMO a démontré l'utilisation d'un outil de travail (par exemple, brochure, affiche, feuille de « foire aux questions ») pour guider le personnel de santé dans l'activité de conseil aux mères, comment peut-il être reproduit et distribué à plus grande échelle ?
- *Financement de la santé* : la formation du personnel de santé peut-elle être intégrée dans les activités de formation existantes afin de réduire la pression financière sur le système de santé ? Comment les messages SMS de routine destinés aux pères peuvent-ils être financés à long terme ?
- *Leadership et gouvernance* : Afin d'assurer une supervision efficace de ces activités, un suivi et une évaluation réguliers des conseils, des messages SMS et des cas de paludisme signalés peuvent démontrer l'impact de ces activités au fil du temps.

Si le système de santé n'est pas pris en compte, la RMO risque de produire des résultats qui ont des implications limitées dans la pratique et le temps. Or, la viabilité en RMO est rentable. En l'absence de viabilité, la même question RMO peut être réexaminée quelques années après, car la barrière ou le problème n'a peut-être été supprimé que temporairement. Travailler au sein du système de santé améliore l'équité dans la portée de la RMO parce que les régions qui ne faisaient pas partie du projet de recherche peuvent également bénéficier de ses résultats. Les interventions sanitaires doivent bénéficier à tous ceux qui en ont besoin. Considérer la viabilité, l'équité et l'utilisation rationnelle des ressources doit faire partie de tous les projets de RMO.



Cas d'étude 2

Utilisation du cadre conceptuel de l'OMS basé sur les « éléments constitutifs » des systèmes de santé pour analyser comment la RMO peut être intégrée et maintenue durablement dans le système de santé

Contexte : Bien que la RMO ne puisse être menée que dans une zone géographique spécifique ou un nombre d'établissements de santé limité, ceci pour des raisons de faisabilité opérationnelle, de ressources humaines et de financement, les implications de la RMO peuvent s'appliquer à une section plus large d'un système de santé donné. L'OMS a recommandé l'utilisation d'un cadre conceptuel basé sur les « éléments constitutifs » des systèmes de santé pour examiner de manière exhaustive comment les interventions peuvent fonctionner de manière plus performante et plus efficace dans des contextes complexes et réels. Cette approche analyse les six éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS, qui définissent les composantes essentielles d'un système de santé. Cette approche a été utilisée dans l'analyse des barrières et des motivations concernant la circoncision masculine médicale volontaire (VMMC) dans 14 pays prioritaires qui ont été chargés d'étendre les services de VMMC à 80% des hommes âgés de 15-49 ans et séronégatifs au VIH, entre 2008 et 2016. Bien que le programme ait commencé en 2008, en juillet 2014, seuls deux pays avaient atteint plus de 50% des valeurs cibles alors que les autres avaient atteint moins de 30%. Cette analyse a utilisé le cadre des éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS pour examiner les facteurs influençant la mise à l'échelle des programmes de la VMMC de 2008 à 2013 dans 14 pays prioritaires. L'influence de chaque élément constitutif respectif est résumée ci-dessous.

- (i) *Leadership et gouvernance* : le succès de l'intervention a été facilité par son appropriation durable dans le pays et par une volonté politique. Toutefois, l'engagement continu et la détermination des parties prenantes sont également essentiels.
- (ii) *Personnel de santé* : les activités de l'intervention proposée ne doivent pas compromettre le travail de la main-d'œuvre déjà surchargée et la qualité générale des services de santé fournis. Ainsi, toute innovation doit s'assurer d'avoir un bon rendement pour minimiser les contraintes sur les ressources humaines. Dans l'intervention de VMMC, le transfert et le partage des tâches étaient à même de faciliter la mise à l'échelle. Une formation appropriée pour les professionnels de santé non médecins était essentielle.
- (iii) *Prestations des services de santé* : étendre l'accès et améliorer la demande à la VMMC sont deux aspects essentiels pour favoriser l'utilisation des services. Des services mobiles ou de proximité pour élargir l'accès à la VMMC ont été couronnés de succès dans des pays tels que le Kenya. Cependant, l'expérience au Zimbabwe a révélé qu'il était nécessaire de comprendre les obstacles et les facteurs de motivation liés à l'adoption de la VMMC pour déterminer la demande de services.
- (iv) *Produits médicaux, vaccins et technologies* : la disponibilité de produits et de matériel en quantité suffisante, dans les délais et d'une qualité acceptable est essentielle au succès d'une intervention. La réussite de la mise en œuvre de la VMMC nécessite des partenariats coordonnés efficaces et performants pour répondre aux besoins en matériels. Cependant, dix des 14 pays ont signalé des problèmes liés à des approvisionnements inadéquats et à des retards dans les achats. En outre, dans la plupart des cas, les activités de gestion des déchets de la VMMC n'ont pas été chiffrées.



Cas d'étude 2

Utilisation du cadre conceptuel de l'OMS basé sur les « éléments constitutifs » des systèmes de santé pour analyser comment la RMO peut être intégrée et maintenue durablement dans le système de santé

- (v) *Financement du système de santé* : pour l'extension de la VMMC, la disponibilité de financements externes a été un élément facilitateur majeur. Cependant, le recours au financement par des bailleurs de fonds pour la mise à l'échelle s'est révélé être un obstacle dans les pays qui sont arrivés bien en deçà des objectifs cibles de la VMMC. Pour combler ces écarts de financement, plusieurs pays génèrent des fonds au niveau national et les dirigent spécifiquement vers les programmes de lutte contre le VIH, y compris vers les activités de la VMMC.
- (vi) *Systèmes d'information sanitaire* : des informations de qualité sont nécessaires pour guider les décisions basées sur des preuves pour savoir comment allouer des ressources limitées pour la prévention du VIH, y compris pour les programmes de la VMMC. Des ensembles normalisés d'indicateurs développés par les agences techniques et de financement ont été un facteur qui a renforcé le suivi et l'évaluation des services de VMMC. Cependant, comme il est difficile de garantir que les données collectées par les systèmes nationaux d'information sanitaire soient de qualité suffisante pour une interprétation fiable, dans la plupart des pays les systèmes de suivi de la VMMC sont parallèles aux systèmes nationaux d'information sanitaire.

Conclusion : L'utilisation des éléments constitutifs du système de santé de l'OMS pour analyser les barrières à la mise en œuvre peut identifier explicitement les obstacles et les catalyseurs à l'intégration de la RMO dans le système de santé.

Enseignements : Comprendre dans leur contexte les obstacles et les éléments facilitateurs de la demande pour une intervention donnée est essentiel pour améliorer l'intégration et la viabilité des résultats de la RMO dans le système de santé.

Source : Ledikwe J.H. et al. Scaling-up voluntary medical male circumcision – what have we learned? HIV/AIDS (Auckl). 2014; 6:139–46.

Principes d'une approche durable

L'approche préconisée dans ce module reflète étroitement celle articulée par les objectifs de développement durable (ODD). En particulier, l'objectif n° 3 des ODD, qui vise à « permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». La nécessité d'aborder les défis liés au développement durable d'une manière plus globale, multi- et interdisciplinaire est essentielle. Une meilleure compréhension des facteurs et des déterminants qui retardent les progrès ou, dans certains cas, font régresser les pays, met en évidence la nécessité de mieux appréhender les obstacles dans les systèmes de santé avec des approches adéquates et adaptées.

Les enseignements tirés des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les défis anticipés à l'ère des objectifs du développement durable soulignent l'importance d'une approche plus pratique pour aborder et concevoir des interventions mieux adaptables à des contextes variables et diverses, où



des approches présentant des solutions toute faites sont largement reconnues comme obsolètes.

Le cadre intégré pour la mise en œuvre des ODD reconnaît le rôle de l'action locale, l'adhésion de la communauté, le leadership local et la coordination à tous les niveaux de gouvernance. Les cibles des ODD liées à la santé, ainsi que d'autres plateformes mondiales, soulignent l'importance d'agir maintenant, le besoin d'améliorer la recherche, d'accroître la qualité de la mise en œuvre des services, de promouvoir les partenariats et le rôle des parties prenantes, tout en adaptant des solutions durables aux réalités et aux défis locaux. La RMO s'inscrit dans les ODD pour atteindre les objectifs et les cibles prévus.

S'assurer que les interventions sanitaires profitent à tous ceux qui en ont besoin est un défi majeur pour les pays à revenu faible et intermédiaire.





Cas d'étude 3

Construire une recherche de mise en œuvre durable dans le service de santé du Ghana.

Contexte : Le Ghana a systématiquement intégré la recherche de mise en œuvre (RMO) dans son système de santé grâce à un renforcement des capacités soutenu au niveau national et grâce aux efforts soutenus du Ministère de la Santé et du Service de Santé du Ghana (GHS = *Ghana Health Service*). Au cours d'une période de presque 20 ans, les dirigeants successifs ont mobilisé les parties prenantes aux niveaux national et international pour identifier les obstacles dans le système de santé et les aborder, avec plus ou moins de succès. Plus récemment, le GHS a dirigé l'élaboration d'un programme national de recherche en santé et d'un plan de capacité en RMO pour certains des programmes de lutte contre les maladies prioritaires, avec l'appui d'un partenariat multilatéral sur l'accès et la mise en place d'interventions sanitaires.

Afin de renforcer les capacités du GHS en matière de recherche opérationnelle et de mise en œuvre pour identifier les besoins sanitaires spécifiques du pays et d'y répondre en termes d'accès aux nouvelles technologies de santé et de leur diffusion efficace, une série d'ateliers nationaux et d'activités avec les parties prenantes ont été menées périodiquement sur une durée de 18 mois par la Division de la recherche et du développement (RDD) du GHS. Il s'agissait notamment de l'élaboration d'un Programme National de Recherche en Santé afin que les domaines de recherche prioritaires identifiés par le GHS, ses parties prenantes et d'autres collaborateurs, puissent être développés et fournir des preuves pour appuyer la prise de décision. Plus de cent cinquante partenaires de développement, des directeurs et directeurs adjoints du GHS, des directeurs du ministère de la Santé, des scientifiques des instituts de recherche du GHS, le Noguchi Memorial Institute for Medical Research, du personnel de l'École de Santé Publique, du personnel des institutions de recherche ne faisant pas partie du GHS, des décideurs, des gestionnaires des programmes de lutte contre les maladies, des directeurs régionaux, des directeurs de district, du personnel sanitaire des niveaux régional et de district, des universitaires et des administrateurs de la santé, tous ont contribué à l'élaboration du programme de recherche et ont participé à divers ateliers et réunions de parties prenantes pour examiner et affiner les priorités de recherche émergentes.

Le programme national de recherche en santé qui en a résulté (*National Health Research Agenda*) comprend une liste d'obstacles et de problèmes entravant la mise en place efficace de programmes de santé et la mise en œuvre de politiques. La liste fournit un point de départ concret sur lequel la RMO peut démarrer et se concentrer.

Une deuxième série d'ateliers a été organisée après la consultation initiale des parties prenantes sur le programme de recherche. Ces ateliers ont été conçus pour :

- sensibiliser les décideurs du GHS à l'importance de la RMO pour répondre aux besoins prioritaires des programmes ;
- sensibiliser les principaux acteurs du Centre régional africain de formation (RTC) de l'Université du Ghana à l'utilité de la RMO pour répondre aux besoins prioritaires des programmes ;
- renforcer les capacités dans des cohortes d'équipes de recherche pour la conduite de la RMO et la diffusion des résultats de la recherche en santé publique ; et
- promouvoir le travail d'équipe et les partenariats fonctionnels entre les chercheurs, les responsables de la mise en œuvre des programmes de lutte contre les maladies et les décideurs.



Cas d'étude 3

Construire une recherche de mise en œuvre durable dans le service de santé du Ghana.

Élaboration d'un programme national de recherche en santé pour le Ghana

Le Ghana a une riche histoire de recherche sur les services de santé, avec des dispositifs institutionnels solides pour la coordination des efforts de recherche dans le pays. L'Unité de recherche en santé, créée en 1990, fonctionne comme le principal mécanisme de coordination de la recherche en santé et s'est transformé avec le temps en la Division de la recherche et du développement (RDD) du GHS.

La recherche s'est toujours vue accorder une priorité élevée pour soutenir les « programmes de travail quinquennaux du secteur de la santé » successifs, en commençant par le premier programme de travail en 1996. En 1998, le gouvernement a publié des « directives politiques pour renforcer la recherche à moyen terme » pour appuyer la première « Stratégie à moyen terme pour la santé » au Ghana. Le deuxième programme de travail (2002-2006) avait son propre programme de recherche quinquennal, aligné sur la « Stratégie à moyen terme pour la santé » au Ghana (2002-2006). Les programmes successifs du secteur de la santé comportaient de solides volets de recherche et, en 2008, un programme de recherche en santé a été publié pour accompagner le programme de travail.

En 2014, le GHS / RDD a élaboré un programme de recherche en santé pour 2015-2018 avec le soutien de partenaires (OMS / TDR et le Programme des Nations Unies pour le développement) pour soutenir le « Plan de développement à moyen terme du secteur de la santé » sur la période 2014-2017. Le processus a consisté en réunions de haut niveau organisées par le GHS en collaboration avec d'autres partenaires afin d'obtenir des commentaires sur un projet de programme national de recherche en santé couvrant 2015 à 2018. Un projet de document a été produit et examiné lors d'une réunion ultérieure des parties prenantes. Le document révisé a été finalisé et publié par le GHS comme « Programme national de recherche en santé du Ghana pour 2015-2019 ».

Ateliers de sensibilisation pour les décideurs et le personnel du Centre régional de formation

Un atelier d'une journée a été organisé pour les directeurs et les directeurs adjoints des différentes divisions du GHS. L'atelier a sensibilisé et familiarisé les hauts responsables du GHS aux concepts clés et aux approches de la RMO et à leur valeur possible pour répondre aux principaux défis du système de santé dans le pays. Parce que les décideurs politiques sont quelque peu éloignés du niveau de la mise en œuvre, il était impératif qu'ils prennent conscience de la valeur de la RMO pour résoudre les défis de mise en œuvre rencontrés par les gestionnaires de programme au niveau du district. Le deuxième volet du processus de sensibilisation consistait à impliquer le milieu universitaire de l'École de santé publique à l'Université du Ghana et à sensibiliser les principaux acteurs sur le contenu et les processus de la RMO.

Atelier de formation pour les programmes nationaux de lutte contre les maladies

Suite à la sensibilisation des décideurs, l'attention s'est portée sur les praticiens de première ligne de trois programmes prioritaires du GHS : le Programme national de lutte contre le paludisme, le Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées et le Programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre. Des ateliers ont été conçus pour permettre aux équipes des programmes d'entreprendre la RMO sur les obstacles à l'exécution efficace et performante des interventions des programmes. Ces obstacles avaient déjà été identifiés lors des consultations des parties prenantes pour l'élaboration du « Programme national de recherche en santé ».

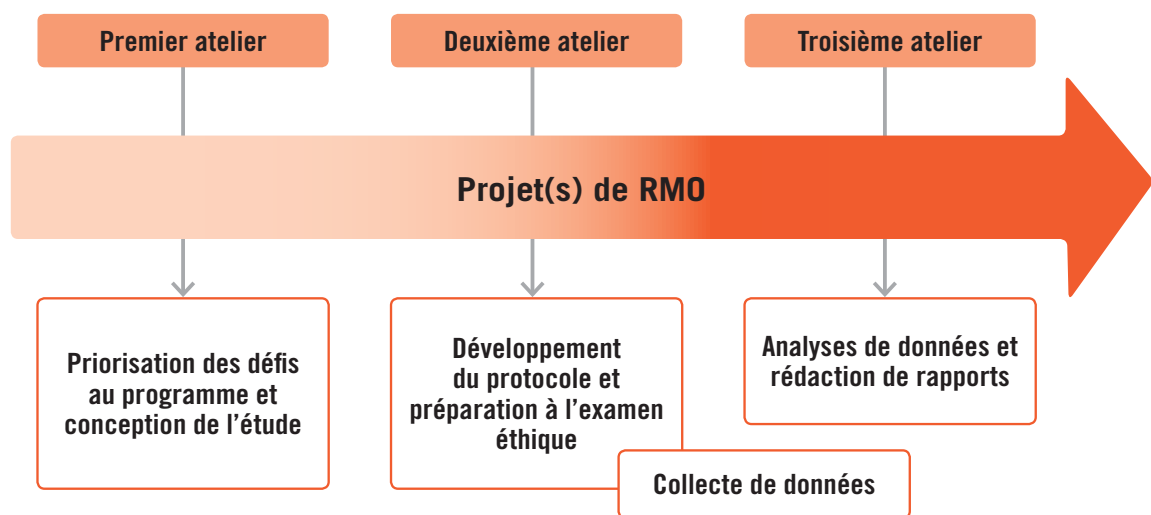


Cas d'étude 3

Construire une recherche de mise en œuvre durable dans le service de santé du Ghana.

Un plan complet a été mis en place pour former les équipes de recherche constituées par les programmes prioritaires de lutte contre les maladies grâce à une série d'ateliers nationaux – de l'identification des problèmes de recherche, en passant par l'élaboration de protocoles d'étude robustes, la conduite de la recherche et l'analyse des données, jusqu'à la préparation et la diffusion des résultats (Figure).

Figure. Planification du renforcement des capacités de RMO parmi les gestionnaires de programme prioritaires



Les gestionnaires de programme ont constitué des équipes pour les ateliers sur la formation et le développement de propositions de recherche. Les équipes comprenaient un membre clé du programme de lutte contre les maladies, leurs agents d'information respectifs et des chercheurs ayant des compétences en recherche quantitative et qualitative et un intérêt pour le programme.

L'atelier a aidé les équipes de recherche à démarrer le processus d'exécution de la RMO pour traiter les problèmes prioritaires identifiés par les programmes nationaux de lutte contre les maladies au Ghana. Un certain nombre de programmes ont été en mesure de financer avec leur propre budget le soutien aux projets de recherche résultants.

Enseignements : L'engagement des parties prenantes essentielles du secteur de la santé et de la communauté de recherche pour l'identification des obstacles et le développement du programme national de recherche en santé a permis de mieux apprécier la valeur de la RMO pour atteindre des résultats nationaux en matière de santé. Des fonds ont été alloués dans le(s) budget(s) du programme national pour soutenir la RMO sans dépendre de sources externes.



Références

1. Bohm D. *Unfolding meaning*, edited by Factor D. London: Routledge and Kegan Paul; 1985.
2. Isaacs W. *Dialogue and the art of thinking together: A pioneering approach to communicating in business and in life*. New York: Doubleday; 1999.
3. Larkan et al. Developing a framework for successful research partnerships in global health. *Globalization and Health*. 2016; 12:17.
4. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization, 2007.

Lectures supplémentaires

- Shaw B et al. Access to integrated community case management of childhood illnesses services in rural Ethiopia: a qualitative study of the perspectives and experiences of caregivers. *Health policy and planning* (2015); 24: 115.
- Krentel A et al. Improving Coverage and Compliance in Mass Drug Administration for the Elimination of LF in Two 'Endgame' Districts in Indonesia Using Micronarrative Surveys. *PLoS Neglected Tropical Diseases* (2016). 10 (11): e0005027.
- Fayorsey RN et al. Mother Infant Retention for Health (MRMO4Health): Study Design, Adaptations, and Challenges With PMTCT Implementation Science. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* (2016); 72: Supplement 2
- 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(1):1.
- Tobgay T et al. Community-directed educational intervention for malaria elimination in Bhutan: Quasi-experimental study in malaria endemic areas of Sarpang district. *Malaria Journal* (2013); 12(1):1.
- Hatzold K et al. Barriers and motivators to voluntary medical male circumcision uptake among different age groups of men in Zimbabwe: results from a mixed methods study. *PLoS One* (2014); 9(5):e85051.
- Bello SI. Challenges of DOTS implementation strategy in the treatment of tuberculosis in a tertiary health institution, Ilorin, Nigeria. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology* (2010);4(4):158–64.
- Paul S et al. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health* (2015); 15(1):1.
- Bates I et al. Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies. *Health Research Policy and Systems* (2011); 9(1):1.
- Ledikwe JH et al. Scaling-up voluntary medical male circumcision-what have we learned. *HIV AIDS (Auckl)* (2014); 6:139–46.



- Krentel A et al. Improving Coverage and Compliance in Mass Drug Administration for the Elimination of LF in Two 'Endgame' Districts in Indonesia Using Micronarrative Surveys. *PLoS Neglected Tropical Diseases* (2016); 10(11):e0005027.
- Sani-Gwarzo N 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).
- Rao KD 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.
- Morrow 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

