



# Boîte à Outils Pour La Recherche De Mise En Œuvre

Deuxième édition

Éditeurs: Olumide Ogundahunsi et Edward Mberu Kamau





# Boîte à Outils Pour La Recherche De Mise En Œuvre

Deuxième édition

Éditeurs: Olumide Ogundahunsi et Edward Mberu Kamau



Boîte à outils pour la recherche de mise en oeuvre [Implementation research toolkit]

ISBN 978-92-4-251368-4

**© Organisation mondiale de la Santé pour le compte du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales 2019**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Ogundahunsi O, Kamau EM, éditeurs. Boîte à outils pour la recherche de mise en oeuvre [Implementation research toolkit]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus

---

formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

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

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les éditeurs cités nommément.

Conception : Inis Communication – [www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com)



# REMERCIEMENTS

Les versions à télécharger et en ligne de la boîte à outils pour la recherche de mise en œuvre ont été développées au sein du Programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales (TDR) comme outil d'autoapprentissage. La boîte à outils pour la RMO a été conçue pour aider les chercheurs et les responsables de programme à identifier les obstacles à une mise en œuvre efficace des programmes, stratégies et interventions en matière de santé et à soutenir la planification et la conduite de la recherche visant à comprendre et à éliminer les goulots d'étranglement détectés. La boîte à outils a pris forme à partir d'un projet initié au TDR par Jane Kengeya-Kayondo et Soumya Swaminathan.

Le développement de la première édition a été soutenu par des contributions internes au TDR. Un soutien spécifique a également été fourni par USAID / PEPFAR, et par Implementation Research Platform, basée à l'Organisation mondiale de la santé et qui regroupe : Alliance for Health Policy and Systems Research, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction et le Department of Maternal, Newborn, Child de l'OMS.

Boatin Boakye, Sandy Campbell, James Foreit, Dirce Guilhem, Margaret Gyapong, Henry Lucas, Colla Jean MacDonald, Yodi Mahendradhata and Olumide Ogundahunsi ont contribué au contenu de la première édition de la boîte à outils. Des conseils et recommandations sur le développement de la première édition ont été fournis par un comité directeur qui comprenait Uche V. Amazigo, Garry Aslanyan, Miguel Angel Gonzalez Block, Kathleen Handley, Linda Kupfer, Wynne E. Norton, Isaac K. Nyamongo, Kazi Mizanur Rahman, Jason B. Smith, Shenglan Tang and Nhan Tran.

Plus de 200 chercheurs, universitaires, gestionnaires de programmes de lutte contre les maladies, décideurs, administrateurs de santé, experts en communication et journalistes ont contribué au développement de la première édition de la boîte à outils et ont fourni des commentaires sur son utilisation. La dernière révision et le développement de la version en ligne ont bénéficiés de ces commentaires et suggestions.

Les personnes suivantes ont passé en revue les modules révisés et contribué des commentaires précieux: Uddin Aftab, Jane Alaii, Jaya Banerji, Anne Kamau, James Kiarie, Pascal Launois, Valérie R Louis, Martin Ota, Shagufta Perveen, Narjis Rizvi, Thomas Sukwa, Elango Varalakshmi, Chandra- Mouli Venkatraman ; Inis Communication a apporté un soutien technique dans la mise en page de la boîte à outils et le développement du site web. Olumide Ogundahunsi a coordonné la révision et l'édition de la boîte à outils avec Edward Mberu Kamau.

## Équipe de révision et contributeurs aux modules

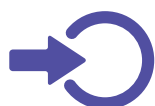
- *Introduction*: Olumide Ogundahunsi et Margaret Gyapong.
- *Comprendre la recherche de la mise en œuvre*: Margaret Gyapong, Alison Krentel, Phylis Dako-Gyeke et Olumide Ogundahunsi.
- *Développer une proposition de recherche*: Tuoyo Okorosobo et Olumide Ogundahunsi.
- *Méthodes de recherche et gestion des données*: Alison Krentel et Riris Andono Ahmad.
- *Planification et conduite de la RMO*: Edward Mberu Kamau et Robinah Najjemba.
- *Communications et plaidoyer pour la RMO*: Tim France, Margaret Gyapong et Olumide Ogundahunsi.
- *Intégrer la recherche de mise en œuvre dans le système de santé*: Tim France, Alison Krentel, Margaret Gyapong et Edward Mberu Kamau.
- *Études de cas de RMO*: compilées par Ayat Abu Agla et Robinah Najjemba.

Cette révision et la version en ligne de la boîte à outils ont été développées par le TDR sous l'égide du Partenariat pour l'accès et la distribution (Access and Delivery Project /ADP). La collaboration de l'ADP entre le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le TDR et PATH vise à aider les pays à revenu faible et intermédiaire à améliorer leur capacité à accéder, distribuer et introduire de nouvelles technologies pour combattre la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées. L'initiative ADP est rendue possible grâce au généreux soutien du gouvernement du Japon.

La responsabilité des opinions exprimées et de toute erreur factuelles ou de jugement incombe à Olumide Ogundahunsi, Edward Mberu Kamau, Alison Krentel, Phylis Dako-Gyeke, Tuoyo Okorosobo, Riris Andono Ahmad, Robinah Najjemba, Tim France et Ayat Abu Agla qui sont les éditeurs et auteurs de la boîte à outils révisée.

La traduction française a été réalisée par Valérie R. Louis et finalisée en Avril 2018 avec l'aide d'une équipe de contrôle-qualité de l'OMS/TDR composée de Pascal Launois, Edith Certain, Jean Bosco Ouedraogo and Alison Krentel. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

## Table des matières



### INTRODUCTION A LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Introduction a la recherche de mise en œuvre	xii
Public cible de cette boîte à outils	3
Pertinence de la RMO pour améliorer l'accessibilité et la mise en place des interventions	3
Objectif de cette boîte à outils	7
Équipe de recherche	8
Activités d'auto-évaluation et de réflexion	12
Références	14



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

Nécessité de la RMO	18
Résultats de la RMO	22
Caractéristiques de la RMO	25
Comment fonctionne la RMO ?	28
Engagement communautaire dans la RMO	45
Enjeux éthiques dans la RMO	49
Références	53
Lectures supplémentaires	56



### DÉVELOPPER UNE PROPOSITION DE RECHERCHE POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Équipe et enjeu de la recherche	61
Structure d'une proposition de RMO	62
Composantes d'une proposition de RMO	64
Introduction	67
Guide pour la rédaction de l'introduction	69
Conception de la recherche	90
Plan du projet	105
Impact et mesure des résultats du projet	109
Suppléments	114
Financer un projet de RMO	118
Ce que les évaluateurs recherchent	121
Problèmes courants dans le cadre d'une proposition de recherche	123
Références	124
Lectures supplémentaires	125



### MÉTHODES DE RECHERCHE ET GESTION DES DONNÉES

Conceptions d'étude pour projets de RMO	130
Sélection des méthodes de recherche pour votre projet de RMO	142
Méthodes mixtes : combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives	147
Outils et techniques de recherche	153
Échantillonnage	161
Collecte des données	165
Gestion des données	166
Analyse des données	170
Références	192
Références en Français	193





## PLANIFICATION ET CONDUITE DE LA RMO

Planification du projet	201
Plan de suivi du projet	213
Développement d'un modèle logique	217
Développement des questions de suivi	220
Utilisation des données et rapports	227
Exécution du projet	229
Questions éthiques	237
Bonnes pratiques en matière de planification et de conduite de la RMO	246
Références	249
Lectures supplémentaires	250



## COMMUNICATION ET PLAIDOYER POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Dialogue constructif	254
Application des connaissances	255
Adoption des résultats probants de la recherche : obstacles et catalyseurs	256
Plaidoyer politique et communication stratégique	258
Présentation et visualisation des données	259
Développement d'une stratégie de communication	266
Étapes pour élaborer une stratégie de communication	267
Matériels et plateformes de communication	275
Références	277
Lectures supplémentaires	278



## INTÉGRER LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Construction d'une équipe de RMO	282
Adoption des résultats	292
Documentation	295
Utilisation du cadre conceptuel des systèmes de santé de l'OMS pour la RMO	295
Principes d'une approche durable	299
Références	304
Lectures supplémentaires	304



## GLOSSAIRE DE TERMES

Definitions	308
Introduction	310
Intégration d'une optique intersectionnelle du genre dans la RMO	320
Élaboration de propositions dans une optique intersectionnelle du genre	333
Exécution d'un projet de RMO avec une optique intersectionnelle du genre	363
Bonnes pratiques dans les projets de RMO avec une perspective intersectionnelle du genre	369
Références	371



## ÉTUDES DE CAS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Introduction à la recherche de mise en œuvre	381
Comprendre la recherche de mise en œuvre	385
Développer une proposition de recherche pour la recherche de mise en œuvre	389
Méthodes de recherche et gestion des données	394
Planification et conduite de la rmo	399
Communication et plaidoyer pour la recherche de mise en œuvre	405
Intégrer la recherche de mise en œuvre dans le système de santé	411



# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE



## Introduction à la recherche de mise en œuvre


Olumide Ogundahunsi et Margaret Gyapong

Introduction a la recherche de mise en œuvre	ii
Public cible de cette boîte à outils	3
Pertinence de la RMO pour améliorer l'accessibilité et la mise en place des interventions	3
Objectif de cette boîte à outils	7
Équipe de recherche	8
Activités d'auto-évaluation et de réflexion	12

# INTRODUCTION A LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Le lien étroit entre la santé et le développement humain est bien reconnu. Des vies saines influencent et façonnent l'évolution générale du développement durable. Les maladies, l'accès inadéquat aux technologies de la santé telles que les médicaments, les vaccins, les diagnostics et équipements, et la mauvaise mise en œuvre des politiques de santé, tous entravent les progrès dans leur ensemble. Le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030 reconnaît cette relation fondamentale. L'objectif de développement durable numéro 3 (ODD3)<sup>1</sup> reflète l'ambition mondiale de mettre fin, d'ici 2030, à certaines des principales épidémies liées à la pauvreté, notamment la tuberculose (TB), le paludisme et les maladies tropicales négligées (MTN). À leur tour, les objectifs sous-jacents soulignent la nécessité d'une couverture sanitaire universelle pour tous les citoyens, et de systèmes de santé plus robustes qui permettent l'accès aux services et technologies de santé essentiels. En approfondissant encore, on voit que l'objectif ODD3 appelle à plus de recherche et développement (R & D) sur de nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins : ceci avec le but de promouvoir des innovations critiques qui comblent les lacunes actuelles dans les soins de santé et de maintenir les programmes nationaux à une longueur d'avance des épidémies toujours en mouvement.

L'introduction de façon optimale d'interventions et de technologies sanitaires nouvelles et / ou éprouvées - y compris la garantie d'accès, de prestation et d'utilisation - est essentielle pour obtenir de bons résultats en matière de santé et, au final, pour le bien-être des populations. Trop souvent, ce n'est malheureusement pas le cas. Par exemple, une nouvelle technologie sanitaire ou une intervention qui s'avère efficace dans des contextes d'essais cliniques strictement contrôlés peut ne pas être aussi efficace



lorsqu'elle est utilisée dans des contextes de système de santé « sur le terrain », en particulier dans des contextes fragiles ou à ressources limitées.

*L'introduction de façon optimale d'interventions et de technologies  
sanitaires nouvelles et / ou éprouvées - y compris la garantie d'accès,  
de prestation et d'utilisation - est essentielle pour obtenir de bons  
résultats en matière de santé et, au final, pour le bien-être des  
populations.*



Au cours du développement d'une intervention, l'accent est mis sur une mise en œuvre « authentique » : c'est-à-dire une stricte adhésion à un protocole d'étude dans des conditions soigneusement contrôlées et suivies, y compris le suivi des participants (le cas échéant), pour assurer l'efficacité de l'intervention et sa fidélité de mise en œuvre. Cependant, lorsque l'intervention est ensuite déployée dans le système de santé, l'efficacité devient l'objectif primordial et peut parfois être améliorée par étant adaptée à des contextes spécifiques.



Le déploiement à grande échelle d'une intervention dans un système de santé peut donc rencontrer des obstacles imprévus quant à son adoption et à sa pénétration. Ces obstacles sont souvent liés à des lacunes dans l'identification précises et la contextualisation des caractéristiques régionales, nationales ou propres à la communauté, ainsi qu'à des insuffisances pour s'y préparer ou pour y remédier. Ces obstacles spécifiques au contexte peuvent être dus à l'environnement physique, aux contextes socio-économiques et culturels, ainsi qu'aux systèmes de santé et aux caractéristiques des utilisateurs. Le fait de ne pas identifier et éliminer ces obstacles avant le déploiement à grande échelle d'une nouvelle technologie entraîne des pertes considérables pour le système de santé, ainsi qu'une perte de confiance dans la technologie de la part de la population cible et des autres parties prenantes<sup>2</sup>.

La recherche de mise en œuvre (RMO) vise d'abord à identifier puis à éliminer ces obstacles.

### **Qu'est-ce que la recherche de mise en œuvre ?**

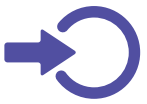
L'importance de la recherche en vue de l'identification de solutions et de possibilités pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre dans les systèmes et programmes de santé est largement reconnue. Cette forme de recherche concerne les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre, identifie les approches optimales dans un cadre spécifique et favorise l'adoption des résultats de la recherche. En fin de compte, cela permet d'améliorer les soins de santé et leur prestation.

Bien que la RMO ait été définie de diverses manières par différentes institutions, les interprétations habituelles se concentrent sur une approche systématique pour comprendre et surmonter les obstacles à une mise en œuvre efficace et de qualité des interventions, stratégies et politiques de santé. La RMO répond à la demande et les questions de recherche sous-jacentes sont articulées autour des besoins identifiés par les parties prenantes et les exécutants concernés, eux-mêmes intégrés dans le contexte local. D'une façon unique, les réalisateurs de programmes font partie intégrante du processus de recherche lui-même.

*La RMO est une approche systématique pour reconnaître, comprendre et s'attaquer aux goulots d'étranglement des systèmes de santé et de la mise en œuvre, pour identifier les possibilités de mise en œuvre optimales dans un contexte donné et pour promouvoir l'adoption des résultats de la recherche dans les politiques et la pratique.*



La RMO a été appliquée pour augmenter l'efficacité des moustiquaires utilisées pour réduire le paludisme en Afrique, pour lutter contre l'augmentation de la tuberculose multi-résistante en Europe de l'Est, pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique du Sud, et pour veiller à ce que l'ivermectine soit distribuée à 60 millions d'Africains pour lutter contre l'onchocercose (cécité des rivières). C'est une forme de recherche essentielle et très performante qui identifie les obstacles à la mise en œuvre dans un contexte donné, aide à concevoir et à mettre en place des stratégies pour y faire face, et aboutit à de meilleurs résultats en santé.



## Public cible de cette boîte à outils

Tout d'abord, la RMO est un travail d'équipe. Il faut que des personnes ayant des compétences, des expériences et des antécédents différents et complémentaires se réunissent pour résoudre ensemble un problème de mise en œuvre. Une équipe de projet de RMO peut inclure des prestataires de soins, des gestionnaires de programmes, des chercheurs, des décideurs et d'autres parties prenantes telles que des groupes de la société civile, des organisations non gouvernementales, les médias et d'autres personnes intéressées ou impactées par le processus de RMO et ses résultats.

Les modules de cette boîte à outils ciblent spécifiquement les prestataires de soins en santé, les chercheurs, les décideurs, les gestionnaires de programmes, et les administrateurs et prennent en considération leurs différents niveaux de participation à un projet type de RMO.



## Pertinence de la RMO pour améliorer l'accessibilité et la mise en place des interventions

La RMO conçue de manière appropriée peut aider à exécuter et à appliquer les interventions plus efficacement et avec un impact plus important. L'accent mis sur la RMO est de plus en plus important car la communauté de la santé mondiale est mise au défi d'optimiser la mise en place sur le terrain d'interventions reconnues (c'est-à-dire en dehors d'un environnement expérimental contrôlé associé aux essais cliniques ou aux études de preuve de concept). Dans de nombreux contextes, cela nécessite des approches innovantes pour atteindre les populations et optimiser les prestations. Des interventions pouvant être efficaces dans un certain contexte peuvent avoir un effet réduit dans d'autres contextes en raison d'une variété de facteurs spécifiques à une situation donnée. En d'autres termes, de nombreuses technologies de la santé testées et efficaces (médicaments, vaccins, diagnostics et appareillage) peuvent, pour diverses raisons, perdre de leur efficacité au sein d'un système de santé (voir encadré).



## Résumé de l'initiative « Tester, Traiter, Suivre » du paludisme

Après plusieurs études de laboratoire et cliniques, la validité des tests de diagnostic rapide (TDR) a été établie, les reconnaissant comme des tests efficaces pour l'identification rapide de l'infection paludéenne. Les TDR contre le paludisme sont devenus un élément important des tests de diagnostic du paludisme pour la prise en charge clinique des maladies fébriles.

En 2012, l'OMS a lancé l'initiative « T3 » (en anglais « Test, Treat, Track » c'est-à-dire « Tester, Traiter, Suivre »), ancrage des principaux messages politiques des recommandations de l'OMS - sur les tests diagnostiques, le traitement et la surveillance du paludisme - ainsi chaque cas suspect de paludisme doit être testé ; chaque cas confirmé doit être traité avec un médicament antipaludique de qualité garantie ; et tous les cas doivent être suivis grâce à un système de surveillance rapide et précis<sup>3</sup>. En conséquence, les TDR doivent être déployés dans le système de santé comme base de la prise en charge des cas de paludisme.

# T3



**Test / Tester. Treat / Traiter. Track / Suivre.**

Dans de nombreux contextes, cependant, et en raison de plusieurs facteurs liés au système de santé et aux patients, l'utilisation des TDR n'a pas été aussi efficace que prévu. Par exemple, les tests peuvent ne pas être disponibles dans les établissements de santé qui en ont besoin. Même dans les établissements où ils sont disponibles, certains patients peuvent ne pas avoir accès aux installations sanitaires, et donc au test (parce qu'ils ne peuvent pas atteindre l'établissement). Les prestataires peuvent ne pas toujours se conformer aux résultats du TDR et traiter les cas suspects de paludisme uniquement sur la base de symptômes cliniques. Les patients peuvent également décider de s'auto-traiter pour le paludisme malgré les résultats négatifs du TDR. Pris ensemble, de tels facteurs peuvent rendre inefficace un test efficace, augmentant ainsi les coûts, et compromettre les résultats en matière de santé dans le contexte complexe et réel du système de santé.

**Les tests rapides  
ne sont pas disponibles**

**Les patients n'ont pas accès  
aux structures sanitaires**

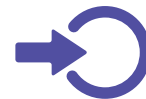
**Les prestataires ne se  
conforment pas aux résultats  
des tests**

**Les patients s'auto-traitent  
malgré les résultats**

**Potentiel d'efficacité**

**Efficacité réduite**





Une intervention qui s'est révélée efficace dans un contexte d'essai peut ne pas donner les résultats escomptés dans un système de santé donné en raison de facteurs contextuels importants, tels que l'accessibilité et / ou l'acceptabilité, le respect des recommandations des prestataires de soins et l'observance des patients. Les gestionnaires du système de santé ont un contrôle limité, variable et difficile à prévoir sur les comportements des prestataires et des patients, ainsi que sur d'autres aspects tels que la compréhension par les gestionnaires des processus de mise en œuvre. De cette manière, les interventions efficaces deviennent généralement moins efficaces lorsqu'elles sont déployées dans des environnements réels.

**Figure 1: Influence des facteurs du système de santé sur l'efficacité et l'impact de l'intervention<sup>4</sup>**



La RMO est une approche systématique pour reconnaître, comprendre et résoudre de tels goulets d'étranglement dans le système et la mise en œuvre, pour identifier les options de mise en œuvre optimales dans un cadre donné et pour promouvoir l'adoption des résultats de recherche dans les politiques et les pratiques. La RMO répond à la demande et les questions de recherche sous-jacentes sont formulées selon les besoins identifiés par les parties prenantes et / ou les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé.

La RMO répond à la demande et les questions de recherche sous-jacentes sont formulées selon les besoins identifiés par les parties prenantes et / ou les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé.





Les éléments essentiels pour mener la RMO de façon utile comprennent :

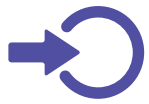
- Une bonne compréhension de l'intervention envisagée (par exemple, identifier les éléments considérés comme essentiels et ceux qui pourraient être modifiés sans compromettre les objectifs ou la performance de l'intervention).
- Une solide compréhension de la manière dont l'intervention doit être dispensée dans un système de santé donné (processus de mise en œuvre), en accordant une attention particulière aux modifications motivées par un besoin perçu d'adaptation à un contexte local spécifique.
- Identification et engagement précoce et continu des parties prenantes essentielles, y compris la communauté elle-même.
- Un système de suivi qui suit tous changements dans le processus de mise en œuvre, vérifie les écarts par rapport au plan d'origine et documente avec précision tous les processus clés.

### Étude de cas 1

### Identification des obstacles liés à l'accessibilité aux services de prise en charge communautaire intégrée des cas

**Contexte :** La prise en charge communautaire intégrée (PECi) est une stratégie axée sur l'équité adoptée par l'OMS / UNICEF pour améliorer l'accessibilité aux services de traitement essentiel pour les enfants. En 2010, le gouvernement d'Éthiopie a utilisé son programme d'agents de vulgarisation sanitaire (AVS) pour étendre la stratégie de lutte contre les maladies infantiles à l'ensemble du pays. Cependant, après deux ans, l'utilisation des AVS est restée faible malgré la présence d'une stratégie de mise en place des services axée sur la minimisation de plusieurs obstacles habituels liés au coût, à la distance et à la qualité des services. Par exemple, les agents de vulgarisation sanitaire ont été formés, les agents de santé communautaires bénévoles ont été déployés dans les villages, et les enfants de moins de cinq ans ont reçu des soins de santé gratuits. En outre, les activités de mobilisation communautaire et d'éducation des AVS faisaient partie d'initiatives nationales existantes en matière de santé infantile visant à promouvoir l'engagement communautaire et la viabilité du programme. Des recherches ont été entreprises pour élucider les perceptions et les expériences des soignants et pour mieux comprendre l'utilisation apparemment faible des services de la PECi. Les paramètres utilisés pour définir l'accessibilité étaient la disponibilité des prestataires qualifiés de soins de santé, la disponibilité des produits de santé dans les centres de santé, l'accessibilité géographique ; l'abordabilité économique des services, et l'acceptabilité des prestataires et des services.

Des évaluations ethnographiques rapides ont été menées sur huit zones d'influence de centres sanitaires ruraux dans la région de Jimma & West Hararghe, à l'aide de groupes de discussion et d'entretiens approfondis. Les groupes de discussion se sont concentrés sur les normes sociales de la sollicitation de soins et sur les perceptions de la communauté concernant les services médicaux d'urgence et les services de la PECi. Les entretiens approfondis se sont concentrés sur les expériences de soins des soignants au cours de la maladie la plus récente d'un enfant, y compris les perceptions relatives aux obstacles ou éléments facilitants, aux AVS fournissant les services de PECi aux centres de santé. Les participants à l'étude étaient des mères, des pères, des AVS, et des agents de santé communautaires.

**Étude de cas 1****Identification des obstacles liés à l'accessibilité aux services de prise en charge communautaire intégrée des cas**

**Résultats :** Les AVS étaient fréquemment absents. Bien que les services soient gratuits, de nombreux soignants ne pouvaient pas accéder aux services en raison des coûts sociaux et de transport associés. Les longues distances jusqu'aux centres de santé, les terrains accidentés et les transports inadéquats rendaient les centres de santé souvent inaccessibles. Le manque d'appropriation de l'initiative au sein des centres de santé à cause d'agents AVS indifférents, le manque de confiance dans la qualité des soins fournis et le manque de pouvoir décisionnel du soignant concernant les choix de soins pour leur enfant ont également été cités comme facteurs prohibitifs. De plus, les soignants avaient une connaissance limitée des maladies de l'enfant et des services fournis dans les centres de santé.

**Conclusions :** En dépit de politiques de santé encourageantes et favorables, l'utilisation des services de la PECi était sous-optimale en raison de problèmes au niveau du personnel et systémique.

**Enseignements :** Des approches novatrices sont nécessaires pour relever les défis identifiés, pour réduire les obstacles et promouvoir l'utilisation des services de PECi pour tous les soignants et les enfants qui en ont besoin.

Source : 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 ; Nov 24:czv115.

## Objectif de cette boîte à outils

Cette boîte à outils est une aide pratique pour épauler la RMO. Elle est conçue pour guider ceux qui entreprennent la RMO et pour aider la formation d'équipes de recherche multidisciplinaires.

La boîte à outils aide les équipes de RMO à :

- Appliquer un processus structuré pour identifier les goulets d'étranglement et les obstacles à la mise en œuvre de programme (le « problème ») dans le système / la communauté de la santé ;
- Contextualiser le problème ;
- Identifier et impliquer les parties prenantes pertinentes ;
- Formuler des questions de recherche appropriées ;
- Déterminer un plan d'étude approprié ;
- Articuler une proposition de recherche qui explore les questions de recherche et y répond ;
- Mettre en œuvre et suivre le projet de manière crédible ;
- Réinjecter les solutions / les adaptations dans le système de santé, et,
- Communiquer efficacement tout au long du processus<sup>5</sup>.

De nombreux concepts présentés dans la boîte à outils sont transversaux et interdépendants et se retrouvent dans les différents modules.

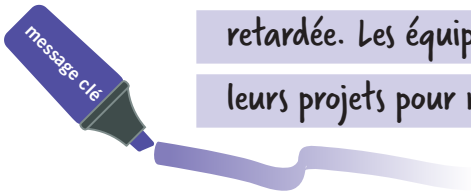


À la base, la RMO est collaborative : de la phase initiale d'identification des problèmes à la diffusion des résultats de recherche, la collaboration entre l'équipe de recherche, les parties prenantes concernées et le personnel de santé est essentielle. Une constitution et composition adaptée de l'équipe de RMO contribue à encourager et à faciliter la collaboration en réunissant des personnes représentant différentes disciplines et ayant différents atouts et bases de connaissance. L'approche multidisciplinaire de la RMO est essentielle tout au long du processus, des premières étapes d'identification des goulots d'étranglement, au choix de la conception de l'étude et des méthodes de recherche, à la réalisation du projet de recherche, jusqu'à la communication des résultats.

De par sa nature, la RMO implique que les équipes de recherche doivent rester dynamiques, flexibles et adaptables dans leurs perspectives. Contrairement à d'autres formes de recherche, la RMO est un processus continu qui exige un retour constant des résultats vers l'équipe, vers la conception de l'étude et, finalement, vers les systèmes de santé, ce qui permet à chacun d'adapter l'intervention si nécessaire.

*Parce que la RMO considère les conditions réelles, elle doit être adaptable.*

*Il se peut que les gens ne viennent pas au travail, que les pluies aient un impact sur la mise en place des services ou que la livraison du matériel soit retardée. Les équipes de RMO doivent être disposées et capables d'adapter leurs projets pour répondre à ces éventualités.*



La boîte à outils n'est pas un cours de formation sur la RMO et n'offre pas de réflexions approfondies sur les définitions ou les différents cadres théoriques utilisés en science de la mise en œuvre<sup>6</sup>. L'objectif général est de faciliter la recherche pratique visant à l'optimisation des interventions pour améliorer la santé.

## Équipe de recherche

L'équipe de recherche réunie pour répondre à une question de RMO spécifique ou à un problème de mise en œuvre doit refléter l'éventail complet des disciplines requises pour aborder les questions de recherche associées. Les membres de l'équipe ont des rôles variés, ils peuvent travailler dans divers secteurs (par exemple, la santé, la finance, la planification, le milieu universitaire, etc.) et ont probablement des antécédents très différents. La diversité des disciplines et des rôles est un atout pour comprendre un problème de mise en œuvre et développer des solutions pour le résoudre. Parce que la formation en santé publique conventionnelle ne prépare généralement pas les chercheurs, les praticiens, les prestataires ou les décideurs aux types de partenariat et aux approches interdisciplinaires essentielles pour la RMO, cette boîte à outils comprend une section dédiée à la formation des équipes. Elle aborde les caractéristiques et les concepts de base nécessaires pour établir une équipe de recherche réussie. Considérant le fait que certains membres de l'équipe peuvent avoir une connaissance limitée de la RMO et une



capacité limitée à formuler des questions de recherche pertinentes ou à concevoir, diriger, gérer et interpréter les résultats de recherche pour les répercuter dans le système de santé, la boîte à outils fournit des conseils sur la dynamique d'équipe et ses moteurs pour former des équipes efficaces et durables.

VOIR

SECTION-CONSTRUIRE  
UNE ÉQUIPE DE RMO

*La RMO est un travail d'équipe. L'équipe de RMO idéale est multidisciplinaire, avec des compétences, antécédents et expérience adaptés pour élaborer une proposition de recherche, planifier et mobiliser des ressources essentielles et mener l'étude dont les différents aspects sont reflétés dans la composition de l'équipe.*

message clé



Suivre le cours de formation en ligne ouverte à tous (FLOT) (en anglais « Massive Open online course » ou MOOC) sur la recherche de mise en œuvre est une condition préalable pour tous les membres de l'équipe. Si vous n'avez pas encore participé à ce cours MOOC, vous devez le faire avant d'utiliser cette boîte à outils.

VOIR

'MOOC SUR  
LA RMO'

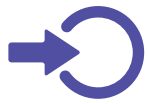


## Étude de cas 2    Caractéristiques clé de la recherche de mise en œuvre

**Contexte :** Comparée à d'autres domaines de recherche, la recherche sur la mise en œuvre (RMO) est axée sur la demande et les questions de recherche sont basées sur les besoins identifiés par les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé. Elle est spécifique au contexte et tient compte des influences culturelles et communautaires. De plus, bien que la RMO soit dynamique et adaptative, elle se déroule dans des environnements réels et il n'y a aucune tentative d'influencer le cadre dans lequel l'intervention se déroule. Il y a un dialogue avec les parties prenantes concernées, y compris les bénéficiaires. Étant donné que la RMO s'intéresse particulièrement aux utilisateurs de la recherche et pas seulement à la production de connaissances, elle vise à promouvoir l'adoption des résultats de la recherche dans les pratiques de routine. Le processus d'application des connaissances est favorisé par la participation active des acteurs concernés dans l'identification, la conception et l'exécution de la recherche et ne doit pas être utilisé uniquement comme moyen de diffusion des résultats de l'étude.

**Exemple d'un projet de RMO :** Pour documenter un traitement médicamenteux de masse (TMM) contre la filariose lymphatique dans deux districts indonésiens, un outil de sondage micro-narratif a été développé pour capturer les expériences des membres de la communauté sur le traitement de masse et pour identifier les environnements sociaux où l'administration des médicaments et l'observance se produisaient au mieux. L'objectif du projet était d'améliorer la couverture et l'observance du TMM pour l'élimination de la filariose lymphatique dans deux districts dits de « finalisation ». Il s'agissait d'une étude en trois phases comprenant une enquête de référence, une mise en œuvre des recommandations identifiées et une enquête finale. L'approche systématique a débuté avec la collaboration de l'équipe de recherche multidisciplinaire avec les parties prenantes et les responsables de la mise en œuvre du programme afin d'identifier les obstacles liés à la distribution du TMM. Les parties prenantes concernées ont été impliquées dans la sélection des sites d'étude, le développement de l'outil d'enquête, l'analyse des enquêtes de référence et finale, la diffusion des résultats de recherche et des recommandations qui en découlaient, la diffusion des résultats de recherche et l'identification des actions pour améliorer l'administration et l'accessibilité.

Les obstacles à une couverture efficace du TMM qui ont été identifiés étaient les suivants : les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans manquaient d'informations appropriées sur le programme ; des idées fausses sur la sécurité des médicaments étaient courantes ; les critères d'inadmissibilité n'étaient pas clairs ; et il y avait un nombre de points de distribution limités. Les résultats ont été discutés avec les parties prenantes concernées puis des recommandations et des interventions réalisables ont été exécutées en utilisant les structures existantes du système de santé. Les interventions recommandées ont été mises en œuvre dans le contexte sociodémographique local. Par exemple, les médias sociaux et les SMS ont été utilisés pour atteindre les jeunes, un message spécifique a été développé pour les personnes « systématiquement non-observantes », et des organigrammes ont été produits pour guider les distributeurs de médicaments. Les critères de non-éligibilité ont été adaptés au contexte local. Des messages spécifiques portant sur la sécurité des médicaments, les procédures de prise de médicaments, les informations sur la non-éligibilité, les avantages de l'observance pour tous et où s'adresser pour obtenir de l'aide, ont été soigneusement décrits sur l'emballage des médicaments. Les deux districts qui étaient responsables de la mise en œuvre des recommandations identifiées et de l'enquête finale ont montré une amélioration de la couverture du TMM.



## Étude de cas 2 Caractéristiques clé de la recherche de mise en œuvre

**Conclusion :** La recherche menée était axée sur la demande et les conclusions ont été utilisées par les services de santé locaux pour améliorer la mise en place et l'accessibilité aux services de TMM. De plus, la recherche n'a pas influencé les services de santé de routine. La participation active a renforcé l'appropriation des parties prenantes et leur a permis de mobiliser des ressources locales et des réseaux pertinents pour promouvoir l'adoption de médicaments et améliorer l'observance.

**Enseignements :** Le profil de l'équipe de recherche doit refléter les compétences requises pour relever un problème de mise en œuvre et l'équipe doit engager activement les parties prenantes pertinentes pour mieux comprendre le contexte dans lequel l'intervention se produit.

Source : 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. doi :10.1371/journal.pntd.0005027.

## Étude de cas 3 Pérenniser la PTME dans des conditions réelles : Enjeux du suivi continu de la santé de la mère et du nourrisson (Mother Infant Retention for Health- MIR4Health)

**Contexte :** Bien que les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aient augmenté en Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie, avec le dépistage du VIH et le traitement antirétroviral allant en s'améliorant, le maintien à long terme des soins de PTME reste un défi. Le Kenya, un des pays de la région confrontés à cet obstacle, s'est engagé à éliminer les nouvelles infections pédiatriques au VIH. En 2014, le pays avait une prévalence nationale du VIH de 5,6%, ce qui inclut environ 75 000 femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes chaque année.

Bien que le test du VIH pendant la grossesse soit effectué à plus de 90%, seulement 64% des nourrissons exposés au VIH ont reçu un traitement ART pour la PTME. Pour augmenter la proportion de nourrissons protégés contre l'exposition au VIH, il faut faire face aux obstacles qui empêchent les femmes pendant leur grossesse puis avec leurs nourrissons d'être identifiées puis connectées et référées aux services de soins et suivies par ceux-ci.

Cette étude (MIR4Health) a été financée par le *National Institutes of Health* (NIH) des États-Unis et le plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR) et l'*Implementation Science Alliance*. Une intervention combinée a été conçue pour réduire la perte de suivi des femmes qui entrent dans les services de PTME dans dix établissements de santé au Kenya en utilisant une approche d'essai randomisé individuel. L'objectif était d'évaluer l'efficacité du niveau de soins avec un suivi actif des patientes vivant avec le VIH d'abord pendant la grossesse puis avec leurs nourrissons pendant six mois post-partum. Le niveau de soins comprenait les services de soins prénataux et les services de VIH, tandis que l'intervention dispensée par les conseillers non professionnels comprenait quatre composantes supplémentaires : éducation sanitaire individualisée ; soutien à la rétention et à l'observance ; rappels des rendez-vous par SMS ; suivi et traçage des visites manquées à la clinique. Des données de routine et des questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'étude. Les résultats de l'étude ont mis en évidence que les complications durant la grossesse, les décès de nourrissons et le transfert hors établissements spécifiques augmentaient la perte de suivi chez les femmes et les nourrissons en soins de PTME.



### Étude de cas 3

#### Pérenniser la PTME dans des conditions réelles : Enjeux du suivi continu de la santé de la mère et du nourrisson (Mother Infant Retention for Health- MIR4Health)

**Conclusion :** Cette étude a fait face à plusieurs réalités de terrain, typiques de la recherche de mise en œuvre. L'étude MIR4H a été confrontée à des défis réels - retards de financement, grève des professionnels de santé, pénurie de trousse de dépistage rapide du VIH, adoption lente de nouvelles directives sur le VIH - qui ont entraîné des retards évidents et ont eu pour résultat une adaptation de la mise en œuvre du projet.

**Enseignements :** La recherche sur la mise en œuvre doit pouvoir s'adapter à tous les défis.

Source : Fayorsey R. N. et al. Mother and infant retention for health (MIR4Health) : Study design, adaptations, and challenges with PMTCT implementation science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2016 ; 72 : Supplément2.

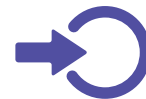
### Activités d'auto-évaluation et de réflexion

Une évaluation du niveau actuel de sensibilisation et de maîtrise des compétences pertinentes pour la RMO est essentielle pour utiliser efficacement cette boîte à outils. Idéalement, cette évaluation est réalisée conjointement par les membres de l'équipe de recherche mais elle peut également être utilisée individuellement par les membres de l'équipe.

Cette autoévaluation des compétences de base au sein de l'équipe aidera l'équipe à sélectionner et à se concentrer sur les compétences qui doivent être renforcées. Remplissez la matrice ci-dessous (Tableau 1). En utilisant une simple approche OUI / NON, indiquez le niveau actuel de sensibilisation et de compétence de l'équipe dans chacun des dix domaines spécifiés.

Répétez de nouveau cette évaluation chaque fois que l'équipe complète les modules successifs de la boîte à outils. Comparez les réponses des équipes aux évaluations précédentes pour évaluer les connaissances et la confiance acquises dans chaque module.





**Tableau 1 : Cadre d'auto-évaluation pour la sensibilisation et la compétence en matière de RMO**

Compétence / expertise	absente	intermédiaire	maîtrisée
Contextualiser des problèmes de RMO			
Former une équipe			
Appliquer les concepts de RMO			
Développer une proposition de RMO			
Concevoir un projet de RMO, collecter et analyser les données			
Méthodes qualitatives			
Méthodes quantitatives			
Planifier un projet RMO			
Conduire et assurer le suivi d'un projet de RMO			
Communiquer les résultats de RMO et les répercuter			



#### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Après avoir terminé l'auto-évaluation initiale, identifier et sélectionner des modules spécifiques dans la boîte à outils sur lesquels les membres de l'équipe doivent se concentrer, ainsi que le niveau de détail nécessaire à considérer pour atteindre la maîtrise de compétence.**



## Références

1. SDG 3 : Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. New York : United Nations; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, accessed 16 October 2017). En Français : Objectifs de développement durable, ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>, Accessed 21 Feb. 2018).
2. Status report 2017: Access and Delivery Partnership (ADP). New York: United Nations Development Programme; 2017. ([http://adphealth.org/upload/resource/ADP\\_Status\\_Report\\_2017.pdf](http://adphealth.org/upload/resource/ADP_Status_Report_2017.pdf), accessed 16 October 2017).
3. Guidelines for the treatment of malaria. Third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>, accessed 16 October 2017).
4. Adapted from de Savigny D. and Kuepfer I. (2015). 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.
5. En réalité certaines étapes se produisent simultanément.
6. For further reading and in-depth discussion on IR see: Implementation research in health: a practical guide. Geneva: World Health Organization ; 2013 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/>, accessed 16 October 2017).

# 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

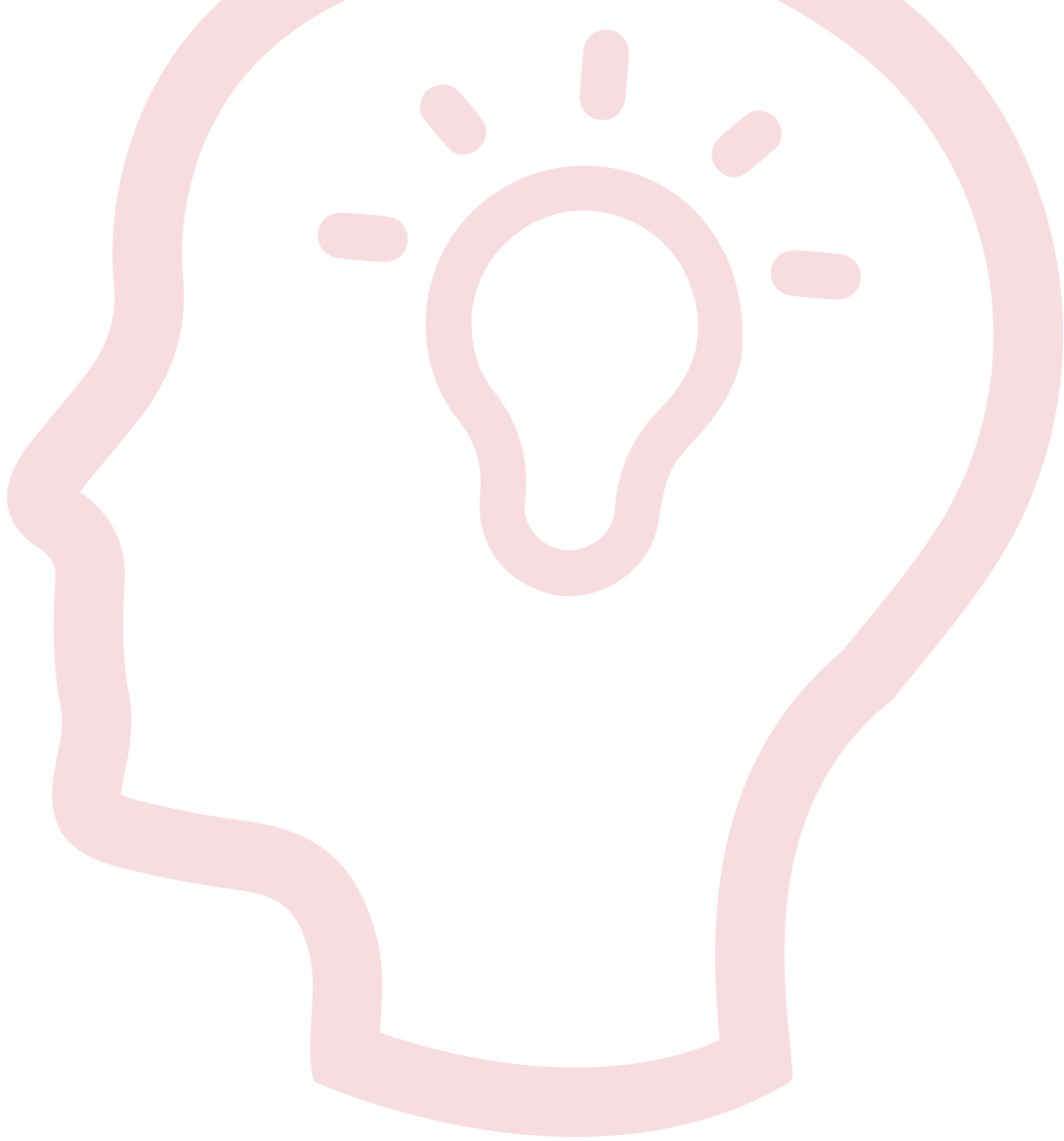
Nécessité de la RMO	18
Résultats de la RMO	22
Caractéristiques de la RMO	25
Comment fonctionne la RMO ?	28
Engagement communautaire dans la RMO	45
Enjeux éthiques dans la RMO	49
Références	53
Lectures supplémentaires	56

# 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 œuvre<sup>1</sup> 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 reconnue<sup>2</sup>. 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 durée<sup>3</sup>.

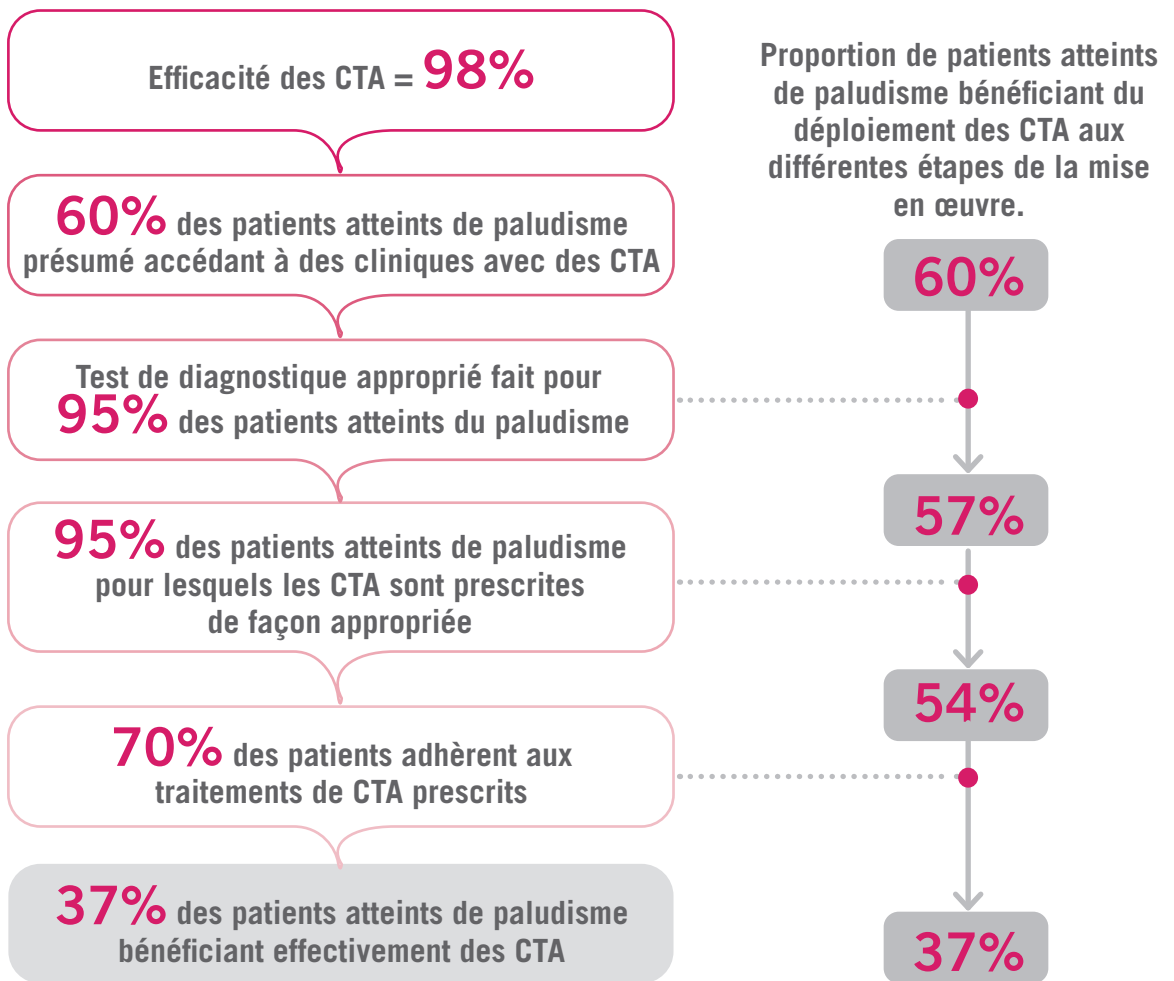
#### Qu'implique la recherche de mise en œuvre ?

- 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 :**

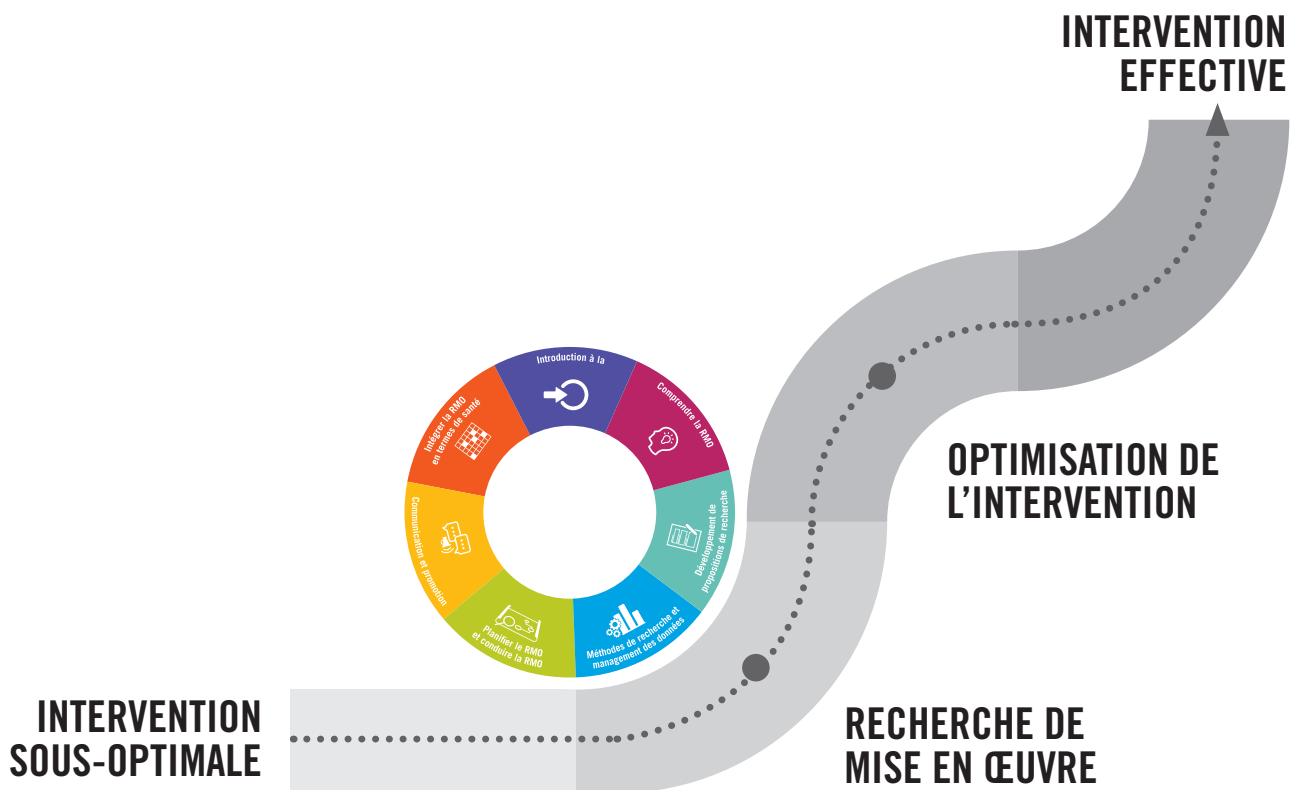
- **Quel est le problème de terrain ou le goulot d'étranglement de l'intervention à résoudre ?**
- **Comment le problème a-t-il été identifié ? Fait-il suite à une demande ?**



## 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 clairs<sup>4</sup>. Ceux-ci peuvent être conceptualisés à trois niveaux<sup>5</sup> :

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 rapidité<sup>6</sup>.
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)

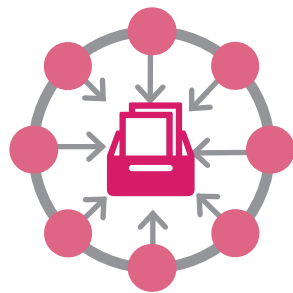


Dans le contexte de la RMO, une « intervention » est généralement définie comme toute technologie de santé (médicament, vaccin ou tests diagnostiques), toutes pratiques et / ou stratégies de traitement et / ou de prévention, ou tous efforts exécutés au niveau individuel, communautaire ou institutionnel. 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 échelle<sup>7</sup>. 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 santé<sup>8</sup>. 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)<sup>9</sup>.

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 :

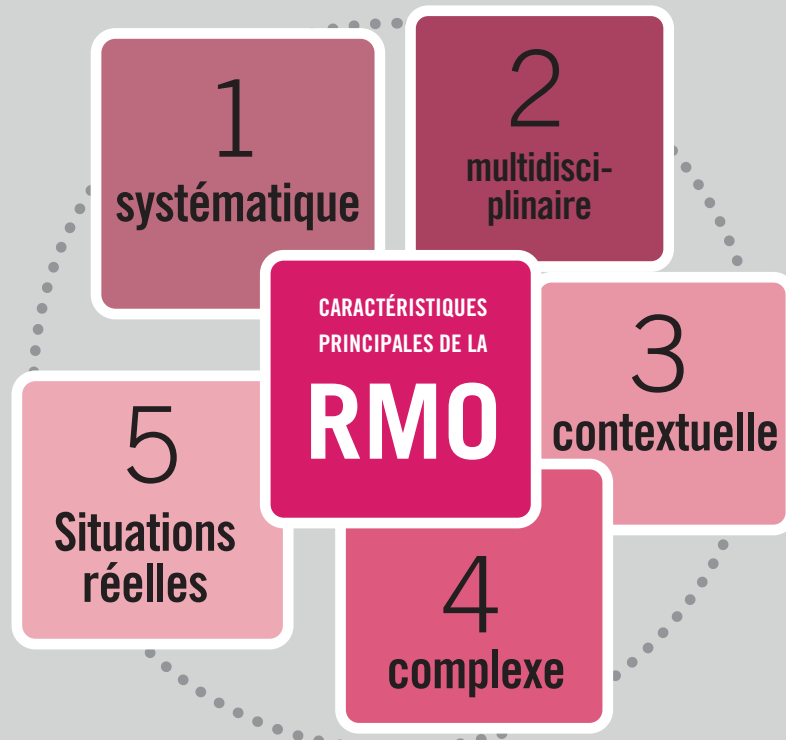
- de la recherche biomédicale de base (par exemple, découverte d'un nouveau mécanisme génétique ou recherche en étiologie).
- des essais d'efficacité de l'intervention, initiaux ou répétés, dans un contexte contrôlé descendant (top down).
- des rapports d'avancement de programme de routine.
- une simple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

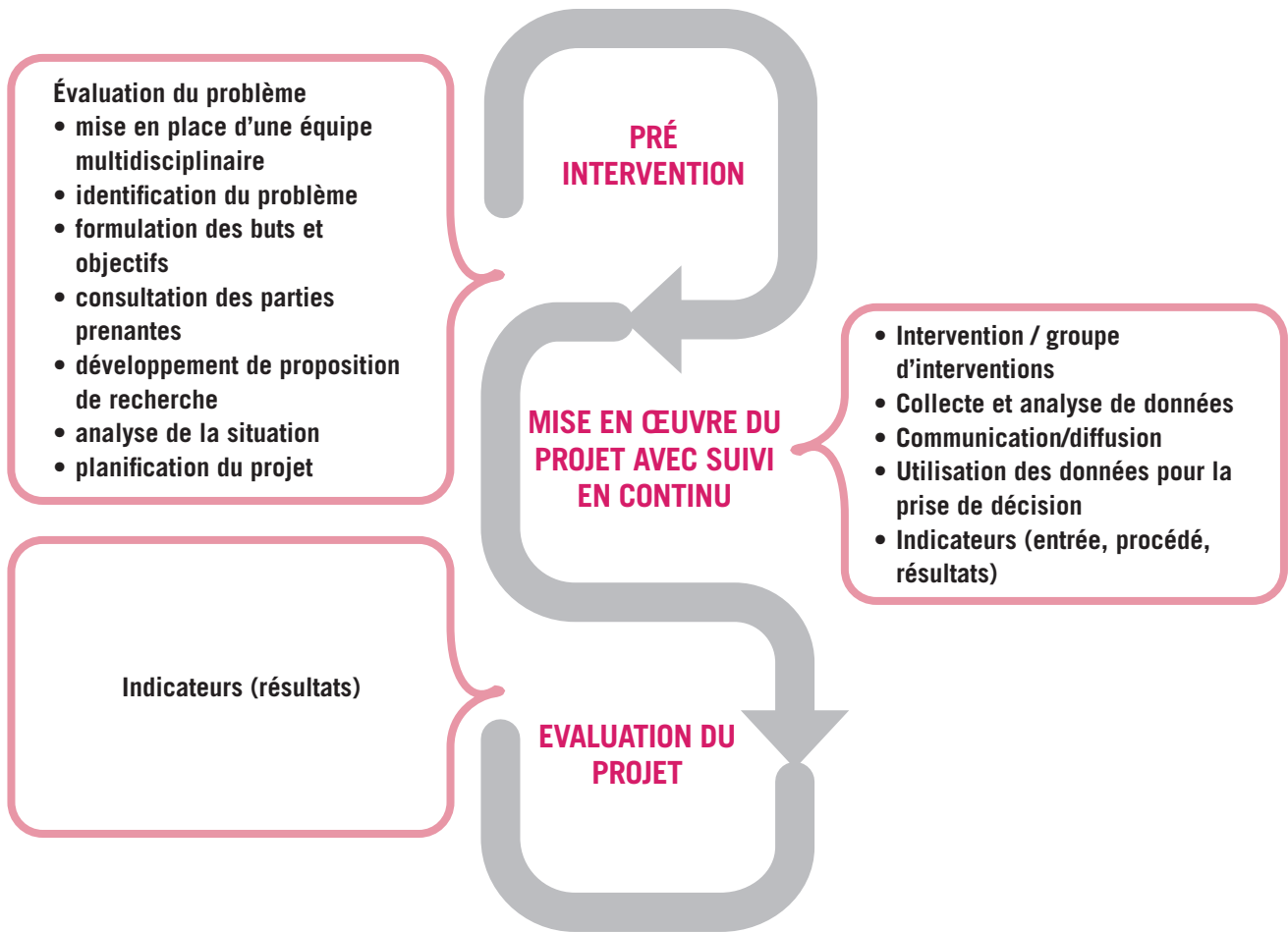
- Identifier les obstacles / problèmes empêchant l'optimisation d'une intervention définie.
- Former l'équipe de recherche. Celle-ci doit refléter l'éventail des compétences nécessaires pour résoudre le problème de mise en œuvre.
- Identifier les autres parties prenantes essentielles. Impliquer les parties 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.





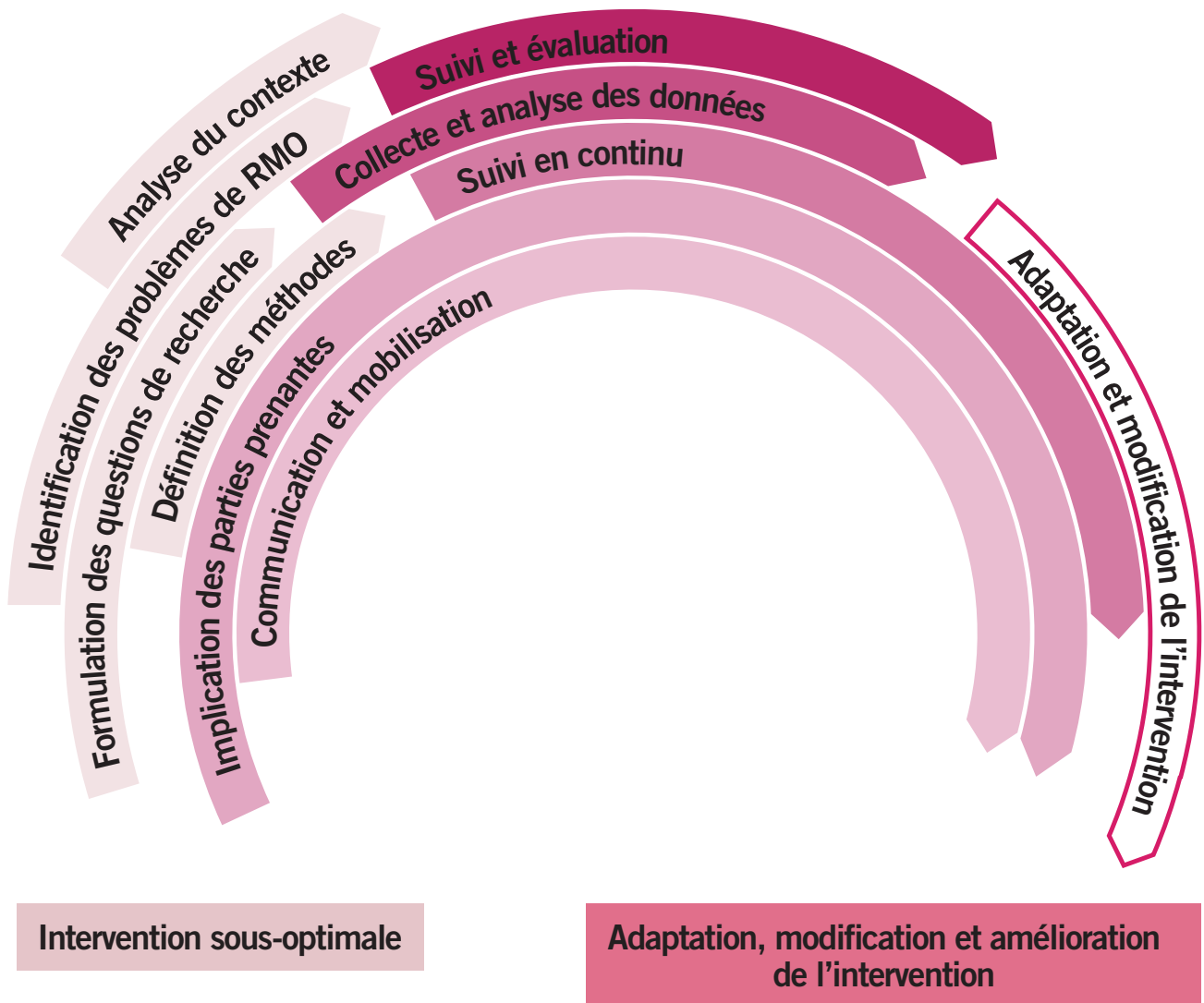
Figure 2 : Les étapes essentielles du processus RMO



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 mondial<sup>10</sup>.

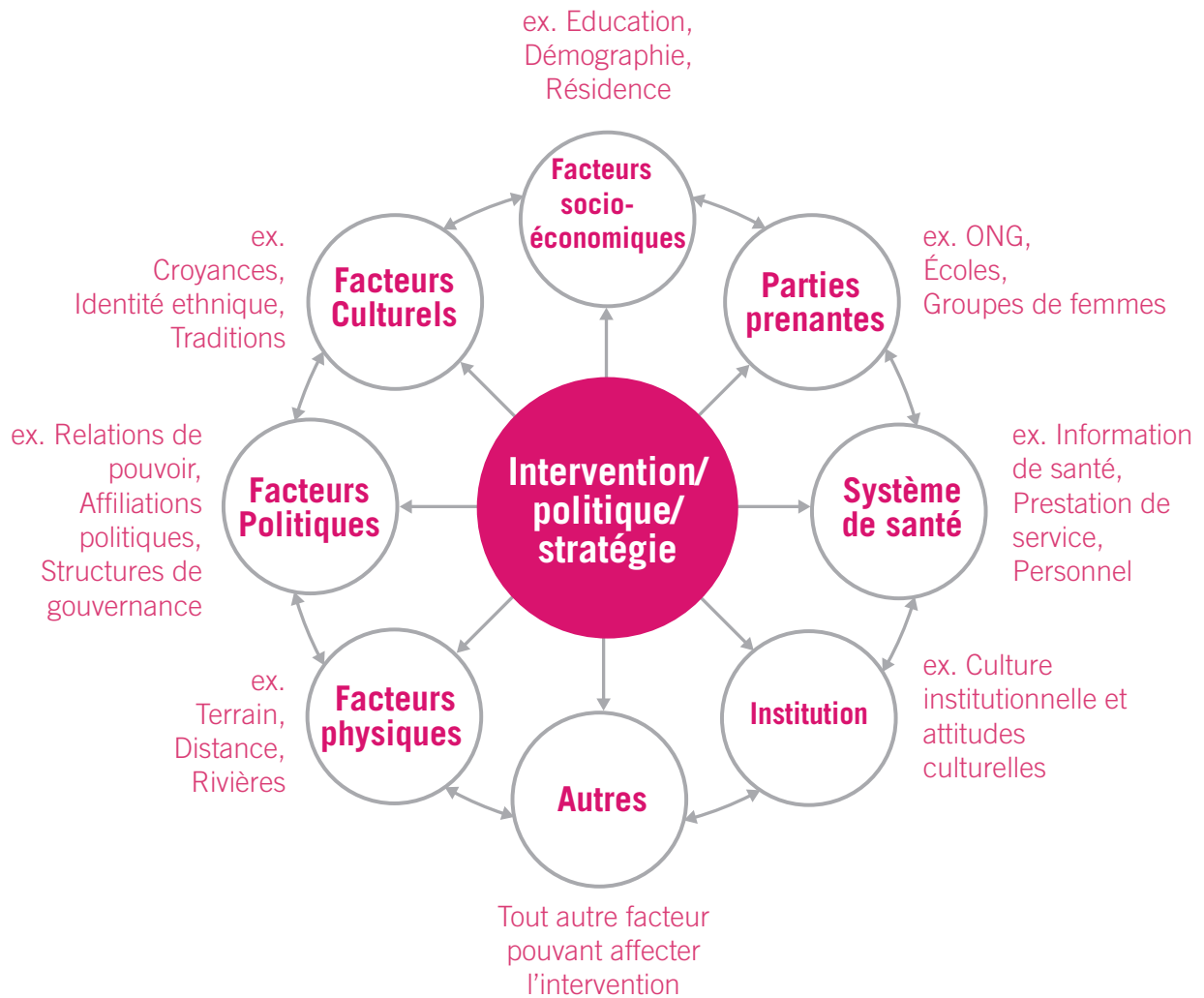
La Thaïlande a atteint les OMD liés à la santé et introduit le concept de « OMD plus ». Un examen du système de santé thaïlandais a mis en évidence les facteurs essentiels qui ont contribué à ce succès. Bien qu'il y ait eu de multiples changements politiques pendant cette période, les fonctionnaires 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 pilote<sup>11</sup>.

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 RMO<sup>12</sup>**





## 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 santé<sup>13</sup>.

## 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

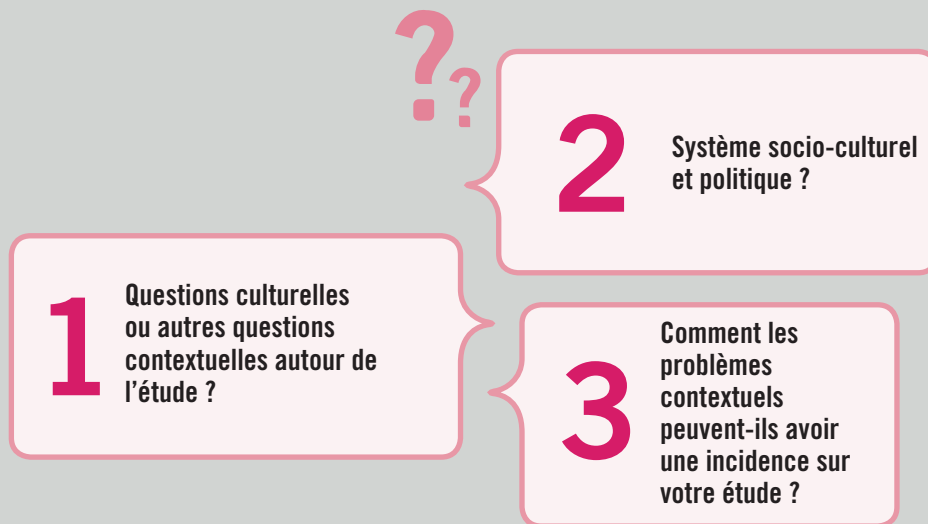
Il est essentiel d'analyser le niveau de vie général et le niveau d'inégalité ainsi que l'identification des groupes vulnérables et le statut socio-économique basé sur les niveaux de revenu, les biens, le niveau d'éducation et la profession. En outre, les facteurs associés aux types d'habitations (par 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 négociations<sup>14</sup>



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 publiés 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 recherche<sup>15</sup>.

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<sup>16 17 18</sup>. 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'action<sup>19</sup>.



**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 moustiques<sup>20</sup>**

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.

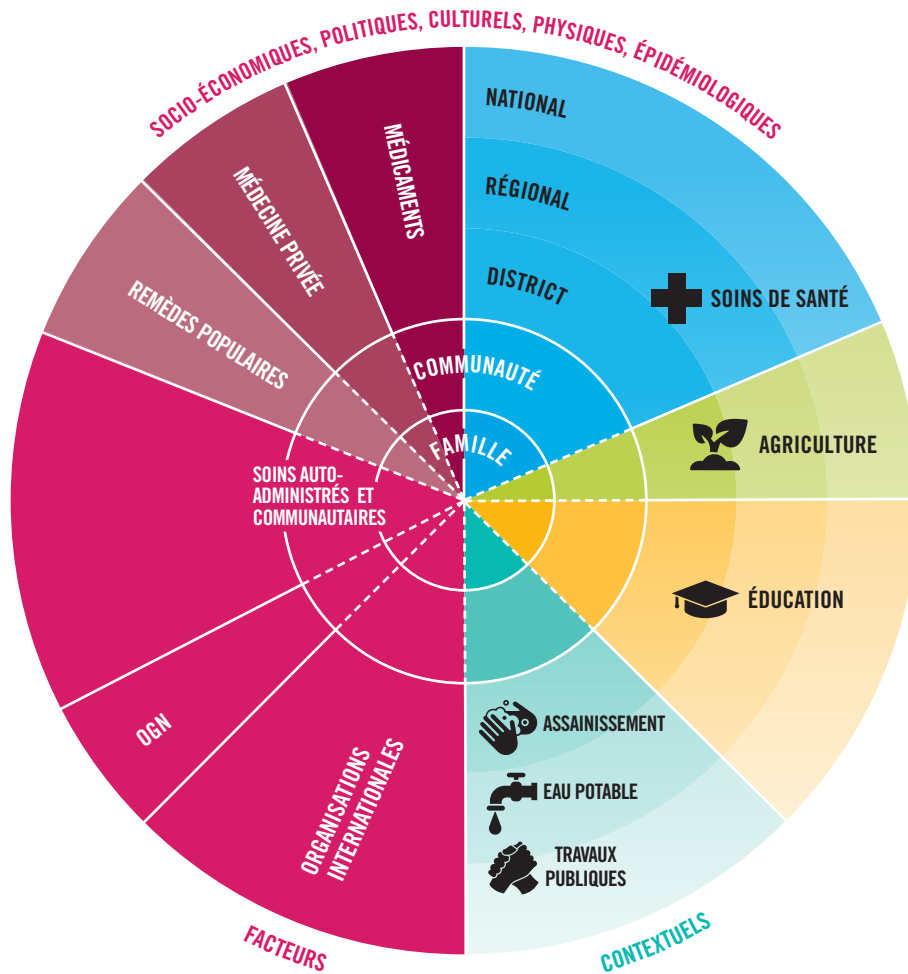
### **Systèmes de santé**

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 santé<sup>21</sup>. 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<sup>22 23 24</sup>. 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.

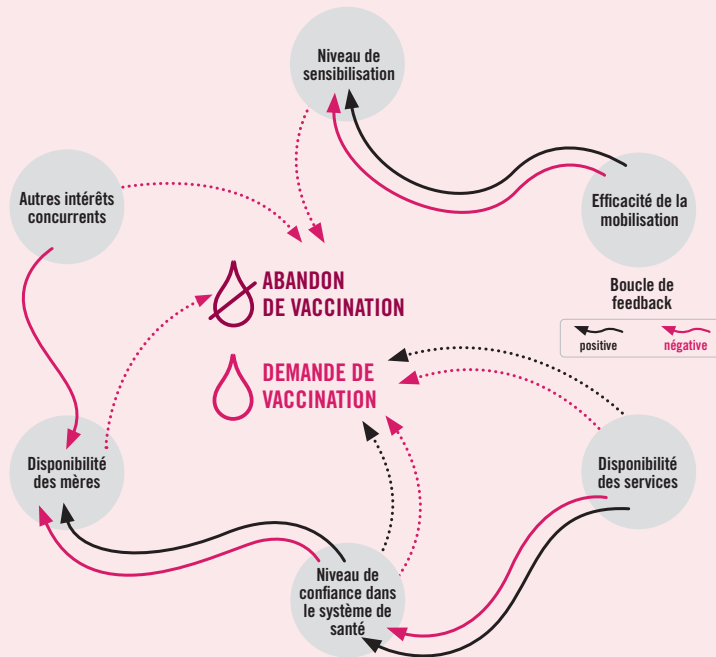
Des groupes de parties prenantes multiples et des facteurs indépendants interagissent → SAC.

- 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 vaccination<sup>25</sup>**



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 personnes<sup>26</sup>.





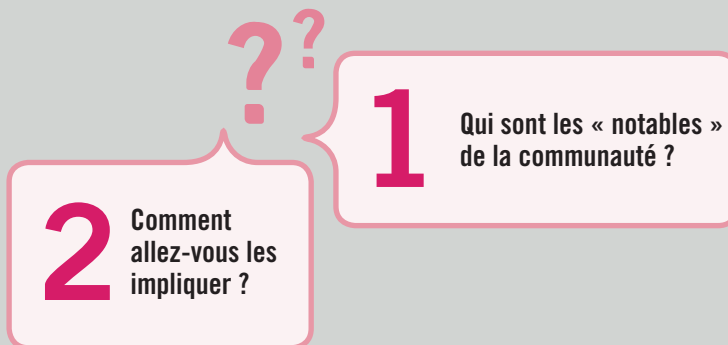
Un obstacle fréquent à un engagement communautaire efficace est l'utilisation de formulaires de consentement éclairé compliqués, généralement utilisés pour suivre les principes de bonne éthique de la recherche. Des documents compliqués employant le jargon de la recherche et des informations fragmentées 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 ?





## 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 confidentialité<sup>27</sup>.

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*<sup>28</sup> 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 publique<sup>29</sup>.

*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 Sud<sup>30</sup>. 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'entrevues structurées 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).

# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE



Développer une proposition de recherche pour la recherche de mise en œuvre

Tuoyo Okorosobo et Olumide Ogundahunsi

Équipe et enjeu de la recherche	61
Structure d'une proposition de RMO	62
Introduction	67
Guide pour la rédaction de l'introduction	69
Conception de la recherche	90
Plan du projet	105
Impact et mesure des résultats du projet	109
Suppléments	114
Financer un projet de RMO	118
Ce que les évaluateurs recherchent	121
Problèmes courants dans le cadre d'une proposition de recherche	123
Références	124
Lectures supplémentaires	125

# Développer une proposition de recherche pour la recherche de mise en œuvre

Ce module est conçu comme une aide au développement d'une proposition de recherche de haute qualité pour la recherche de mise en œuvre (RMO) par une équipe de recherche. Il s'appuie largement sur le contenu du module de développement de proposition de recherche de la première édition de cette boîte à outils<sup>1</sup>.

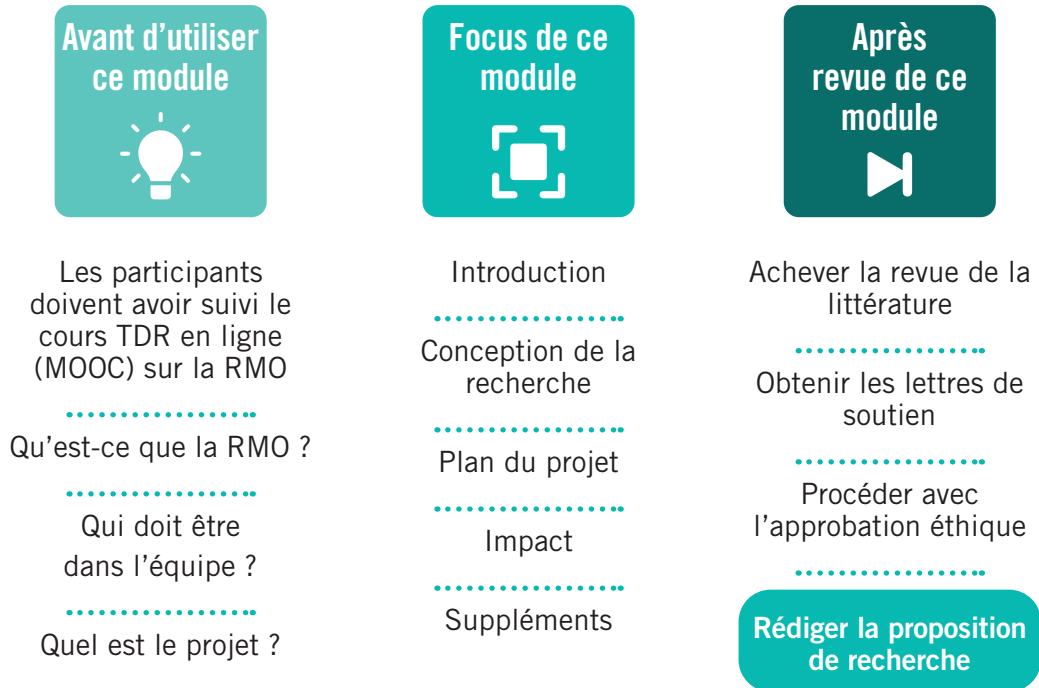
Bien qu'il existe certains éléments communs aux différents types de propositions de recherche, certains aspects sont soulignés dans ce module pour guider le processus d'élaboration d'une proposition de recherche conçue pour éliminer les obstacles à l'optimisation de l'efficacité d'une intervention, d'une politique ou d'une stratégie de santé qui forme la base d'un « problème » de RMO.



Le module adopte une approche pratique et suppose son utilisation par les équipes de RMO pour élaborer le développement de propositions de recherche spécifiques. Une application abstraite ou théorique ne serait donc pas idéale. Ce module est structuré comme le montre la figure 1, et comprend les activités à entreprendre avant de commencer le module, l'orientation du module lui-même et les actions à entreprendre après son achèvement.



**Figure 1 : Structure globale et approche pour l'élaboration d'une proposition de RMO**



Si votre équipe se lance dans le développement d'une proposition de RMO et ne sait pas par où commencer, rassurez-vous, vous n'êtes pas seul ! Même la définition de la question de recherche peut sembler intimidante au départ. Le but de ce module est d'aider les membres de l'équipe à comprendre le processus, et à prendre une par une chaque étape que comprend la rédaction d'une proposition de RMO.

Avant de commencer, les membres de l'équipe doivent déjà avoir suivi le MOOC (cours en ligne ouvert à tous) sur la recherche de mise en œuvre<sup>2</sup> et / ou d'autres ressources en ligne adaptées,<sup>3,4,5</sup> ainsi que le module « Introduction » de cette boîte à outils. Ces ressources vous familiarisent avec la terminologie clé, les concepts de base, les perspectives de recherche, les composantes du programme et les autres questions fondamentales liées à la RMO. Une revue de la littérature sur le sujet de votre recherche, y compris des articles de recherche et d'autres ressources mentionnées dans la section références, sont également des lectures essentielles.

Le contenu et les activités de ce module sont organisés en une série de sections, chacune abordant un élément spécifique d'une proposition de RMO dans un processus par étapes. Les sections respectives comprennent les éléments suivants :

- Identification de ce que vous allez accomplir à la fin de chaque section.
- Informations essentielles pour vous aider à comprendre les étapes spécifiques de la rédaction d'une proposition de recherche.
- Exercices pour faciliter la compréhension et mettre vos idées en pratique.







- Opportunités de réflexion pour pouvoir considérer les problématiques spécifiques liées à votre projet et explorer comment votre équipe peut incorporer des idées émergentes et une évolution du raisonnement dans le processus d'élaboration de la proposition de recherche.

Dans l'ensemble, le module fournit des lignes directrices harmonisées pour l'élaboration de propositions de recherche, en reconnaissant qu'une équipe de RMO comprend des membres venant de divers horizons. De nombreux utilisateurs sont susceptibles d'être des chercheurs chevronnés ou ayant au moins une expérience de recherche.

## Équipe et enjeu de la recherche

Ayant déjà suivi le MOOC sur la RMO et lu les documents recommandés, vous devez maintenant avoir une bonne compréhension de ce qu'est la RMO et saisir l'importance de l'équipe dans la réalisation de vos objectifs de recherche. A ce stade, vous avez dû identifier vos principales parties prenantes et constituer votre équipe de recherche initiale. Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe doivent être établis et répondre de façon appropriée à la problématique de recherche que votre proposition doit aborder.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

#### Rappel des bases de la RMO

- **Réfléchir sur la problématique /question de recherche que votre équipe est en train d'élaborer pour un projet de recherche.**
- **Passer en revue la composition de votre équipe et évaluer les rôles et responsabilités de chacun dans le projet prévu.**
- **Rafrâchir votre compréhension de ce qui suit :**
  - **Qu'est-ce que la RMO et quelles en sont les principales caractéristiques ?**
  - **Comment avez-vous identifié le problème de RMO que vous abordez dans votre proposition de recherche ?**
  - **Quelles sont les étapes concernées dans votre projet de RMO ?**
  - **Comment le déploiement d'un programme ou d'une intervention pourrait-il bénéficier d'un projet de RMO ?**
  - **Comment avez-vous formulé votre (vos) question (s) de recherche sur la RMO ?**
  - **Quelles sont les principales parties prenantes, comment les identifiez-vous et les intégrez-vous dans votre projet ?**



## Structure d'une proposition de RMO

En général, la structure d'une proposition de recherche est similaire pour toutes les recherches. Une proposition de recherche est un document qui décrit :

- la recherche proposée,
- pourquoi la recherche est menée,
- la conception de la recherche,
- l'impact attendu.

Une proposition de recherche est exigée pour la plupart des demandes de subvention / financement, qui sont généralement jugées par un comité. Pour être opérant, il faut savoir :

- ce qu'on fait,
- pourquoi on le fait,
- quand on prévoit de le faire,
- comment on prévoit de le faire.

Si vous avez déjà rédigé des propositions de recherche, ou une thèse dans le cadre de vos études antérieures, vous vous rappellerez avoir rédigé une proposition de recherche et l'avoir faite approuver par un comité de recherche ou de thèse (et probablement par votre superviseur), avant de présenter une demande éthique (si des personnes humaines sont impliquées) et de commencer la collecte de données.

Lors de l'élaboration d'une proposition de recherche, l'intention est de générer de nouvelles connaissances et idées. Lors de l'élaboration d'une proposition de RMO, l'intention est de générer des données de recherche pour améliorer la mise en œuvre de programme et éclairer les politiques.



La plupart des demandes de subvention vous obligent à rédiger une proposition de recherche qui sera évaluée par un comité afin de déterminer si la proposition mérite d'être financée.

La rédaction d'une proposition de recherche solide est probablement l'une des étapes les plus difficiles – et cruciales – de la recherche. Vous devez développer des questions de recherche, une justification des raisons pour lesquelles l'étude est nécessaire et importante, et un cadre conceptuel. Vous devez effectuer une revue de la littérature existante. Vous devez concevoir la recherche et spécifier les méthodes de recherche que vous utiliserez pour collecter et analyser vos données<sup>5</sup>.



## Qu'est-ce qui est différent dans une proposition de RMO ?

### QU'EST-CE QUI EST DIFFÉRENT DANS UNE PROPOSITION DE RMO ?

#### Quoi ?

Les informations sur le problème à traiter proviennent du système de santé ;

Les utilisateurs des résultats de la recherche sont impliqués tout au long du processus de recherche ;

#### Comment ?

Générer des connaissances afin qu'elles puissent être appliquées dans différents environnements et contextes ;

Impliquer plusieurs disciplines, incluant par exemple épidémiologie, sciences sociales, anthropologie, sciences de la communication et économie de la santé ;

Contribuer à l'élaboration de recommandations stratégiques et de solutions pratiques.

#### Pourquoi ?

Mieux renseigner les efforts pour améliorer la qualité des services de santé ;

Faciliter l'adoption des résultats et des produits de la recherche par les utilisateurs.

En particulier, les propositions de RMO diffèrent de celles utilisées dans d'autres types de recherche en ce qui concerne :

- l'origine du problème de recherche ;
- l'implication des utilisateurs dans les résultats de la recherche tout au long du processus de recherche.

Ces différences résultent du besoin de mettre en place des interventions provenant de la RMO pour aider à :

- mieux renseigner les efforts visant à améliorer la qualité des services de santé ;
- faciliter l'adoption des résultats et des produits de la recherche par les utilisateurs.

En général, les projets de RMO vont :

- générer des connaissances afin qu'elles puissent être appliquées dans différents environnements et contextes ;
- impliquer plusieurs disciplines, incluant par exemple épidémiologie, sciences sociales, anthropologie, sciences de la communication et économie de la santé ;
- contribuer à l'élaboration de recommandations stratégiques et de solutions pratiques.

Comme les résultats de la recherche, les lignes directrices et les pratiques optimales peuvent prendre des années à être complètement intégrés à la pratique, les chercheurs, décideurs et praticiens cherchent constamment des façons d'améliorer le transfert de connaissances associées. Pour répondre à ce défi, la RMO répond à un problème identifié et choisi en priorité par les utilisateurs. Encourager l'adoption des résultats de la recherche par l'utilisateur exige la participation de cet utilisateur à toutes les étapes du processus de recherche, y compris le développement de la proposition de recherche<sup>6</sup>.



Pour être efficaces, les résultats de la RMO doivent être utilisables dans le cadre du système de santé à disposition et mis en œuvre de manière appropriée afin que les utilisateurs puissent en bénéficier. La RMO vise également à produire des connaissances pouvant être appliquées dans divers environnements et contextes (bien qu'elles puissent également être spécifiques à une intervention).

### **Qu'est-ce qui est différent dans une proposition de RMO ?**

Caractéristiques d'une proposition de RMO :

- Une distinction claire entre le suivi de routine des maladies et l'étude systématique et l'analyse des problèmes.
- Indicateurs pour mesurer les résultats.
- Mettre l'accent sur un nombre limité de domaines prioritaires, plutôt que de se concentrer sur un grand nombre de petits problèmes isolés qui n'auront probablement pas d'impact significatif sur la santé.
- Possibilité d'extrapoler à d'autres environnements et d'autres maladies. Lien actif avec le contrôle des maladies.
- Lien actif avec le contrôle des maladies.
- Partenariat et liaison avec d'autres ministères, départements et organismes.
- Possibilité de formation et de mentorat pour les jeunes chercheurs et participation de personnes plus expérimentées.
- Implication des professionnels de santé venant du cadre de l'étude.
- Diffusion active des résultats à tous les niveaux de mise en œuvre.

Caractéristiques supplémentaires à prendre en compte :

- Chaque organisme de financement a son propre format de proposition de recherche et ses propres exigences.
- Tous les organismes n'exigeront pas tous les composants inclus dans ce module.
- Certains organismes peuvent exiger une lettre d'intention ou une note conceptuelle comme étape préliminaire de sélection afin d'assurer que la proposition correspond à leurs besoins.
- Les lettres d'intention comprennent les mêmes éléments qu'une proposition de recherche, mais avec moins de détails.

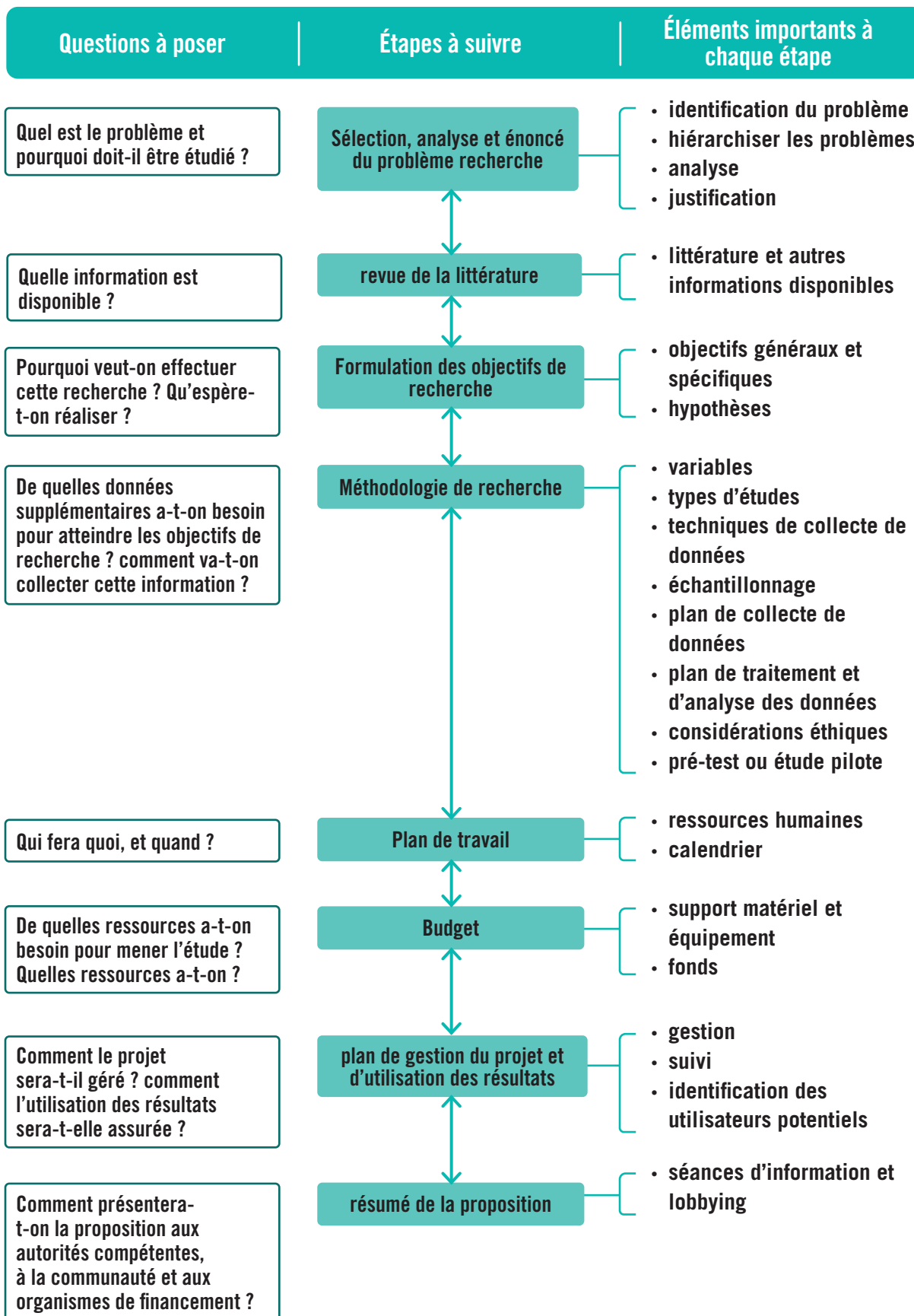
### **Composantes d'une proposition de RMO**

Les composantes d'une proposition de RMO peuvent varier légèrement en fonction du type de recherche prévu et / ou des exigences définies par l'organisme de financement auquel la proposition est soumise. De nombreux organismes de financement indiquent spécifiquement ce qui doit être abordé dans une proposition de recherche.

La section suivante a été conçue pour être assez générale afin de pouvoir être adaptée aux priorités des différents utilisateurs et aux différents appels à propositions, en reconnaissant toutefois que toutes les sections ne seront pas forcément utilisées dans toutes les propositions soumises pour un financement. Il est utile de voir les composantes de la proposition de RMO structurées pour répondre à une série de questions auxquelles le processus de recherche vise à répondre, comme le montre la figure 2<sup>7</sup>. Les différentes étapes sont discutées brièvement dans ce module et expliquées plus en détail dans les autres modules de cette boîte à outils.



Figure 2 : Le processus conceptuel de la RMO



Source : Varkevisser et al.



Typiquement, une proposition de RMO comprend les composants suivants, comme décrit plus en détail dans les tableaux respectifs de ce module :

**Introduction** : incluant page de titre, justification, énoncé du problème, objectifs et questions de recherche, et revue de la littérature (synthèse des connaissances existantes) (Tableau 1).

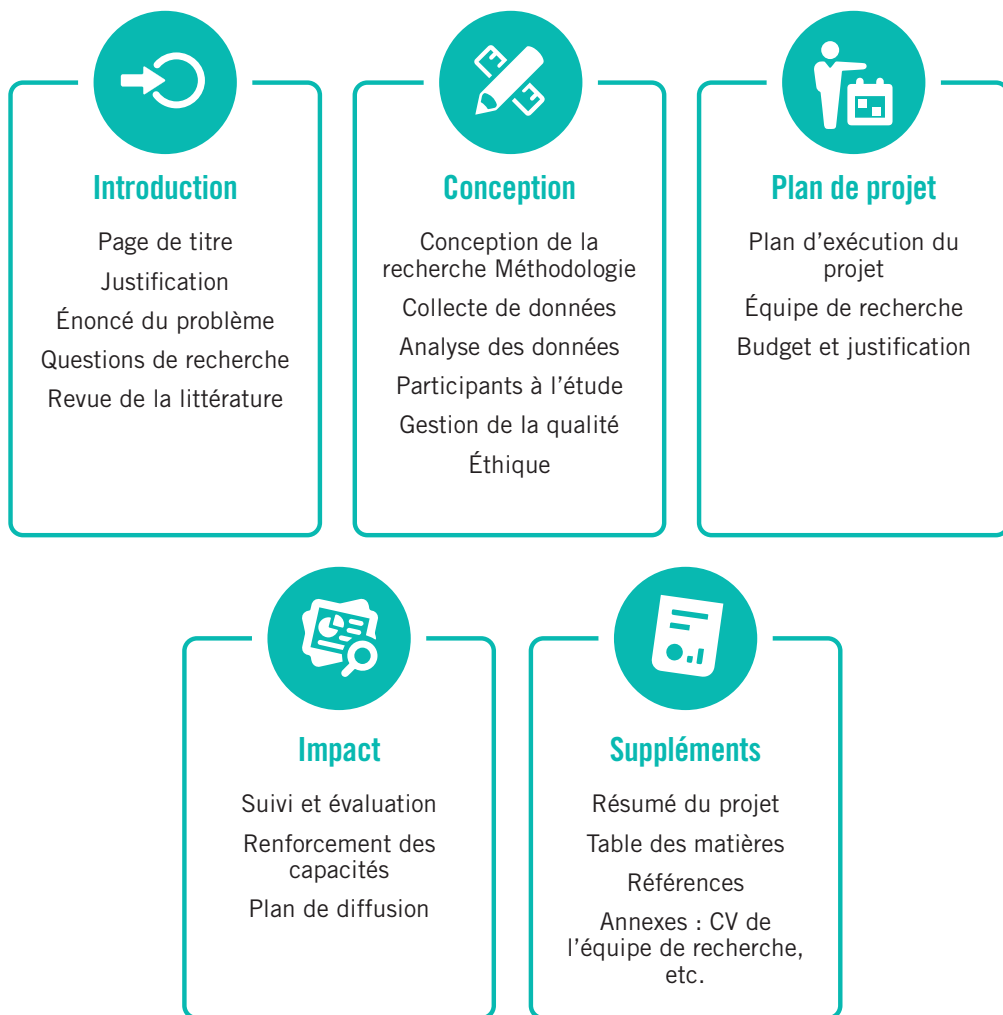
**Conception de la recherche** : décrire les participants, les méthodes de recherche prévues, la collecte de données, l'analyse des données, la gestion de la qualité et l'éthique (Tableau 4).

**Plan de projet** : présentation d'un plan de projet plus détaillé, description de l'équipe de recherche et information budgétaire (Tableau 6).

**Impact** : incluant suivi et évaluation, plan de renforcement des capacités et résultats / plan de diffusion des résultats (Tableau 7).

**Suppléments** : par exemple résumé du projet, table des matières, références, annexes et CV des chercheurs (Tableau 8).

**Figure 3 : Composantes d'une proposition de RMO**





Dans chacune des sections suivantes, ces différentes parties de la proposition de recherche sont considérées pour aider votre équipe à rédiger votre proposition de recherche.

## Introduction

La première étape dans la rédaction et l'approfondissement de votre proposition de RMO est la rédaction de la section d'introduction. Il s'agit d'abord de rédiger un récapitulatif de votre problématique de recherche et d'effectuer une revue systématique des documents existants et de la littérature scientifique. Celui-ci explique pourquoi le problème spécifique abordé par le projet est important et doit être traité. Vous développerez également des objectifs de recherche généraux et spécifiques, un énoncé du problème et la / (les) question(s) de recherche.

Après avoir terminé cette section, vous serez capable :

- D'écrire l'introduction pour votre proposition de recherche.
- De développer la / (les) question(s) de recherche pour votre proposition.

L'introduction de votre proposition doit :

- Décrire ce qui est étudié et pourquoi (c'est-à-dire expliciter la raison d'être ou justification du projet).
- Construire une argumentation pour l'étude proposée.
- Inclure un énoncé du problème, des objectifs généraux, des objectifs spécifiques et une / (des) question(s) de recherche fondée(s) sur une analyse critique de la problématique de base identifiée et des facteurs qui contribuent à cette problématique.
- Passer en revue la littérature scientifique existante.
- Résumer les résultats attendus, y compris l'impact que les résultats pourront avoir.
- Fournir une justification claire et concise de la raison pour laquelle le projet doit être financé.



Le contenu de l'introduction est résumé dans le Tableau 1

**Tableau 1 : Composants de la section introduction**

Section	Description
Page de titre	<p>Les quatre composantes d'un bon titre :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilise des mots d'action.</li><li>• Reflète les thèmes de la mise en œuvre et de l'intervention.</li><li>• Inclut les populations cibles spécifiques (adolescents, enfants de moins de 5 ans, etc.)</li><li>• Se réfère à une zone géographique spécifique.</li></ul>
Justification	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décrit ce qui est étudié et pourquoi.</li><li>• Résume les résultats attendus, y compris les impacts anticipés.</li><li>• Fournit une justification claire et concise des raisons pour lesquelles le projet doit être financé.</li></ul>
Exposé du problème	<ul style="list-style-type: none"><li>• Résume l'objectif de l'étude.</li><li>• Consiste en un paragraphe plutôt qu'en une simple affirmation.</li><li>• Établit la direction et saisit l'essence de l'étude.</li><li>• Doit être clair et concis.</li><li>• Incorpore les objectifs généraux et utilise des mots d'action pour décrire succinctement le but de l'étude.</li><li>• Reflète la conception de la recherche de l'étude.</li><li>• Conduit logiquement à la (aux) question(s) de recherche(s).</li></ul>
Objectives and question(s) de recherche	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doivent avoir un intérêt pour le milieu de la recherche, les chercheurs, les responsables politiques, les décideurs, les organismes de financement, les prestataires de soins de santé et les communautés sur lesquelles la recherche aura, en fin de compte, une incidence.</li><li>• Doivent pouvoir se justifier.</li><li>• Sont façonnés par la problématique et doivent logiquement influencer la conception de la recherche.</li><li>• Sont clairs et spécifiques.</li><li>• Sont faisables.</li><li>• Fournissent les informations nécessaires pour évaluer les interventions ou la progression</li><li>• Analysent les causes possibles des objectifs manqués afin de trouver des solutions.</li><li>• Répondre à ces questions fournira des informations importantes ou contribuera à développer des interventions adaptées.</li></ul>
Revue de la littérature scientifique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Démontre une connaissance du sujet.</li><li>• Résume ce qui reste mal connu sur le sujet.</li><li>• Établit la crédibilité.</li><li>• Place la recherche proposée dans un contexte plus large.</li><li>• Démontre la pertinence du projet en établissant des liens avec un ensemble de connaissances.</li></ul>





L'introduction est essentiellement un passage en revue ciblé des connaissances existantes pertinentes, y compris les études publiées, rapports de projet et autres documents. Elle construit une argumentation pour mener l'étude, incluant les objectifs de recherche généraux et spécifiques, l'énoncé du problème et la / (les) question(s) de recherche. Cet argumentation (ou justification) peut être basé sur un besoin identifié par la communauté, les décideurs politiques et / ou les gestionnaires de programme. En résumé, l'introduction de la proposition fournit une description claire et succincte de ce qu'est la recherche et une justification de la raison pour laquelle le projet doit être réalisé et financé.

L'introduction fournit des informations essentielles pour le financement et pour le soutien communautaire en :

- fournissant une base pour le développement ultérieur de la proposition de recherche (récapitulatif de la problématique).
- facilitant l'accès à l'information générale sur les études similaires et les rapports qui en découlent (analyse systématique et brève revue de la littérature).
- Expliquant de façon systématique pourquoi la RMO proposée doit être entreprise (justification), ce qu'on espère accomplir (objectifs) et ce qu'on attend comme résultats (effet).



## Guide pour la rédaction de l'introduction

- Commencez par mener une analyse systématique du problème que vous avez l'intention de considérer et du pourquoi il est important que cette recherche soit effectuée.
- Une fois vos idées initiales clarifiées, modifiez continuellement l'introduction au fur et à mesure que vous progressez et discutez du problème avec votre équipe.

La justification doit indiquer pourquoi la recherche doit être entreprise, en incluant la pertinence scientifique, sanitaire et politique du problème à étudier, ainsi que l'ampleur, la fréquence, les zones géographiques touchées, et les considérations ethniques et de genre du problème. L'introduction doit également mentionner d'autres options disponibles pour résoudre le problème de recherche, et justifier pourquoi l'approche choisie doit être retenue. Elle doit également indiquer comment les résultats pourront être utilisés, pourquoi ils sont susceptibles de se répercuter dans les systèmes de santé et les politiques de santé, et qui pourra, en fin de compte, en bénéficier si les résultats du projet sont utilisés de manière appropriée.



### Qu'écrit-on ?

- Vue d'ensemble du système de santé et de l'environnement (contexte).
- Description de la nature du problème.
- Analyse des différents facteurs pouvant influencer le problème.
- Description des solutions essayées (contexte), et justification de la poursuite de recherche.
- Information escomptée résultant de la recherche et comment cette information pourrait être utilisée pour résoudre le problème (résultats).

Pour ce faire, écrivez brièvement quelques points sur chacun des éléments énumérés ci-dessous. Commencez à écrire sans vous soucier de la façon dont vos idées sont énoncées et sans perfectionner ce que vous écrivez : Pendant le processus de développement de la proposition de recherche, vous continuerez à modifier, élaborer, supprimer et modifier l'introduction au fur et à mesure de vos recherches et au vu des discussions sur le sujet.

- Vue d'ensemble du système de soins de santé dans le pays / la région / le district / la communauté, car ceux-ci sont pertinents pour le problème. Inclure des statistiques significatives (si ou quand elles sont adaptées et / ou disponibles) pour décrire le contexte dans lequel le problème prend place.
- Description de la nature du problème.
- Analyse des différents facteurs qui peuvent influencer le problème – pourquoi certains facteurs doivent être étudiés.
- Brève description de toutes les solutions au problème qui ont été essayées dans le passé (contexte), dans quelle mesure elles ont fonctionné et pourquoi d'autres recherches sont nécessaires (justification de l'étude).
- Description du type d'information que l'on attend de l'étude de RMO et comment cette information pourra être utilisée pour résoudre le problème (résultats).

### Développer le titre

Il y a quatre composants à un bon titre, il faut :

- Utiliser des mots d'action plutôt qu'un langage passif.
- Refléter les thèmes de la mise en œuvre et de l'intervention.
- Inclure des populations cibles spécifiques (adolescents, enfants de moins de cinq ans, etc.).
- Se référer à une zone géographique spécifique.



**Le titre d'une proposition de recherche doit décrire l'étude, être concis et informer le lecteur de la nature de la recherche.**



Le titre peut ne pas différer sensiblement de celui d'autres propositions de recherche, mais le sujet abordé reflétera un besoin identifié au sein de la communauté. Il est possible d'inclure également « recherche de mise en œuvre » dans le titre de votre proposition afin de souligner que vous demandez une subvention de recherche spécifique à la RMO.

### Exemple

- *Identifier les lacunes dans la prévention du VIH chez les adolescents en Afrique subsaharienne : Une étude de recherche de mise en œuvre.*
- *Utilisation de la recherche sur la mise en œuvre pour explorer l'augmentation des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Cameroun, Tchad, Kenya, en République Démocratique du Congo, République centrafricaine et Zambie.*
- *Accroître l'accès aux soins et l'adéquation du traitement dans les pharmacies du secteur privé grâce à la prise en charge intégrée du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée.*

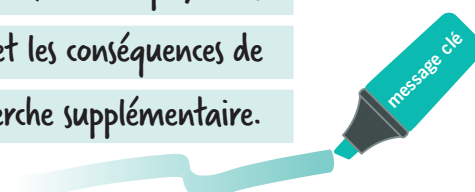
### Justification

Chaque proposition de RMO nécessite une solide justification pour démontrer aux décideurs et / ou aux organismes de financement l'utilité de consacrer des ressources limitées au projet de recherche proposé. La section d'introduction doit donc bien justifier pourquoi le problème de recherche que vous avez identifié est important et mérite d'être financé. La justification doit également démontrer que le problème de recherche sélectionné correspond au programme national de recherche. Pour fournir cette justification, il est utile de commencer en présentant des preuves basées sur une analyse systématique des informations existantes.

On trouve des informations pour appuyer l'analyse documentaire à divers endroits et grâce à divers types de ressources, notamment :

- documentation locale (par exemple rapports d'avancement de projet, thèses, les dissertations, actes du séminaire) ;
- rapports d'avancement de programme, rapports annuels ou d'évaluation ;
- littérature en sciences médicales ou sociales, y compris les analyses qui soulignent les lacunes dans la recherche et / ou les programmes ;
- résultats de recherche dans des articles de journaux et publications scientifiques ;
- résumés / présentations / articles provenant de réunions et de conférences scientifiques ;
- nouvelles idées / recommandations issues de recherches antérieures ;
- rapports annuels des organismes de financement ;
- questions posées par le personnel du programme et / ou les étudiants.

Tous les problèmes qui contribuent à des prestations sous-optimales dans une intervention n'ont pas à faire l'objet d'une étude de RMO. Par exemple, dans certains cas les solutions peuvent être assez évidentes et les conséquences de problèmes de gestion peuvent être corrigées sans recherche supplémentaire.





## Énoncé du problème

Un projet de RMO trouve son origine dans l'identification d'un problème qui entrave la mise en œuvre efficace d'une intervention, d'une stratégie ou d'une politique, et qui nécessite une nouvelle approche spécifique pour être traité.

Si, par exemple, lors d'un programme de lutte antipaludique on s'inquiète du faible niveau de possession de moustiquaires dans un district donné, alors que les réserves sont pleines de moustiquaires non distribuées, le meilleur moyen d'y remédier est de renforcer la distribution des moustiquaires plutôt que de se lancer dans des recherches pour explorer le problème.

L'énoncé du problème est une partie importante de la proposition de RMO parce que :

- il résume le but de l'étude ;
- il établit la direction et saisit l'essence de l'étude ;
- il décrit de façon concise le but et les objectifs de l'étude ;
- il reflète la conception de la recherche ;
- il conduit à la/ (aux) question(s) de recherche.

Comment savoir si le problème mérite d'être étudié ?

Pour confirmer que le problème identifié comprend un projet de recherche pertinent, vous pouvez poser les questions suivantes :

- Y a-t-il une différence ou un décalage perçu entre la situation qui existe et la situation idéale ou planifiée ?
- Y a-t-il une raison claire de la différence ou du décalage en rapport avec le problème ?
- Y a-t-il plus d'une réponse ou solution possible au problème ?
- Les responsables de la mise en œuvre / les décideurs politiques du programme identifient-ils le problème comme une priorité ?

Pour vous assurer que vous avez identifié un problème légitime nécessitant des recherches et digne de financement, situez stratégiquement votre proposition de recherche de façon à ce qu'elle :

- permette aux chercheurs et aux parties prenantes d'évaluer de manière critique les connaissances existantes, de mettre en commun ces connaissances et d'identifier les lacunes que des projets de RMO pourront combler ;
- clarifie le problème et les facteurs possibles qui peuvent y contribuer ;
- facilite les décisions concernant l'orientation et la portée de la RMO (relier la problématique à des objectifs spécifiques).

Ces trois considérations seront soulignées dans l'introduction de la proposition de recherche et aideront à formuler les raisons pour lesquelles la recherche doit être menée. Réfléchir à ces considérations est également important pour vous aider à penser d'une manière générale, et ensuite pour vous concentrer sur l'identification des objectifs de recherche dans ce contexte plus large.



Le terme « énoncé du problème » peut être trompeur car il comprend généralement un paragraphe autonome plutôt qu'une seule affirmation. Voici quelques suggestions supplémentaires pour vous aider à en assurer la clarté :

- Utiliser des termes / idées tels que « but », « intention » et « objectifs » pour souligner l'idée principale qui sous-tend la recherche.
- Identifier les concepts essentiels explorés.
- Décrire la conception de la recherche (par exemple, étude de cas, ethnographique, descriptive, corrélative, expérimentale).
- Mettez en évidence l'unité d'analyse de l'étude (par exemple, variables indépendantes et dépendantes, population, classe, organisation, programme, événement) et les méthodes de collecte de données (enquêtes, interviews, observations).

Considérez les exemples suivants pour vous guider dans l'élaboration de votre énoncé.

#### Exemple 1 :

*Au Vietnam, après l'introduction d'un paiement à l'acte en 1989, plusieurs régimes d'assurance-maladie ont été élaborés au niveau des Provinces. Dans ces régimes, les travailleurs industriels, constituant une minorité de la population, étaient en principe assurés sur une base obligatoire, tandis que les autres citoyens (y compris les agriculteurs des zones rurales) pouvaient s'affilier sur une base volontaire. Cependant en 1999, moins de 2% de la population rurale cible était affiliée à l'assurance maladie volontaire. Le problème ici est le faible taux d'affiliation au régime d'assurance maladie et, par extension, l'accès limité aux soins de santé dans la population rurale.*

#### Exemple 2 :

*Dans le district Y (145 000 habitants), les conditions sanitaires sont mauvaises (5% des ménages disposent de toilettes) et les maladies liées à un mauvais assainissement, telles que l'hépatite, la gastro-entérite et les infestations par vers, sont très fréquentes. Le ministère de la Santé a lancé un projet sanitaire qui vise à augmenter de 15% chaque année le pourcentage de ménages avec des toilettes. Le projet fournit les matériaux et la population est censée fournir la main-d'œuvre. Deux ans après le début du programme, moins de la moitié de la valeur ciblée a été atteinte (adapté de Varkevisser et al., 1991).*



## Étude de cas 1 Votre problème de recherche peut-il se justifier ?

**Contexte** : Toute recherche digne d'intérêt doit répondre à un manque de connaissances (*knowledge gap*). Par conséquent, dans la recherche sur la mise en œuvre, les connaissances doivent être utilisées pour surmonter des goulots d'étranglement identifiés afin d'améliorer la prestation des services de santé. Par conséquent, toute recherche proposée doit traiter du décalage entre la réalité observée et ce qui est souhaité. De plus, un projet de recherche réussi doit être en mesure d'obtenir le soutien des parties prenantes concernées. Par conséquent, il doit être acceptable, pertinent, prioritaire, politiquement acceptable, opportun, éthique, urgent et réalisable. Le tableau présente une analyse des variables ci-dessus pour une étude visant à déterminer les obstacles et les motivations de l'adoption de la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) parmi divers groupes d'hommes au Zimbabwe. Le but de l'analyse est d'établir si la recherche pouvait se justifier.

Variable	Explication
Y a-t-il un décalage entre la situation qui existe et une situation 'idéale' ?	<b>Oui</b> : Le programme a débuté en 2009, mais en septembre 2013, seulement 170 000 hommes avaient participé alors qu'un objectif sur cinq ans (2013-2015) visait 1,9 million d'hommes.
La recherche était-elle une <b>priorité</b> ?	<b>Oui</b> : En 2009, le Zimbabwe était l'un des pays prioritaires identifiés par l'OMS / ONUSIDA pour renforcer la CMMV. Mais après quatre années de mise en œuvre, une couverture de seulement 4,8% de la population ciblée a été atteinte. Par conséquent, la compréhension des obstacles et des motivations à l'adoption de la CMMV contribueront à créer une demande efficace pour en faire une priorité urgente.
Y avait-il une raison claire à la différence ou au décalage créant le problème ?  Quels facteurs pourraient expliquer cette différence ?	<b>Non.</b>  Attitudes négatives envers la circoncision, peur de la douleur ; la peur des complications, menaces perçues par rapport à la masculinité ; coûts.
Les résultats <b>étaient-ils</b> requis d'urgence par les parties prenantes, par exemple décideurs, exécutants, prestataires de soins de santé	<b>Oui</b> : Il était nécessaire d'établir pourquoi le programme n'atteignait pas les objectifs fixés.
La recherche était-elle <b>politiquement</b> acceptable ?	<b>Oui</b> : Le projet était géré par le ministère de la et Population Services International (PSI), et était à même de recevoir un soutien. Le sujet présentait un grand intérêt pour les autorités locales et nationales.
La recherche <b>était-elle</b> sûre d'un point de vue éthique ?	<b>Oui</b> : Les résultats ont été partagés avec les intervenants, le groupe de recherche et ont été bénéfiques pour la communauté. De plus, le consentement éclairé a été obtenu des participants à la recherche.
Les recommandations étaient-elles <b>applicables</b> à la population cible ?	<b>Oui</b> : Les recommandations ont été utilisées pour créer des messages d'information, d'éducation et de communication spécifiques au contexte. Des ambassadeurs de bonne volonté spéciaux ont été identifiés dans la communauté.  [Démontrer que vous vous êtes informé et êtes au courant des ressources disponibles, ainsi que toutes autres ressources nécessaires pour faciliter la mise en œuvre des recommandations].
La recherche était-elle <b>opportune</b> ?	<b>Oui</b> : Parce qu'en dépit de la mise en place rapide de service à grande échelle, l'adoption de la CMMV avait été plus lente que prévu.
La recherche est-elle <b>pertinente</b> ?	<b>Oui</b> : Le VIH est un problème de santé publique touchant une importante proportion de la population, en termes d'impacts sanitaires, sociaux et économiques.
La recherche est-elle <b>nouvelle ou innovante</b> ?	<b>Oui</b> : Les résultats ont identifié d'autres populations cibles telles que les femmes pour les messages d'information, d'éducation et de communication.  D'autres modes de diffusion ont également été identifiés.
La recherche est-elle réalisable ?	<b>Oui</b> : Les ressources humaines pour collecter les informations et mettre en œuvre les recommandations étaient disponibles et l'OMS et PSI étaient disposées à financer la recherche.



## Étude de cas 1 Votre problème de recherche peut-il se justifier ?

**Conclusion :** L'étude visant à déterminer les obstacles et les motivations liées à l'adoption de la CMMV parmi les différents groupes d'hommes au Zimbabwe se justifiait parce qu'il y avait un décalage entre la réalité et la situation souhaitée, de plus, le besoin l'information était urgent ; la recherche était politiquement acceptable pour les parties prenantes, éthiquement solide, et réalisable en termes de ressources humaines, de temps et de financement.

Source : 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.

Pour aider à se concentrer sur le problème de recherche de base, à le clarifier et le décrire à partir d'une perspective large, il est utile d'examiner les points de vue des différentes parties prenantes et de commencer à identifier les facteurs qui ont pu contribuer au problème.

L'équipe de recherche doit maintenant être en mesure d'élaborer un récapitulatif de la problématique et, grâce à une analyse systématique des ressources et de la documentation existantes, justifier pourquoi la recherche proposée pourra fournir des réponses, des solutions ou des stratégies de substitution au problème identifié.

Suivez les étapes ci-dessous pour vous aider à cibler vos objectifs de recherche et pour les identifier dans le contexte plus large de la problématique de recherche :

a. Clarifier les points de vue de toutes les parties prenantes.

- Répertorier tous les problèmes.
- Illustrer les décalages existants.

Par exemple : en relation avec un taux accru d'interruption de traitement chez les patients ayant la tuberculose :

- Mauvaise gestion des services de santé, telle qu'identifiée par les décideurs.
- Stigmatisation sociale associée à la tuberculose, telle qu'identifiée par les communautés affectées.
- Attitudes négatives des agents de santé, telles que perçues par les utilisateurs de services.

b. Spécifier et décrire le problème principal.

- Quantifier le problème.
- Décrire le problème en détail.

Par exemple : en relation avec un taux accru d'interruption de traitement chez les patients ayant la tuberculose :

- Quelle est la fréquence de cette observation ? Quelles régions / environnements sont affectés de manière persistante ? Y a-t-il des zones qui peuvent être des zones à faible observance ?
- Qui est le plus touché ?



- Quelle est la gravité du problème ? Quelles sont les conséquences ? Par exemple : augmentation de la morbidité, décès, gaspillage de ressources, développement de la multi-résistance aux médicaments.

c. Identifier les facteurs qui peuvent avoir contribué au problème et clarifier les relations avec le problème.

Par exemple : en relation avec un taux accru d'interruption de traitement chez les patients ayant la tuberculose :

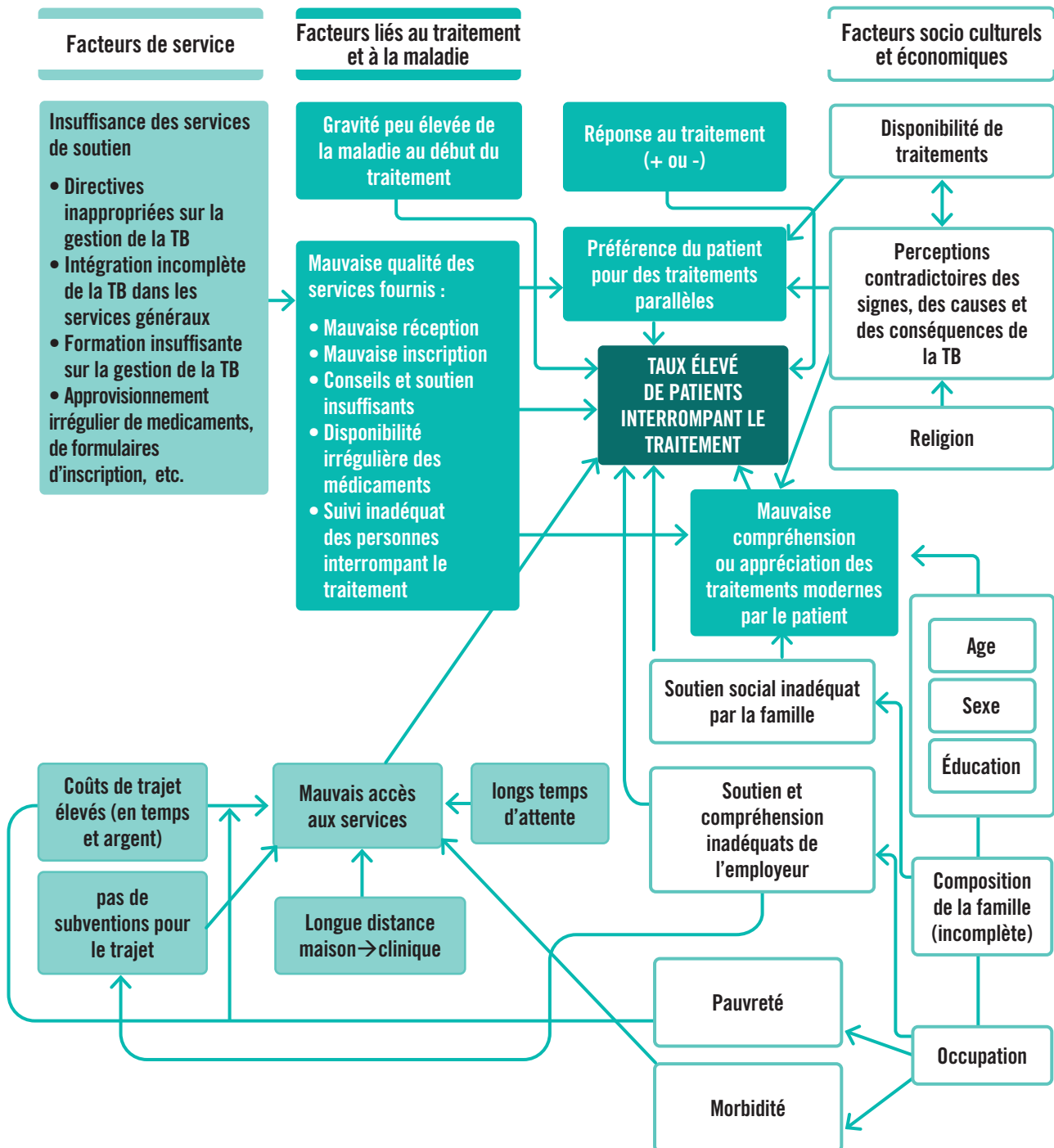
- Personnel mal formé parce qu'il n'y a pas suffisamment de matériel éducatif sur la tuberculose.
- Les éducateurs en santé qui comprennent mal les ordonnances des patients et qui ne donnent pas de façon systématique de conseils et de soutien psychologique aux patients. Il en résulte que les patients ne comprennent pas les conditions de traitement d'où un taux élevé d'interruption de traitement.

Il est préférable de se concentrer sur le problème de recherche principal au moyen d'un diagramme d'analyse de problème, illustré à la Figure 4.





Figure 4 : Diagramme d'analyse des problèmes pour explorer les raisons du taux élevé d'interruption de traitement chez les patients ayant la tuberculose (TB)

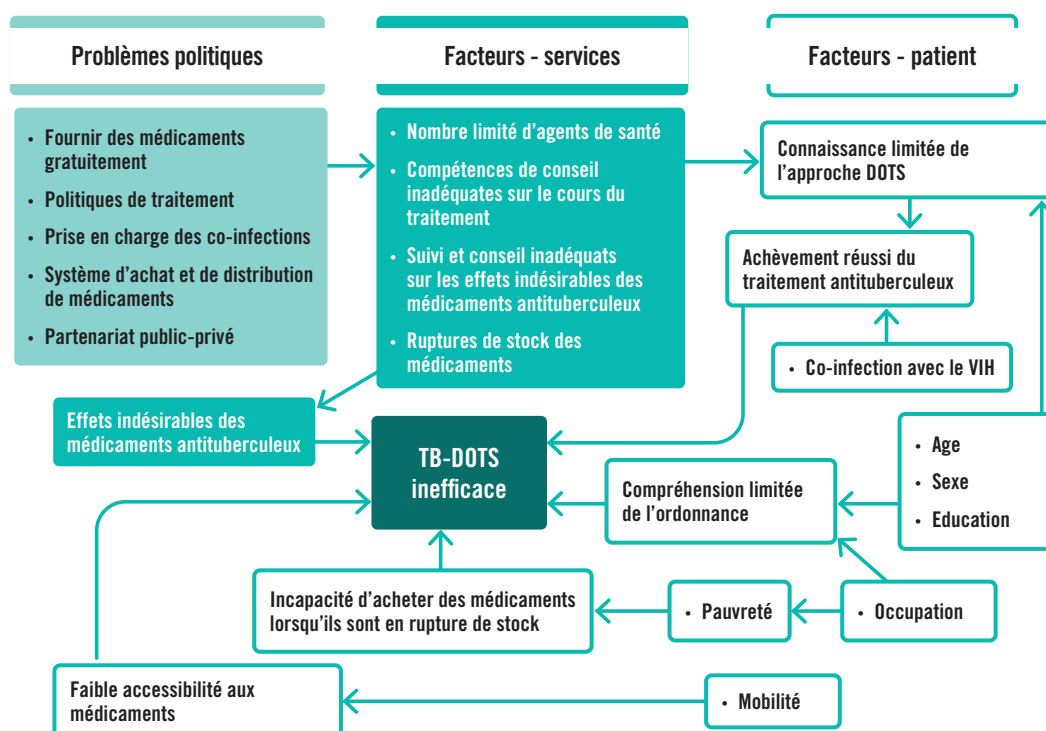


Source : Varkervisser et al.



## Étude de cas 2 Analyse du problème de recherche

**Contexte** : L'approche de traitement de courte durée avec surveillance directe (DOTS de l'anglais « directly-observed treatment, short-course ») a été adoptée comme stratégie efficace pour la prise en charge de la tuberculose et a apporté à une amélioration significative à la détection, le traitement et le contrôle de la tuberculose. Au Nigéria, toutefois, ni l'objectif fixé pour le taux de détection de la tuberculose ni le taux de guérison n'ont été atteints à l'échelle nationale. Cela est dû à plusieurs problèmes à différents niveaux du système de santé (à savoir la politique, la prestation de services de santé, les niveaux communautaires et individuels). Pour traiter la question de recherche et de plus établir les relations entre les facteurs à différents niveaux du système de santé, le problème a été analysé de manière critique. Le processus a comporté une séance de réflexion (*brainstorming*) sur les différents facteurs qui contribuent au problème majeur, et sur la description des relations de cause à effet entre les différents facteurs avec regroupement dans des domaines thématiques pertinents (voir diagramme). Le processus a également impliqué activement les parties prenantes concernées. Une étude antérieure par Bello *et al.*, a examiné les défis liés à la stratégie de mise en œuvre DOTS dans le traitement des patients atteints de tuberculose en vue de déterminer les obstacles à une mise en œuvre efficace. Au niveau du patient, les facteurs associés comprenaient un manque de connaissances sur la stratégie DOTS, une mauvaise observance à la prise des médicaments, une co-infection avec le VIH, la pauvreté et le sexe du patient. Au niveau de l'établissement de santé, les conseils inadéquats du personnel de santé et les ruptures de stock de médicaments représentaient des obstacles ainsi que les effets secondaires des médicaments. Ces observations ont été faites malgré l'existence de politiques nationales visant à améliorer l'adoption du programme DOTS.



**Enseignements** : Une analyse complète du problème a identifié des goulots d'étranglement spécifiques et leurs relations mutuelles à différents niveaux du système de santé. Ceci a contribué au développement d'outils de recherche, ainsi qu'à des recommandations pour des interventions ciblées.

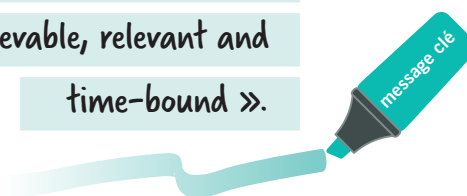
Source : Bello SI. Challenges of DOTS implementation strategy in the treatment of tuberculosis in a tertiary health institution, Ilorin, Nigeria. African Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2010 ; ;4(4) :158-64.



## Objectifs de recherche

Dans les études de RMO, parce que le problème de recherche est identifié et formulé par les personnes qui mettent en œuvre les programmes, la tendance est d'énoncer les objectifs pour la RMO de la même façon que ceux du programme, par exemple « Augmenter la couverture du Programme élargi de vaccination (PEV) de 45% à 80% », plutôt que comme des objectifs de recherche, c'est-à-dire « explorer les facteurs qui contribuent à la mauvaise couverture du PEV ».

Dans tous les cas, assurez-vous que les objectifs de recherche énoncés pour votre étude sont spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps (mnémonique anglais « SMART » = intelligent, acronyme de « specific, measurable, achievable, relevant and time-bound ».



En outre, vous devez déterminer si la recherche est :

- pertinente ;
- nouvelle ou innovante ;
- urgente ;
- politiquement acceptable ;
- éthique.

Lors de la rédaction des objectifs de recherche, assurez-vous que l'équipe répond aux questions suivantes :

- La recherche est-elle réaliste ? Décrivez la complexité de la recherche proposée. Y a-t-il des ressources suffisantes pour faire la recherche ? Est-il faisable de mener la recherche et de faire le rapport des résultats en 12 à 36 mois ?
- La recherche est-elle opportune ? Vous devez expliquer pourquoi votre recherche est opportune et convaincre les lecteurs de l'urgence de la recherche dans ce domaine afin de générer des informations / solutions à des problèmes affectant une communauté spécifique.
- En quoi la recherche est-elle pertinente ? Décrivez à quel point le problème est important ou répandu, et également qui est concerné, et qui le considère comme un problème. Mentionnez également le risque que la maladie ou la pathologie se propage / augmente si elle n'est pas traitée, le fardeau potentiel pour le système de santé et les répercussions économiques existantes ou potentielles du problème sur la population cible.



## ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Passez en revue l'exemple ci-dessous et évaluez si la recherche est réaliste, opportune et pertinente.

Les gouvernements de la Chine et du Viet Nam ont récemment reconnu le problème du manque d'accès aux soins de santé pour la population rurale. De nouvelles initiatives stratégiques sont en cours d'élaboration pour s'attaquer au problème. En Chine, le gouvernement central a pris la décision d'allouer 10 yuan / an / personne à la population rurale du Centre et de l'Ouest du pays, afin de subventionner le rétablissement d'un nouveau régime médical coopératif. Il a également demandé au gouvernement provincial de fournir le même montant d'argent pour soutenir les projets. Au Viet Nam, le gouvernement a publié un décret visant à élargir considérablement la couverture des régimes volontaires d'assurance-maladie en offrant aux « quasi-pauvres » des cartes d'assurance subventionnées. Cela signifie que les gouvernements des deux pays ont envisagé un soutien financier direct pour répondre à la demande (en particulier pour les pauvres et les quasi-pauvres) par des mécanismes d'assurance maladie, bien qu'ils continuent à allouer certaines sommes du budget de la santé publique pour soutenir le secteur formel de la santé.

Dans ce contexte, la recherche proposée se doit de soutenir des initiatives politiques innovantes, en réunissant comme ressources des chercheurs expérimentés de Chine, du Vietnam et de trois pays européens. Le but est d'étudier, d'évaluer et de tirer des leçons politiques sur les efforts en cours visant à renforcer l'accès efficace aux soins de santé, en faisant en sorte que les régimes d'assurance maladie soient opérationnels pour les populations rurales les plus vulnérables dans les deux pays.

Réponses possibles :

D'après les informations disponibles, la recherche proposée peut être considérée comme réaliste. Bien que les analyses politiques soient difficiles et onéreuses, on nous dit que des chercheurs expérimentés des deux pays et d'Europe mèneront l'étude. La forte volonté politique manifestée pourrait se traduire par des engagements financiers suffisants de la part des deux gouvernements, complétés par des ressources externes provenant des collaborateurs européens.

En ce qui concerne la rapidité d'exécution, il est possible de déduire que la recherche est opportune car le moteur essentiel vers la réalisation des objectifs de couverture sanitaire universelle est l'expansion rapide des mécanismes prépayés, en particulier pour les pauvres.

Enfin, la recherche est potentiellement pertinente car elle traite d'un problème qui affecte une large proportion de la population. Si ce problème n'est pas pris en compte, les populations qui auront un accès limité aux services de santé, seront exposées à des dépenses catastrophiques et auront possiblement recours à des mécanismes qui les laisseront enfermées dans le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé.



La recherche est-elle *nouvelle ou innovante* ?

Soulignez comment la recherche ajoutera de la valeur en faisant quelque chose de nouveau ou en prolongeant / améliorant quelque chose qui existe déjà. Vous devez convaincre les lecteurs que vous ne dupliquez pas quelque chose qui a déjà été fait.

#### Exemple

*La recherche produira des innovations dans un certain nombre de domaines, comme suit :*

- *Piloter et tester de nouveaux dispositifs d'assurance maladie en zone rurale, y compris des innovations dans les domaines suivants :*
  - *des ensembles de prestations, en particulier l'élaboration de programmes comprenant des services de santé primaires et ambulatoires pour réduire l'incidence des dépenses de santé catastrophiques en Chine et au Viet Nam ;*
  - *les mécanismes de paiement des prestataires – en particulier les options telles que le paiement par capitation pour les services ambulatoires dans les services de santé au niveau des villages et des villes en Chine, et dans les postes de santé communaux au Viet Nam ;*
  - *organisation et gestion, y compris des mesures visant à accroître la responsabilisation et la transparence ;*
  - *subventions gouvernementales dans les deux pays.*
- *Une approche participative impliquant les principales parties prenantes telles que les décideurs et les utilisateurs potentiels / réels des services à toutes les étapes de la recherche afin de maximiser la pertinence et l'impact des résultats.*

La recherche est-elle *urgente* ?

Réfléchissez à la manière dont les décideurs, les exécutants et les prestataires de soins de santé ont un besoin urgent de résultats de recherche afin de fournir des preuves pour créer un changement, mettre en œuvre une intervention ou mettre un terme aux pratiques actuelles.

#### Exemple

*Au cours de l'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) de 2003-2004, la recherche sur la mise en œuvre concernant l'adoption des protocoles du SRAS était urgente.*

La recherche est-elle politiquement *acceptable* ?

Les projets de RMO doivent normalement aborder des sujets d'un grand intérêt pour les autorités locales et nationales. Il est conseillé d'impliquer les décideurs dans la conception du projet pour garantir l'acceptabilité politique et faciliter la mise en œuvre des résultats de l'étude.

#### Exemple

*Entreprendre des recherches sur la tuberculose chez les détenus peut être considéré comme politiquement inacceptable dans certains pays. La consultation et la participation des autorités pourraient atténuer ces problèmes.*



Comment les résultats et / ou les recommandations seront applicables à la communauté cible ?

Expliquer les possibilités d'adoption des recommandations résultant de la recherche et comment les résultats pourront être utilisés pour améliorer la santé et les soins de santé. Démontrer que vous vous êtes informé et êtes au courant des ressources disponibles, ainsi que toutes autres ressources nécessaires pour faciliter la mise en œuvre des recommandations.

#### Exemple

*Une étude visant à déterminer la combinaison optimale de services / procédures pouvant être fournis ou dispensés par des cadres de soins de santé de niveau inférieur intéressera autant les décideurs que les membres de la communauté, car une gamme de services potentiellement plus large sera disponible en s'appuyant les effectifs existants.*

La recherche est-elle éthique ?

Expliquez comment la recherche sera bénéfique pour les membres de la communauté étudiée. Comment les résultats de la recherche seront-ils partagés avec le groupe cible ? Le consentement éclairé peut-il être obtenu auprès des participants à la recherche ? Comment allez-vous prendre en compte l'état des participants ? Les résultats seront-ils partagés avec ceux qui participent à l'étude ?

#### Exemple

*Lors de l'utilisation à grande échelle du dispositif de diagnostic de la tuberculose GeneXpert TB, davantage de cas de tuberculose multi-résistante (TB-MR) pourront être détectés. Il serait considéré comme contraire à l'éthique que les cas de tuberculose multi-résistante diagnostiquée de cette manière ne puissent pas être traités de manière appropriée (par exemple en raison d'un manque de médicaments ou de capacité technique).*

#### a. Objectifs généraux

Les objectifs généraux d'un projet de RMO doivent décrire le but de la recherche, mais aussi :

- indiquer clairement ce que l'étude envisage de réaliser en termes généraux ;
- s'harmoniser avec les préoccupations sociales, économiques et sanitaires plus générales décrites dans la vue d'ensemble de l'introduction, et axer le contexte de la recherche davantage sur un objectif essentiel.

**L'énoncé des objectifs généraux est important car il permet de focaliser l'étude, assurer uniquement la collecte des données nécessaires pour comprendre et résoudre le problème identifié, et organiser l'étude en étapes ou phases clairement définies.**





Différents organismes de financement utilisent une terminologie variable pour décrire et caractériser les objectifs, les buts, les cibles, etc. Parfois, ces termes sont utilisés de manière interchangeable.

#### b. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont la sous-division des objectifs généraux en formulations d'action mesurables qui décrivent ce qui sera fait, où et dans quel but. Voici quelques suggestions pour définir des objectifs spécifiques :

- Utilisez des verbes d'action pour définir les objectifs spécifiques (par exemple « déterminer, comparer, vérifier, calculer, décrire, établir, évaluer »).
- Évitez l'utilisation de verbes vagues, ou qui ne décrivent pas une action (par exemple, apprécier, comprendre ou étudier). Utilisez des verbes tels que : « former, superviser ; distribuer » lors de la description des activités du projet.
- Résistez à la tentation de mettre dans votre proposition de RMO trop d'objectifs spécifiques qui seront trop ambitieux qui ne pourront pas être atteints.
- Veiller à ce que les différents aspects de la problématique et ses facteurs contributifs soient couverts logiquement et de manière cohérente par les objectifs spécifiques.

Après avoir formulé vos objectifs spécifiques, posez-vous les questions suivantes : Les objectifs spécifiques sont-ils clairs, définis en termes opérationnels, mesurables, et réalistes ? Démontrent-ils ce que la recherche va faire, où et dans quel but ? Comment les résultats seront-ils utilisés pour résoudre le problème de recherche ?

### Questions de recherche

Elles doivent intéresser les chercheurs, les responsables politiques, les décideurs, les organismes de financement, les prestataires de soins de santé et la communauté que la recherche affectera. De plus, les questions de recherche doivent :

- être formulées de façon à ce qu'on puisse y répondre ;
- être façonnées par le problème et façonner à leur tour la conception de la recherche ;
- être claires et spécifiques ;
- fournir des informations importantes nécessaires pour évaluer les interventions en cours et / ou la progression ;
- analyser les causes possibles des objectifs manqués / des procédures ayant échoué (afin de trouver des solutions).

Les questions de RMO sont identifiées à travers une analyse de la situation et des preuves connues à ce jour, et ne reposent pas simplement sur l'instinct des chercheurs, des décideurs, des gestionnaires de programme ou des prestataires de soins de santé.





Une question de RMO vise à concrétiser un ou plusieurs des éléments suivants :

a. Décrire la situation sanitaire et l'intervention (inclure à la fois les situations et les interventions en place, ainsi que les interventions potentielles / nouvelles). Par exemple, cela peut inclure les éléments suivants :

- Ampleur du problème.
- Répartition des besoins de santé de la population.
- Facteurs de risque pour des problèmes spécifiques.
- Sensibilisation des gens au problème.
- Habitudes d'utilisation des services concernés.
- Rapport coût-efficacité des interventions disponibles et potentielles / nouvelles.

b. Fournir les informations requises pour évaluer les interventions ou les avancées en cours et nécessaires pour apporter des corrections à l'intervention. Par exemple, cela peut inclure des informations telles que :

- Couverture des besoins de santé prioritaires.
- Couverture parmi les groupes cibles.
- Acceptabilité des services.
- Qualité des services.
- Coût-efficacité de l'intervention.
- Impact du programme sur les résultats sanitaires.

c. Analyser les causes possibles des objectifs manqués afin de trouver des solutions. Par exemple, cela peut inclure les causes suivantes :

- Disponibilité.
- Acceptabilité.
- Abordabilité.
- Défis / obstacles liés à la mise en place de services.

Cette information est nécessaire pour formuler des politiques adéquates, adapter ou planifier une intervention, et évaluer la progression et les besoins de correction.

Lorsque votre équipe mène sa propre recherche de mise en œuvre, n'oubliez pas que la question de recherche détermine les méthodes et que l'objectif détermine la conception. Les questions de RMO portent sur la conception, la mise en œuvre et les résultats de programmes. La RMO explore également les questions : « Y a-t-il des conséquences inattendues ? », « Pourquoi les choses se passent-elles comme elles se passent ? ». Les questions de RMO sont motivées par des problèmes de mise en œuvre et doivent être conçues pour une recherche orientée vers l'action, en collaboration avec les parties prenantes.

Dans cette optique, les questions de RMO doivent :

- Répondre principalement aux besoins des décideurs, des gestionnaires de programmes et des prestataires de soins de santé, pas seulement à ceux du chercheur.





- Décrire la situation et l'intervention en matière de santé (en incluant les interventions en cours et potentielles).
- Fournir les informations requises pour évaluer les interventions en cours ou leur progression et, si nécessaire, pour apporter des corrections à l'intervention.
- Analyser les causes possibles des objectifs manqués (pour trouver des solutions).

Le Tableau 2 fournit des exemples de la manière dont divers domaines de recherche et de RMO – tels que l'épidémiologie, la recherche d'efficacité clinique ou de programme – abordent respectivement une question sur le lien entre carence en zinc et diarrhée.

**Tableau 2 : Domaines de recherche et exemples de questions de recherche**

Domaine de recherche	Question de recherche
Recherche épidémiologique	Quelle est le lien entre la carence en zinc et la sévérité de la diarrhée ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établit une association entre carence en zinc et diarrhée.</li> </ul>
Recherche clinique sur l'efficacité	Quelle est le lien entre la carence en zinc et la sévérité de la diarrhée ? Quel est l'effet du zinc en tant qu'adjuvant pour le traitement de la diarrhée ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examine dans quelle mesure le traitement au zinc agit sur l'issue de la maladie (diarrhée).</li> </ul>
Recherche sur l'efficacité du programme	Quel est l'effet d'un programme de promotion du zinc comme traitement adjuvant de la diarrhée ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examine dans quelle mesure une intervention ou un programme spécifique favorise la promotion du traitement au zinc.</li> </ul>
Recherche de mise en œuvre	Pourquoi le programme de promotion du zinc n'atteint pas tous les enfants atteints de diarrhée ? Comment surmonter les obstacles à l'intensification des programmes de promotion du zinc pour qu'ils atteignent tous les enfants atteints de diarrhée ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise les résultats de recherches antérieures dans des applications pratiques, en examinant les stratégies de mise en œuvre pour étendre le programme et la couverture du traitement.</li> </ul>

Source : MEASURE Evaluation

Formuler des questions de RMO

Lors de la formulation d'une question de RMO, les éléments

suivants sont des considérations prioritaires :

- Comment pourrait-on y répondre au mieux ?
- Comment pourrait-on y répondre d'une manière faisable ?
- Quelles sont les données disponibles ? Quelles sont les données nécessaires ?
- Qu'est-ce qui peut être contrôlé ?





Une fois le problème identifié, l'étape suivante consiste à formuler une question qui répond à ce problème. Votre approche dépend du contexte et de la disponibilité de l'information.



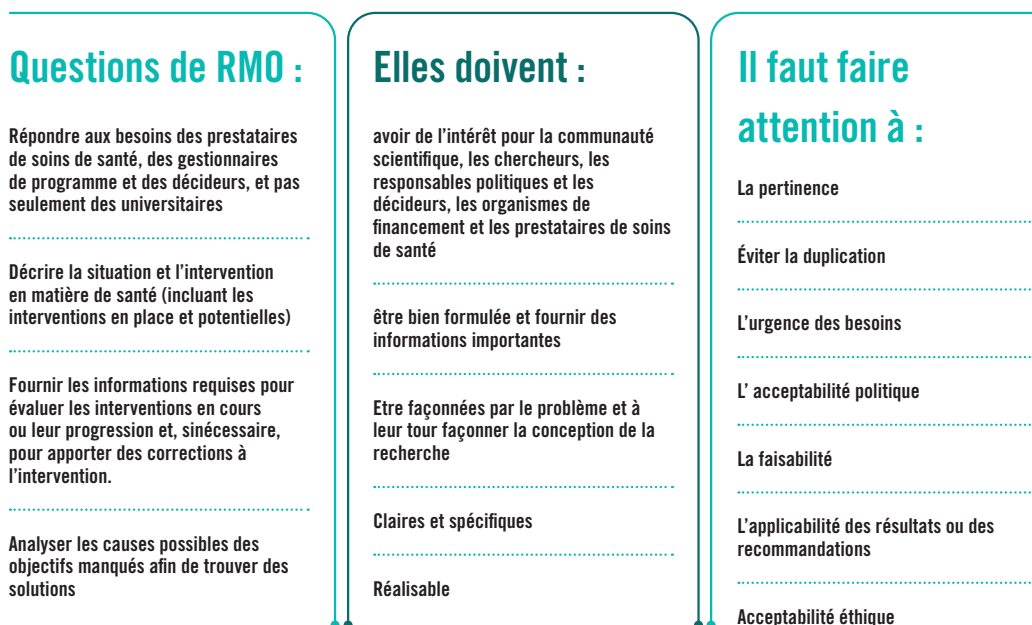
**Rappelez-vous que les problèmes de RMO sont intégrés au programme**

**- ils commencent et se terminent au sein même des programmes.**

Par conséquent, il faut engager les parties prenantes du programme tôt pour formuler des questions de RMO. La façon dont les questions sont formulées dirige les méthodes de recherche. Voici des sources d'information utiles pour formuler des questions de RMO :

- Rapports d'avancement annuels ou d'évaluation du programme basés sur les activités de suivi et d'évaluation.
- Littérature scientifique médicale, de santé publique et de sciences sociales, méta-analyses et revues de la littérature.
- Réunions scientifiques et conférences.
- Nouvelles idées issues d'études antérieures ou d'études qualitatives formatives (par exemple, entretiens).
- Rapports annuels des organismes de financement.
- Questions posées par le personnel du programme et les étudiants.
- Documents locaux – rapports d'avancement de projets, thèses, mémoires, actes de séminaires.
- Réunions annuelles d'avancement ou de diffusion.
- Données des systèmes d'information géographique (SIG) qui identifient l'emplacement géographique et la répartition des problèmes.

**Figure 3F : Définir et hiérarchiser les questions de RMO**





Un programme peut générer plusieurs problèmes et questions d'implémentation simultanés. Cela peut être intimidant, il est donc important de prioriser les questions de RMO, en assurant l'efficacité et la pratique responsable de la RMO. Les critères présentés dans le Tableau 3 aident à hiérarchiser les questions RMO.

**Tableau 3 : Critères de hiérarchisation des questions de RMO**

Critères	Considérations
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la portée ou l'étendue du problème ?</li> <li>• Qui est affecté par le problème ?</li> <li>• Quelle est la gravité du problème ?</li> <li>• Si le problème n'est pas résolu, existe-t-il un risque de propagation ?</li> <li>• Qui considère cela comme un problème ?</li> <li>• Ce problème est-il un fardeau pour le système de santé ? Quelle est la gravité du fardeau ?</li> <li>• Quel est l'impact économique de ce problème sur la population ?</li> </ul>
Éviter la duplication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette question ou ce problème a-t-il déjà fait l'objet de recherches ?</li> <li>• Y a-t-il des interventions qui ont efficacement résolu ce problème ?</li> <li>• Si oui, y a-t-il des questions majeures qui méritent d'être approfondies ?</li> <li>• Le contexte est-il si différent qu'on ne peut pas utiliser les résultats d'une recherche d'intervention antérieure ?</li> </ul>
Urgence des besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les décideurs politiques, les exécutants et les prestataires de soins de santé ont-ils besoin de résultats ?</li> <li>• La rapidité aura-t-elle un impact sur le changement de cap, l'adoption de nouvelles interventions ou l'arrêt des activités actuelles ?</li> </ul>
Acceptabilité politique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le problème de recherche de mise en œuvre est-il d'un grand intérêt et bénéficie-t-il du soutien des autorités locales ou nationales ?</li> <li>• Les résultats de l'étude vont-ils générer un soutien politique suffisant qui pourra augmenter les chances de mise en œuvre ?</li> <li>• Le problème de mise en œuvre a-t-il une acceptabilité politique qui peut engendrer l'implication des décideurs dans l'étude ?</li> </ul>
Faisabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la complexité de la recherche ?</li> <li>• Y a-t-il des ressources adéquates pour faire l'étude ?</li> <li>• Est-il faisable de mener la recherche et de faire le rapport des résultats en 12 à 36 mois</li> </ul>
Applicabilité des résultats ou des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la probabilité que les recommandations soient adoptées ?</li> <li>• Comment les résultats vont-ils être utilisés pour améliorer la santé et les soins de santé ?</li> <li>• Existe-t-il des ressources disponibles pour la mise en œuvre des recommandations ?</li> </ul>
Acceptabilité éthique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure la recherche est-elle acceptable pour ceux qui feront partie de l'étude ?</li> <li>• Le groupe cible partage-t-il le problème de mise en œuvre ?</li> <li>• Le consentement éclairé peut-il être obtenu auprès des sujets de recherche ?</li> <li>• L'état des participants sera-t-il pris en compte ?</li> <li>• Les résultats seront-ils partagés avec ceux qui feront partie de l'étude ?</li> </ul>



## Revue de la littérature

L'analyse de la littérature scientifique synthétise les informations pertinentes et les plus à jour sur le sujet de recherche proposé et cerne la ou les question(s) de recherche à l'étude. Une revue de la littérature doit démontrer que vous avez lu avec un esprit critique le travail déjà existant dans le domaine, donnant ainsi au lecteur une image de l'état actuel des connaissances et des principales questions sur le sujet qui sont également étudiées.

Une revue approfondie de la littérature permet d'éviter de dupliquer la recherche existante en découvrant quelles recherches ont déjà été effectuées sur un sujet donné. Passer en revue l'information existante vous aidera à affiner votre énoncé du problème, à analyser diverses approches déjà utilisées dans des études associées et à formuler une justification convaincante de votre recherche. En lisant votre récapitulatif, les lecteurs doivent être convaincus que vous êtes familier avec le sujet et que vous avez fait des recherches approfondies dans le domaine.

Une revue de la littérature :

- Comprend des recherches documentaires exhaustives pour identifier les ressources pertinentes et à jour, ceci est fait en lisant et synthétisant l'information et la documentation existantes dans un récapitulatif succinct.
- Démontre la pertinence de la recherche proposée en établissant ce que l'on sait déjà du problème et de la façon dont il a été abordé par le passé.
- Fournit une justification pour expliquer pourquoi il est essentiel de mener la recherche.
- Met en évidence ce qui n'est pas connu sur le sujet.
- Vous aide à affiner l'énoncé du problème.
- Cadre l'état des connaissances sur le sujet et établit la ou les question(s) de recherche à l'étude.
- Établit la crédibilité.

Vous devez situer stratégiquement votre problème de recherche au sein des connaissances et la documentation existantes, afin d'établir une justification pour laquelle il est important que votre problème identifié soit étudié. L'écriture de ce type de raisonnement est la première étape dans le développement de la synthèse des connaissances existantes pour une proposition de RMO.

Une revue de la littérature consiste à examiner les connaissances existantes et à faire des recherches dans les bibliothèques pour trouver les ressources pertinentes (articles de recherche, études de recherche, rapports, documents gouvernementaux et « livres blancs » (c.à.d. recueil d'informations objectives et factuelles), puis à lire, et à organiser et synthétiser l'information dans un récapitulatif succinct sur le sujet. Il est possible d'avoir besoin de lire sur le sujet pendant plusieurs jours ou semaines avant de pouvoir commencer à compiler ou rassembler les informations disponibles. À un certain moment, cependant, il faut commencer à rédiger le contenu de la revue de la littérature. Souvent, on constate qu'une fois qu'on commence à écrire, le processus peut sembler intimidant et qu'il faut revenir en arrière et faire d'autres lectures. En fait il faut isoler des concepts principaux, lire de façon ciblée, être un



lecteur critique et essayer d'écrire tout en lisant et en révisant. Ecrire, lire et réécrire est typiquement un processus itératif. En tant que tel, développer une synthèse complète de l'information existante peut être une tâche prolongée.

En fin de compte, une revue de la littérature doit viser à :

- Présenter une argumentation basée sur les informations et les publications existantes.
- Synthétiser l'information provenant de nombreuses sources.
- Faire la critique des lacunes méthodologiques des études de recherche (le cas échéant).
- Soutenir la question de recherche par l'analyse et la synthèse.

L'examen de la littérature n'est pas simplement une expression de l'opinion de l'équipe de recherche sur un problème ou un thème, mais présente plutôt une argumentation objective fondée sur l'information existante, y compris la littérature publiée. Une synthèse efficace ne dépend pas d'une ou deux études pour élaborer le sujet, mais synthétise l'information existante à partir de nombreuses sources. Elle doit être bien écrite avec chaque paragraphe s'intégrant logiquement avec le suivant. Une revue de la littérature ne décrit ni ne résume simplement le contenu des articles / publications cités, mais fait une analyse critique des études de recherche et de leurs lacunes méthodologiques, le cas échéant.

Il était peut-être acceptable auparavant pour les propositions de recherche de ne pas fournir une solide synthèse des connaissances existantes en raison de l'emplacement de l'équipe de recherche et du manque d'accès aux bibliothèques et aux ressources. Ce n'est plus le cas maintenant que chacun a accès à Internet et peut explorer la majeure partie de la littérature existante. Plusieurs moteurs de recherche et ressources documentaires, tels que Pubmed, Hinari (<http://www.who.int/hinari/en/>) et Google Scholar (<http://scholar.google.com>) sont utiles à cet égard. Vous pouvez également travailler avec un bibliothécaire ou affecter un membre spécifique de l'équipe du projet pour vous aider à trouver et à accéder aux informations dont vous avez besoin.

## Références

Les idées incluses dans la revue de la littérature doivent suivre une succession logique et être correctement citées en utilisant le style de référence (par exemple Chicago, Harvard, Vancouver, etc.) requis par l'organisme à laquelle la proposition est soumise. Différents logiciels sont disponibles pour aider à gérer, stocker et utiliser efficacement les références (par exemple EndNote, Zotero, Mendeley). Si possible, installez le logiciel EndNote d'essai de 30 jours ou le logiciel gratuit Mendeley sur votre ordinateur.

Il est essentiel d'utiliser et de citer les références correctement et de manière cohérente, et conformément au guide de style applicable. Ne pas adhérer aux conventions de référencement approprié suggère une organisation bâclée et peut entraver les chances de succès d'une proposition. De plus, si le référencement n'est pas fait correctement, vous courez le risque de plagiat au niveau du contenu et / ou des idées, ce qui peut avoir de graves répercussions sur votre carrière ou vos études. Il existe des programmes qui peuvent aider à vérifier le plagiat lors de la rédaction. Un exemple est *Desktop Plagiarism Checker* ([https://desktop\\_plagiarism\\_checker.en.softonic.com/](https://desktop_plagiarism_checker.en.softonic.com/)).



Toutes les références citées dans votre proposition (et seulement celles citées dans votre proposition) doivent être listées dans la section références de votre document.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**À la fin de cette section, votre équipe doit être en mesure de développer les éléments suivants pour votre projet :**

- **Titre provisoire**
- **Énoncé du problème pour votre proposition de RMO (1/2 page)**
- **Question(s) de recherche**
- **Objectifs spécifiques pour votre projet (4 à 6 objectifs)**

### Conception de la recherche

La conception de la recherche est un schéma directeur ou un plan décrivant les méthodes de recherche, les étapes ou les procédures que vous allez suivre pour collecter et analyser les données, la taille de l'échantillon de recherche et les participants ; et aussi comment les considérations éthiques seront abordées. La section de conception de la recherche de votre proposition comprend généralement quatre sous-sections :

- Les participants à l'étude
- Les méthodes de recherche
- La collecte de données
- L'analyse des données

Dans cette section de votre proposition de recherche, vous devez :

- Élaborer et décrire un plan de recherche explicitant les procédures qui seront suivies pour recueillir et analyser les données de l'étude.
- Identifier la méthode de recherche (qualitative, quantitative, ou mixte) qui sera la plus efficace pour atteindre vos objectifs de recherche et répondre aux questions de recherche.
- Décrire le plan de gestion de la qualité que votre équipe mettra en place pour assurer la qualité de la recherche et des données.
- Décrire les participants à l'étude en détail.
- Expliquer les mesures que vous prendrez pour assurer que tous les protocoles et procédures éthiques soient entièrement pris en compte.

Le contenu spécifique de cette section de la proposition est décrit plus en détail dans le Tableau 4.

MODULE -  
MÉTHODES DE  
RECHERCHE ET  
GESTION DES  
DONNÉES

VOIR

Les détails complets des conditions de la conception de la recherche pour la RMO sont également abordés dans le module sur les « méthodes de recherche et la gestion des données » de cette boîte à outils.



**Tableau 4 : Composantes de la section de conception de la recherche**

Section	Description
Conception de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrit la nature ou la structure de la recherche planifiée.</li> <li>• Décrit s'il s'agit d'un modèle d'intervention ou de non-intervention.</li> </ul>
Méthodes de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprend les différentes méthodes à utiliser pour obtenir et analyser les données - qualitatives, quantitatives ou mixtes.</li> <li>• Justifie ce qu'il y a à faire, quand et comment.</li> <li>• Fournit une justification pour la conception de la recherche.</li> <li>• Justifie comment la méthodologie permettra de générer des résultats nouveaux ou uniques.</li> <li>• Comprend un certain nombre de sous-sections telles que la conception de la recherche, les participants, la collecte et l'analyses de données.</li> </ul>
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique comment vous avez l'intention de recueillir l'information utilisée pour répondre à la (ou aux) question(s) de recherche.</li> <li>• Peut impliquer l'utilisation de méthodes quantitatives (par exemple. enquêtes, enregistrement du nombre de fois où un incident se produit, expériences de laboratoire), qualitatives (par exemple interviews, observations), ou mixtes (combinant les deux).</li> </ul>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrit exactement comment les données collectées vont être compilées, organisées et interprétées pour donner un sens aux résultats.</li> <li>• Identifie les thèmes, développe des tableaux et les diagrammes, identifie les relations et calcule les fréquences.</li> </ul>
Participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne une description détaillée des participants impliqués (échantillon) dans la recherche.</li> <li>• Décrit comment les participants sont sélectionnés.</li> <li>• Énumère les critères pour devenir participant.</li> </ul>
Gestion de la qualité [OBLIGATOIRE - Vous devez avoir un plan de gestion de la qualité].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrit le système pour assurer la qualité du projet de recherche.</li> <li>• Permet de s'assurer que la conduite de l'étude et les données générées répondent de manière optimale aux exigences applicables.</li> </ul>
Éthique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous devez présenter une demande à un comité d'éthique si vous avez l'intention de recueillir des renseignements ou des données auprès de participants (directement ou indirectement).</li> <li>• Si vous collectez des données sur plusieurs sites, vous devez peut-être faire une demande auprès de chacun des sites.</li> <li>• Stipulez que vous avez l'intention de demander une approbation éthique.</li> <li>• L'approbation éthique peut prendre plusieurs mois à recevoir, pour cela il est recommandé de postuler dès que vous soumettez votre proposition de financement.</li> <li>• La plupart des organismes ne débloquent pas de fonds tant que l'autorisation d'éthique n'a pas été reçue par écrit.</li> </ul>



Il existe quatre principales options de conception de la recherche, chacune répondant à un besoin fondamental différent dans le cadre de l'étude, comme le montre le Tableau 5.

**Tableau 5 : Catégories de conception de la recherche et les besoins spécifiques qu'elles traitent**

État des connaissances	Type de question de recherche	Conception appropriée l'étude de recherche
On sait qu'il existe un problème mais on en sait peu sur ses caractéristiques ou les causes possibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la nature / l'ampleur du problème ?</li> <li>• Qui est affecté ?</li> <li>• Comment se comportent les personnes affectées ?</li> <li>• Que savent-ils, croient-ils, ou pensent-ils par rapport au problème et à ses causes ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études descriptives :</li> <li>• Enquêtes transversales</li> </ul>
On suspecte que certains facteurs contribuent au problème (ou y sont associés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains facteurs sont-ils effectivement associés au problème ? (par exemple, le manque d'éducation préscolaire liée à la faible performance à l'école ? Le régime pauvre en fibres est-il lié au carcinome du gros intestin ?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études analytiques (comparatives) :</li> <li>• Études comparatives transversales</li> <li>• Études de contrôle de cas</li> <li>• Études de cohorte</li> </ul>
On a établi que certains facteurs sont associés au problème : Il faut établir la mesure dans laquelle un facteur particulier cause ou contribue au problème	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la cause du problème ?</li> <li>• L'élimination d'un facteur particulier empêchera-t-elle ou réduira-t-elle le problème ? (par exemple arrêter de fumer, fournir de l'eau potable).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études de cohortes</li> <li>• Études expérimentales ou quasi-expérimentales</li> </ul>
On a des connaissances suffisantes sur les causes pour développer et évaluer une intervention qui pourrait empêcher, contrôler ou résoudre le problème	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est l'effet d'une intervention / stratégie particulière ? (par exemple traiter avec un médicament particulier, être exposé à un certain type d'éducation pour la santé)</li> <li>• Laquelle de deux stratégies alternatives donne de meilleurs résultats ?</li> <li>• Quelle stratégie est la plus rentable ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études expérimentales ou quasi-expérimentales</li> </ul>





Une fois que la conception d'étude globale a été déterminée, elle guide la stratégie du choix des participants, les méthodes de recherche et les approches de collecte / analyse de données utilisées / adoptées. Dans votre proposition, vous aurez besoin d'une justification solide pour le choix de la conception de la recherche sélectionné pour votre étude. Cliquez sur chacune des rubriques ci-dessous pour explorer chacune des sections individuellement.

## Participants à l'étude

La section sur les participants doit inclure une description complète des participants (échantillon) qui seront impliqués dans la recherche, ainsi que la façon dont ils seront sélectionnés (échantillonnage raisonné ou aléatoire), les détails de la taille de l'échantillon et les critères de participation. Cela permet au lecteur de tirer des conclusions sur la généralisabilité de l'étude. Il faut spécifier les critères permettant de participer à l'étude, ceux-ci peuvent inclure des informations démographiques telles que l'âge et le sexe ainsi que la description des caractéristiques pertinentes à la recherche (par exemple, années d'expérience, date du diagnostic d'la maladie étudiée, niveau de éducation, etc.).

Décrivez les mesures qui seront prises pour assurer que les participants pourront se sentir libres d'exprimer leurs opinions lors des entretiens, discussions de groupe et autres procédures de collecte de données. Par exemple, les lieux d'entretien sont-ils dans un endroit privé ? Existe-t-il une dynamique de pouvoir à considérer pour éviter que les participants ne se sentent intimidés ou menacés et pour qu'ils puissent dire exactement ce qu'ils ressentent et pensent ? Par exemple, si vous interrogez un patient, il se peut qu'il ne se sente pas à l'aise d'exprimer son opinion devant son médecin. Ou lors d'une entrevue avec le personnel de santé, ils peuvent ne pas se sentir à l'aise de dire ce qu'ils ressentent devant leurs supérieurs ou leurs responsables. Réfléchissez à la façon dont votre proposition de RMO peut définir les procédures appropriées pour assurer que les participants se sentent à l'aise et confiants pour fournir des réponses honnêtes et fiables.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

#### Participants à l'étude

**Discutez avec les membres de votre équipe : quelle est votre population de recherche ? Avez-vous un site ou plusieurs sites ? Pour quelle(s) raison(s) choisissez-vous le(s) site(s) que vous sélectionnez ? Discutez du nombre de participants dont vous aurez besoin. Quels seront les critères pour devenir participant ? Avez-vous besoin d'une variété de participants pour avoir des points de vue différents sur une question (par exemple patients, médecins, membres de la famille, membres de la communauté) ? Avez-vous un groupe témoin de participants ? Avez-vous besoin de choisir une population représentative pour certains aspects de la collecte de données ? Par exemple, si vous menez des entretiens individuels, voulez-vous que les caractéristiques des participants varient en âge, sexe, éducation, expérience, etc., afin de représenter la population de l'échantillon ?**

**Rédigez les grandes lignes de la section sur les participants. Vous aurez besoin d'une section générale décrivant votre population de participants. Vous devez également estimer le nombre de participants nécessaire au sein de cette population pour chaque méthode de collecte de données (sondages, discussions de groupe, entretiens, etc.).**



### Exemple

*Pour les entretiens avec des informateurs clés pour une étude sur la tuberculose dans le système pénitentiaire du pays X, une liste complète des fonctionnaires à interroger est élaborée sur la base de l'analyse des parties prenantes et des consultations avec le personnel du programme national de lutte contre la tuberculose. Une liste préliminaire de fonctionnaires a été compilée et comprend les éléments suivants :*

- *Ministre de la santé (ou son adjoint).*
- *Adjoint du ministre de la Santé, responsable de l'épidémiologie et du contrôle des infections.*
- *Directeur du programme national de lutte contre la tuberculose.*
- *Président du comité des services d'assainissement et des services d'épidémiologie.*
- *Ministère de la justice.*
- *Député du ministre de la Justice responsable du système pénitentiaire.*
- *Médecin chef, qui supervise le système pénitentiaire.*
- *Ministre des affaires internes.*
- *Adjoint responsable des centres de détention.*
- *Médecin chef responsable de la tuberculose (centres de détention).*
- *Ministère de la sécurité sociale (administrateur en chef).*
- *Ministère des finances (chef du département de la budgétisation).*
- *Chef de l'autorité politique régionale*
- *Chef du département de la santé de cette autorité politique régionale.*

## Méthodes de recherche

Dans votre proposition de RMO, vous devez indiquer les méthodes de collecte de données que vous avez l'intention d'utiliser et expliquer les raisons de ce choix.

Il existe trois types généraux de méthodes de recherche : qualitative, quantitative ou une combinaison des deux (méthodes mixtes), selon le but de la recherche. Les méthodes quantitatives sont plus adaptées pour répondre à la question : que se passe-t-il ? Les méthodes qualitatives sont plus adaptées pour répondre à la question : pourquoi cela se passe-t-il ainsi ? Ces méthodes sont présentées et décrites en détail dans le module sur les « méthodes de recherche et la gestion des données » de cette boîte à outils. Plusieurs sources utiles de matériel pédagogique sont incluses dans les références.

### Méthodes qualitatives

Dans votre proposition de RMO, vous devrez justifier pourquoi vous avez choisi d'utiliser une approche qualitative. Si l'accent de la recherche est principalement orienté vers l'exploration des valeurs, attitudes, opinions, sentiments et comportement des individus et pour comprendre comment ils affectent les individus en question, alors cette méthode est la plus appropriée<sup>8</sup>.

Le choix des méthodes qualitatives est justifié en particulier si votre étude est utilisée pour aider à expliquer les résultats d'une étude quantitative précédente.

Quand il est préférable de recueillir des données en utilisant plusieurs méthodes – permettant au chercheur de « trianguler » (ou de comparer / vérifier) les données – les méthodes qualitatives doivent être sélectionnées. Si la recherche vise à approfondir



les thèmes (résultats) au fur et à mesure qu'ils apparaissent, votre proposition doit sélectionner les méthodes qualitatives, car le processus de collecte de données associé est plus adaptable et plus flexible.

La recherche qualitative utilise des méthodologies de collecte de données telles qu'entretiens, discussions de groupe, observations et documents (par exemple, journal de bord, documents historiques).

### **Méthodes quantitatives**

Les méthodes quantitatives impliquent la collecte et l'analyse de données objectives, souvent sous forme numérique. Elles sont utilisées lorsqu'il est nécessaire d'établir des relations de cause à effet où le chercheur peut manipuler une variable particulière (recherche expérimentale) ou dans les cas où aucune tentative n'est faite pour influencer les variables (recherche corrélacionnelle). La conception de la recherche est déterminée avant le début de la collecte des données et n'est pas flexible. Le processus de recherche, les interventions et les outils de collecte de données (par exemple les questionnaires) sont standardisés pour minimiser ou contrôler les biais possibles.

Dans votre proposition de recherche, expliquez d'où proviendront les données (par exemple des centres de santé, hôpitaux de district, régions), et spécifiez les détails : par exemple, comment les questionnaires seront distribués, qui en fera la distribution, comment l'anonymat sera assuré, combien de temps sera requis pour remplir un questionnaire ; décrivez la longueur du questionnaire, le nombre de questions, la taille de l'échantillon, comment le questionnaire est conçu, s'il est validé, etc.

Les outils de collecte de données utilisés (par exemple un questionnaire) peuvent être développés par le chercheur ou, préférablement, avoir été développés et utilisés auparavant. Développer un instrument approprié et efficace demande beaucoup de temps et d'efforts, et nécessite souvent des compétences particulières. Si vous développez l'outil, spécifiez si vous allez conduire une étude pilote pour le tester.

### **Méthodes mixtes**

Avec la majorité des problèmes de RMO nécessitant des réponses à la fois sur le « quoi » et le « pourquoi » par rapport aux questions de recherche, la majorité des propositions de recherche utilisent des méthodes mixtes combinant des approches qualitatives et quantitatives. Dans de nombreuses circonstances, une approche fondée sur des méthodes mixtes peut fournir une meilleure compréhension du problème que l'une ou l'autre approche<sup>9</sup>. Néanmoins, l'un des principaux défis peut être de créer la combinaison (et la séquence) optimale des deux approches. Le module sur les méthodes de recherche et la gestion des données fournit des conseils détaillés dans ce domaine.

Si votre équipe de recherche décide d'utiliser des méthodes mixtes dans votre étude, vous devrez expliquer pourquoi vous avez choisi cette approche, en expliquant comment la combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives fournira des informations qui vous aideront à atteindre vos objectifs de recherche et à répondre à vos questions de recherche. Par exemple, l'utilisation d'une approche de méthodes mixtes peut être appropriée parce qu'elle donne une meilleure compréhension du problème que ne le ferait une approche de recherche quantitative ou qualitative séparément. Votre explication peut indiquer que vous souhaitez créer une conception

**VOIR****MODULE –  
MÉTHODES DE  
RECHERCHE ET  
GESTION DES  
DONNÉES**



de la recherche fournissant la combinaison et la séquence optimales des deux approches. Une justification supplémentaire de l'utilisation d'une approche de méthodes mixtes peut être : parce que votre projet est interdisciplinaire, parce qu'il implique des membres de l'équipe ayant des opinions et des expertises diverses, ou parce que votre projet traite de problèmes complexes qui bénéficieront de la combinaison de données qualitatives et quantitatives.

Quelle que soit la méthode sélectionnée, votre proposition devra expliquer comment les méthodes sélectionnées fourniront des informations qui vous aideront à répondre à vos objectifs de recherche et à vos questions de recherche. Cette section de la proposition comprendra les sous-sections suivantes :

- Justification
- Participants
- Collecte de données
- Analyse des données
- Véracité

Ceci est discuté en détail dans les « méthodes de recherche et le module de gestion des données » de cette boîte à outils.

### **Planifier l'analyse des données**

Il est important de définir un plan de gestion et d'analyse des données dans la proposition de recherche. Les méthodes et les modèles d'analyse des données doivent être conformes aux objectifs et aux types de variables prévus. Le plan d'analyse des données doit être élaboré en tenant compte des publics cibles, en mettant l'accent sur la simplicité et l'interprétabilité. La proposition de recherche doit préciser les stratégies et les outils de collecte de données à utiliser et justifier pourquoi. Il faut expliquer les tests que vous avez l'intention d'effectuer sur les données. Indiquez si un logiciel sera utilisé dans votre analyse de données.

Vous devez décrire / souligner les points suivants en rapport avec votre étude :

- Démontrer des procédures d'analyse appropriées.
- Fournir un plan général d'analyse des données et justifier son bien-fondé technique et théorique.
- Décrire les informations nécessaires pour compléter l'analyse, les sources potentielles de cette information et les instruments qui seront utilisés pour sa collecte.
- Fournir suffisamment de détails pour démontrer le bien-fondé technique de tous les instruments et procédures de collecte de données.
- Identifier et justifier les procédures d'analyse, de rapport et d'utilisation.
- Identifier les contraintes anticipées sur l'analyse.
- Discuter qui sera responsable de l'analyse, et discutez des rôles de consultants ou du personnel externe.



## ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

### Conception de la recherche

Avec votre équipe de recherche, discutez quelle conception de la recherche fonctionnera le mieux pour votre projet. Quelles méthodes utiliserez-vous pour collecter vos données ? Utilisez les exemples ci-dessous pour vous aider à créer un tableau contenant vos objectifs et questions de recherche, et identifiez les sources de données qui seront utilisées pour collecter les données afin d'atteindre les objectifs de la recherche et répondre aux questions de recherche.

#### Exemple

Pour le premier objectif, l'étude analysera les entretiens qualitatifs, le discours public des journaux et des décrets et les mesures objectives de l'engagement pour le contrôle de la tuberculose dans la ville X.

Quinze entretiens avec des informateurs clés et plusieurs tables rondes consensuelles seront utilisées pour générer des informations sur les processus politiques nationaux et locaux et la traduction de lignes directrices nationales et internationales dans le comportement des systèmes de santé et des systèmes de sécurité locaux par rapport au contrôle de la tuberculose multi-résistante et la prise en charge ambulatoire des cas. Cette analyse des informateurs comportera des entretiens avec des représentants à quatre niveaux de gouvernement : national, régional, de district et municipal.

Pour le deuxième objectif, l'étude emploiera : i) des discussions de groupe structurées par profession (par exemple infirmière, médecin) avec des prestataires de soins de santé ; ii) des évaluations ethnographiques réalisées par des chercheurs / cliniciens formés aux méthodes ethnographiques ; et iii) des entretiens structurés et ouverts avec les prestataires de soins de santé responsables du contrôle de la tuberculose au niveau du district et de la ville.

Les méthodes du troisième objectif incluront la collecte de données sociales qualitatives et quantitatives, ainsi que des données sur les résultats cliniques et microbiologiques dans le cadre d'une étude de cohorte pour patients et prestataires recevant un ensemble de stimulants et d'incitations dénommé « DOT-FF ».

Pour le quatrième objectif, l'étude comparera les données bactériologiques et cliniques avec les données sociales quantitatives et qualitatives recueillies auprès des patients et des membres de la famille afin d'identifier les déterminants bio-sociaux et les effets de l'émergence et de la persistance de la TB-MR. L'étude permettra d'obtenir les antécédents des patients atteints de TB-MR et de tuberculose, si possible en vidéo.

Des entretiens semi-structurés et ouverts seront menés avec les patients et les membres de leur famille afin de mieux comprendre l'impact de la persistance de la TB-MR dans ce contexte. En outre, les méthodes quantitatives du module « Méthodes de recherche et gestion des données » aideront à élucider les facteurs bio-sociaux potentiellement liés à l'émergence et à la persistance de la TB-MR (par exemple, éducation, statut socio-économique, manque de soutien social, effets secondaires des médicaments antituberculeux de deuxième intention, VIH et autres morbidités, telles que la consommation de substances.)



## ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Votre équipe de recherche est maintenant en mesure de développer les éléments suivants pour votre proposition de projet :**

- **Conception de la recherche.**
- **Méthodes de recherche incluant :**
  - **procédures étape par étape pour votre collecte de données ;**
  - **analyse des données ;**
  - **véracité, validité, fiabilité ;**
  - **participants.**

### Gestion de la qualité

L'intégration de la gestion de la qualité dans votre proposition n'est pas une étape facultative. La gestion de la qualité est essentielle pour garantir que la recherche respecte ou dépasse les normes scientifiques, éthiques et réglementaires. Les systèmes qualité, le contrôle et l'assurance font partie intégrante de toutes les activités de recherche. Toute personne engagée dans le projet a la responsabilité d'en assurer la qualité. La gestion de la qualité doit être planifiée et strictement respectée dans la conception de la recherche.

Dans votre proposition, décrivez exactement comment vous allez démontrer que votre équipe de recherche prendra des mesures cohérentes et continues pour surveiller et évaluer la qualité et la rigueur de la recherche. Indiquez comment vous allez évaluer la qualité à différentes étapes. Comment allez-vous démontrer que vous ferez preuve de contrôle diligent lors de toutes les étapes de collecte et d'analyse des données ?

Si votre projet dure plus d'un an, vous voudrez peut-être stipuler que vous avez l'intention d'avoir des évaluations et des rapports annuels de surveillance de la qualité. Discutez d'un plan de communication avec toutes les parties prenantes pour les informer des procédures standard de qualité afin de faciliter ajustements rapides et corrections.

La gestion de la qualité doit également exprimer une préoccupation constante et cohérente pour les participants à la recherche. Comment allez-vous protéger leur vie privée ? Quelles mesures allez-vous prendre pour les protéger (par exemple, former le personnel, respecter les normes éthiques dans l'application de l'éthique de la recherche, etc.) ?

Certaines des activités que vous pouvez intégrer dans votre proposition de RMO pour aider à gérer la qualité incluent :

- examen et approbation du protocole ;
- procédures d'utilisation standard ;
- validation des instruments de recherche ;

MODULE -  
MÉTHODES DE  
RECHERCHE ET  
GESTION DES  
DONNÉES

VOIR



- formation des équipes du projet ;
- contrôle de la qualité et suivi ;
- évaluation des services fournis ;
- évaluation de la performance des prestataires de services ;
- examen des rapports.

Il existe de nombreuses stratégies qui peuvent être incorporées dans votre proposition de RMO pour commencer le processus de suivi des normes de qualité ; elles sont discutées en détail dans le module de « planification et conduite de la RMO » de cette boîte à outils.

VOIR

MODULE-  
PLANIFICATION  
ET CONDUITE DE  
LA RMO

### Étude de cas 3 Plan de gestion de la qualité

**Contexte** : l'intégration de la gestion de la qualité dans votre proposition de RMO n'est pas une étape facultative. La gestion de la qualité est essentielle pour garantir que la recherche respecte ou dépasse les normes scientifiques, éthiques et réglementaires. Comme l'assurance qualité fait partie intégrante de toutes les activités de recherche, le plan de gestion de la qualité de la proposition doit explicitement décrire comment l'équipe de recherche garantira la qualité constante de la recherche pendant la durée de vie du projet. Le tableau illustre les mesures de contrôle de la qualité prises par une équipe de recherche qui a évalué les connaissances et les attitudes des membres clés de la communauté à l'égard de la tuberculose au Bangladesh. Les mesures adoptées pour sauvegarder l'intégrité scientifique ont permis de concevoir des études appropriées, de déterminer la taille de l'échantillon, la stratégie d'échantillonnage et la sélection des participants à l'étude. Pour assurer que les outils soient normalisés, des éléments spécifiques ont été pré-testés et des ajustements essentiels ont été faits avant la collecte des données réelles. De même, afin de minimiser les erreurs dans les processus de collecte de données, tous les collecteurs de données et les superviseurs ont été informés de la portée du programme et ont été formés à l'utilisation des outils de collecte de données. En outre, tous les collecteurs de données ont été affectés à des superviseurs qui ont vérifié la cohérence et l'exhaustivité des données collectées. Les groupes de discussion et les entretiens d'informateurs clés ont été enregistrés pour référence. Les préoccupations éthiques des participants à la recherche ont été prises en compte en traduisant les outils d'étude en bengali (la langue locale), en cherchant un consentement éclairé et en respectant la confidentialité et la vie privée. L'autorisation éthique a été demandée au comité d'éthique correspondant.



### Étude de cas 3 Plan de gestion de la qualité

Tableau. Mesures de gestion pour assurer la qualité des données

Phase d'étude	Variable	Mesure de contrôle qualité	
Conception	Conception de l'étude	Les méthodes mixtes ont permis la saisie des aspects quantitatifs et qualitatifs	
	Taille de l'échantillon	Dérivé scientifiquement (c'est-à-dire basé sur la prévalence, le pouvoir d'étude, le degré d'erreur, l'effet de plan)	
	Zone d'étude	Sélectionnée au hasard	
	Échantillonnage des participants	Participants choisis par échantillonnage raisonné et par échantillonnage pratique pour les informateurs clés	
	Outils d'étude		Questionnaire structuré pour les méthodes quantitatives
			Guide d'entretien pour les méthodes qualitatives
			Outils de collecte de données traduits en bengali
Collecte des données	Préoccupations éthiques	Demande d'approbation éthique au comité d'éthique de l'École de santé publique James P. Grant	
		Essais pilotes des outils pour assurer qu'ils soient corrects et culturellement adaptés	
	Qualité des données	Formation des collecteurs de données	
		Protocole de terrain avec toutes les instructions, y compris saut de question et questionnaire/enquête	
Gestion des données	Données qualitative	Supervision des collecteurs de données	
		Des notes ont été prises lors des discussions de groupe et entretiens Enregistrement des interviews et des discussions pour éviter la perte d'information	
	Préoccupations éthiques	Consentement verbal éclairé, respect de la confidentialité et de la vie privée	

**Enseignements :** Les processus d'assurance de la qualité doivent commencer dès la conception de l'étude et se poursuivre tout au long de la durée du projet. Ils doivent être décrits succinctement et justifiés dans chaque proposition de recherche.

Source : 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.





## Éthique de la recherche

Toute étude de recherche qui recueille des données auprès de personnes humaines ou qui implique des personnes humaines doit faire l'objet d'un examen éthique. Vous devez stipuler que vous avez l'intention de demander une approbation éthique, si vous ne l'avez pas déjà fait. Vous devez inclure dans votre proposition une section sur l'éthique qui décrit les mesures que vous prendrez pour assurer la protection, la dignité, les droits et la sécurité des participants potentiels à la recherche avant, pendant, et après la recherche. En outre, votre proposition de RMO doit décrire comment vous veillerez à ce que les valeurs éthiques universelles et les normes scientifiques internationales soient respectées en termes de valeurs et de coutumes communautaires locales dans la conception, la conduite et l'évaluation de la recherche. Vous pouvez également être tenu de demander un permis de recherche en plus de l'autorisation éthique dans certains pays ou disciplines. Dans certains cas, vous devrez peut-être soumettre votre protocole à l'organisme de financement pour examen par le comité d'éthique par l'unité de déontologie de l'organisme en plus d'obtenir une approbation éthique locale ou un permis de recherche.

Dans la section éthique de votre proposition, indiquez explicitement comment la recherche répondra aux codes d'éthique suivants (il peut toutefois être utile d'aller sur le site Web de la commission d'examen de l'organisme à qui vous soumettez votre proposition, pour vous assurer que vous avez respecté leurs exigences spécifiques, y compris, par exemple, la preuve d'avoir suivi un cours d'éthique en ligne).

- Équilibrer les dommages potentiels aux participants par rapport aux bénéfices potentiels. Les dommages possibles se répartissent en plusieurs catégories, telles que les blessures physiques, la perte de privilèges, les inconvénients (y compris le temps perdu, les blessures psychologiques -par exemple, l'embarras- les pertes économiques ou les risques juridiques).
- Respecter la vie privée, l'anonymat et la confidentialité :
  - lorsque les prestataires de soins de santé sont des participants à la recherche ;
  - lors de l'examen des dossiers médicaux ;
  - en maintenant la frontière entre chercheurs et médecins ;
  - lors de la collecte de données sur le terrain.
- Concevoir la lettre de consentement éclairé et le formulaire (inclure dans les annexes de la proposition). [Le formulaire de consentement comporte deux parties : a) une fiche d'information décrivant l'étude et la nature de l'engagement du participant ; et b) un certificat de consentement attestant le consentement du participant. Les deux parties doivent être écrites en lettres suffisamment grandes et dans un langage simple pour que le participant puisse facilement lire et comprendre le contenu. Dans la mesure du possible, la terminologie médicale doit être évitée dans le formulaire de consentement (à inclure dans les annexes de proposition)].
- Si nécessaire, inclure une traduction du formulaire de consentement dans la ou les langue(s) locale(s) appropriée(s), selon les exigences de certains comités d'éthique.



- Obtenir le consentement volontaire de tous les participants. Dans le cas de mineurs, le consentement parental / du tuteur doit être obtenu, et il faut indiquer le processus à suivre dans les cas où une information médicale sur un patient doit être obtenue par quelqu'un qui n'est pas un professionnel de santé,
- Les participants doivent être informés que leur participation est volontaire et qu'ils sont libres de se retirer de la recherche à tout moment sans explication ou préjudice.
- La recherche sera interrompue à tout moment s'il y a des raisons de penser que des dommages sont causés aux participants.
- Des dispositions adéquates doivent être prises pour protéger les participants.
- Il faut démontrer que les résultats ne peuvent être obtenus par d'autres méthodes ou moyens.
- Il faut éviter toute souffrance physique et mentale inutile et toute blessure.
- Les risques ne doivent pas dépasser l'importance humanitaire du problème que la recherche se veut de résoudre.
- La diversité culturelle doit être prise en compte pour s'assurer que les participants comprennent le but de l'étude.
- Une attention particulière doit être accordée si la recherche implique des personnes vulnérables.
- L'équipe doit mobiliser des personnes scientifiquement qualifiées, bien formées et correctement supervisées.
- Les protocoles doivent être soumis pour approbation aux comités d'éthique et d'examen scientifique appropriés.
- Les procédures de recherche impliquant des personnes humaines doivent être soumises à l'approbation d'un comité d'éthique indépendant avant le début de la recherche.
- La recherche et les procédures associées doivent être menées conformément au protocole qui a reçu l'approbation scientifique et éthique.
- Toute modification ultérieure au protocole doit être soumise à nouveau pour approbation éthique.
- Les résultats de la recherche doivent être rendus disponibles gratuitement en tant que bien public.
- Les participants doivent avoir la possibilité de recevoir les résultats de l'étude à laquelle ils participent.

Les considérations éthiques spécifiques des différents aspects de l'étude de RMO sont fournies de manière appropriée dans tous les modules de cette boîte à outils. La plupart des comités d'éthique étant principalement composés d'experts ayant une expérience limitée en matière de RMO, il est important d'éviter les pièges courants détaillés dans le module de « planification et conduite de la RMO » de cette boîte à outils lors de la préparation des protocoles de recherche pour l'approbation éthique.

**MODULE -  
PLANIFICATION  
ET CONDUITE DE  
LA RMO**

**VOIR**



### Exemple

*En menant cette étude, nous suivrons les principes clés de la conduite éthique dans la recherche. Dans la proposition de recherche actuelle, nous proposons de mener une intervention dont nous ne sommes pas certains qu'elle fonctionnera à grande échelle, et nous ne sommes pas certains de son impact (c'est-à-dire qu'il y a équilibre). Une autre préoccupation éthique clé est la bienfaisance et la justice. L'intervention n'est pas invasive et aucun risque pour les patients n'est attendu. Cette intervention peut en effet bénéficier aux populations les plus vulnérables, telles que les femmes enceintes et les nouveau-nés. Au sein de ce groupe, l'intervention est principalement conçue pour assurer que les plus pauvres puissent accéder aux soins de santé, en cas de complications, ou en cas de naissance d'un bébé malade. Des efforts seront faits pour améliorer les unités de santé afin d'encourager les transferts médicaux à la fois dans les zones d'intervention et de contrôle.*

*Un processus rigoureux d'obtention du consentement éclairé sera mis en place. On demandera l'approbation des équipes de santé du district et des communautés locales, y compris les groupes communautaires, les accoucheuses traditionnelles et les dirigeants communautaires, après une campagne de sensibilisation sur les buts et les objectifs de l'étude, la stratégie de mise en œuvre et les processus d'évaluation. Pour le volet évaluation, un consentement éclairé sera demandé aux participants de l'étude et à la communauté locale, et la confidentialité sera assurée. Aucune donnée spécifique au patient ne sera collectée en dehors de valeurs cumulées (par exemple, le nombre de femmes qui accouchent dans les établissements de santé). Ces données seront collectées à partir des registres qui sont tenus régulièrement par les établissements de santé. En outre, l'accès à ces données sera limité au personnel soignant et aux investigateurs directement impliqués dans l'étude ; l'équipe d'étude n'enregistrera aucun nom. Pendant la période d'étude, toute personne dans la communauté identifiée comme malade par l'équipe d'étude sera référée de manière appropriée.*

*Pour l'étape d'évaluation de l'intervention, le consentement pour le suivi de l'utilisation et de la mortalité ne sera pas demandé aux participants. Les participants seront libres d'accepter ou de refuser et, le cas échéant, les femmes seront libres de consulter leur mari et / ou les membres de la communauté avant de donner leur consentement. L'étude « sécurité de l'accouchement » et l'étude d'« estimation du temps de survie du nouveau-né ougandais (Uganda Newborn Estimated Survival Time or UNEST) » ont déjà reçu l'approbation éthique du comité d'éthique (Institutional Review Board ou IRB) de l'École de Santé Publique de Makerere et du Conseil National Ougandais de la Science et de la Technologie (Uganda National Council for Science and Technology -UNCST). Le protocole actuel sera de nouveau soumis aux mêmes institutions pour la modification des approbations éthiques. L'étude continuera à utiliser le conseil consultatif et de surveillance des données existant, qui a servi à la fois à l'étude Safe Deliveries et à UNEST. Les membres du Conseil sont des experts locaux, tous titulaires d'un doctorat dans leur domaine de spécialisation respectif, et qui ont des liens politiques solides. Le Conseil se réunira tous les ans. L'étude sera enregistrée comme essai clinique à la fois localement et internationalement.*

Les protocoles de recherche en sciences sociales impliquant des participants sont soumis à l'examen et à l'approbation d'un Comité de Protection des Personnes (CPP, en anglais *Institutional Review Board* ou IRB) venant à la fois d'un comité d'éthique local et national. Si la recherche est financée ou soutenue par l'OMS, la proposition de recherche doit être approuvée par le Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de l'OMS. Le site Web du CER peut être consulté à l'adresse <http://www.who.int/ethics/en/>.

Des modèles de formulaires de consentement peuvent être trouvés sur la page de politique de recherche de l'OMS [http://www.who.int/ethics/review-committee/informed\\_consent/en/](http://www.who.int/ethics/review-committee/informed_consent/en/). Ces modèles doivent être adaptés à la situation locale dans laquelle vous obtenez un consentement éclairé.



### Listes de contrôle (checklist) de l'éthique

Des listes de contrôle et d'autres documents de référence pour la préparation de propositions selon les recommandations du Comité d'éthique de la recherche de l'OMS (CER) sont disponibles en ligne à l'adresse <http://www.who.int/ethics/review-committee/guidelines/fr/>. Pensez à fournir toute la documentation et les annexes nécessaires. Le protocole doit fournir les informations et les détails nécessaires pour répondre aux questions proposées dans la liste de contrôle. Pensez à joindre les explications nécessaires dans la proposition de recherche ou dans les documents d'accompagnement correspondants.



#### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Dans votre équipe de recherche, passez en revue les détails des problèmes éthiques présentés dans ce module et dans d'autres modules de la boîte à outils. Identifiez les problèmes éthiques spécifiques qui devront être pris en compte dans votre projet.**



## Plan du projet

Dans cette section de votre proposition de recherche, vous présentez le plan du projet, un échéancier, décrivez l'équipe de recherche dont vous avez besoin pour mener à bien le projet de recherche et le budget du projet, y compris sa justification. Le contenu de cette section est résumé dans le Tableau 6 et les problèmes sont traités en détail dans le module de « Planification et Conduite de la RMO » de cette boîte à outils.

**Tableau 6 : Composantes de la section du plan de projet**

Section	Description
Plan du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présente une indication claire du calendrier du projet et des moments où chaque aspect du projet sera mis en œuvre.</li> <li>• Souvent, un plan de travail ou une chronologie sont présentés le plus efficacement de façon graphique (diagramme de Gantt), un tableau ou une feuille Excel.</li> <li>• Aide à démontrer la faisabilité du projet d'une manière très explicite.</li> <li>• Identifie les tâches ; quand l'activité aura lieu ; et qui fera quoi.</li> <li>• Met en évidence les jalons et produits du projet.</li> <li>• Comprend le temps nécessaire à l'examen et à l'approbation du protocole.</li> </ul>
Équipe de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrit les membres de votre équipe et l'expérience / les atouts qu'ils contribuent au projet.</li> <li>• L'équipe doit être multidisciplinaire et diverse (selon la nature de la recherche, elle peut inclure des membres de la communauté ainsi que des chercheurs de différentes disciplines et institutions, des prestataires de soins de santé et des décideurs).</li> <li>• Doit convaincre les évaluateurs que vous avez suffisamment d'expertise dans votre équipe pour mener efficacement la recherche proposée.</li> <li>• Comprend le(s) rôle(s) et la responsabilité de chaque personne inscrite sur le projet.</li> <li>• Indique si les membres de l'équipe sont recrutés à temps plein ou à temps partiel.</li> </ul>
Budget et justification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrit et justifie les ressources nécessaires pour mener efficacement la recherche proposée.</li> <li>• Résume exactement ce qu'il est réellement nécessaire de demander à l'organisme de financement pour réaliser le projet.</li> <li>• Doit être réaliste dans le contexte de la recherche.</li> <li>• Indique combien d'argent est nécessaire dans chaque phase du projet.</li> <li>• Doit être harmonisé avec les catégories du budget suggérées / requises par l'organisme.</li> <li>• Le budget doit être harmonisé avec les activités proposées dans le plan de recherche.</li> </ul>



## L'équipe de recherche

La section de l'équipe de recherche de votre proposition doit décrire succinctement les membres de votre équipe et les atouts qu'ils apportent au projet. Cette équipe sera multidisciplinaire et diverse (chercheurs du milieu universitaire, prestataires de soins de santé, responsables de la mise en œuvre de programmes, spécialistes en sciences sociales, ainsi que spécialistes de la communication et membres de la communauté en général). Cette section doit convaincre les évaluateurs que vous avez assez d'expertise dans votre équipe pour mener efficacement la recherche proposée. De plus, la proposition doit inclure les rôles et responsabilités détaillés de chacun des membres clés de l'équipe.

En commençant par le responsable de la recherche (en anglais *principal investigator* ou *PI*) énumérez les noms de toutes les personnes qui participeront à l'étude. Inclure tous les collaborateurs de recherche, les partenaires de recherche communautaires, les assistants de recherche, les personnes en formation et le personnel de soutien. La proposition comprend également tous les postes « à pourvoir ». Identifier l'expérience et l'expertise de chaque membre de l'équipe et comment leurs connaissances et / ou compétences sont essentielles et ajoutent de la valeur en vue de l'achèvement effectif du projet. Enfin, incluez le rôle et la responsabilité de chaque individu inclus dans l'équipe de recherche.

La composition d'une équipe de recherche comprend généralement :

- responsable de la recherche (*PI*) ;
- chef(s) de projet ;
- chercheurs clés multidisciplinaires (spécialiste de la santé publique, statisticien, sociologue, etc.) ;
- assistants de recherche ;
- spécialiste de la communication ;
- membres de la communauté ;
- autres collaborateurs ;
- membres du comité consultatif.

Les propositions de recherche doivent également inclure des schémas / résumés de la structure de gestion de l'équipe de recherche prévue et des descriptions des rôles et responsabilités respectifs des membres de l'équipe.



## Exemple

L'école de santé publique de l'Université ABC est l'établissement postulant et assume la responsabilité globale du projet, y compris la mise en œuvre et la gestion au jour le jour. L'école a un département financier qui sera responsable de toutes les demandes en matière de gestion financière et de rapports en collaboration avec le département de planification et de gestion des politiques de santé. En outre, l'école de santé publique de l'Université ABC, en collaboration avec le ministère de la santé, sera responsable de l'organisation des activités de diffusion et des rencontres. L'école de santé publique entretient des liens étroits et à long terme avec d'autres partenaires clés, tels que l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, les districts et les communautés locales, et est la principale institution universitaire et de recherche en santé publique en Ouganda.

### **Composition de l'équipe de recherche**

L'équipe comprend une sélection pluridisciplinaire de spécialistes nationaux et internationaux, qui fourniront les compétences nécessaires à la conception, à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la diffusion efficaces des résultats qui guideront le déploiement des études sur la santé maternelle, néonatale et liées au VIH, ainsi que la mise en œuvre des programmes en cours. Le responsable de la recherche est un épidémiologiste qui a 10 ans d'expérience de travail en tant que médecin chef de district, est actuellement le responsable de la recherche pour l'étude UNEST et est conférencier à l'école de santé publique. Il a également joué un rôle clé dans plusieurs autres projets du système de santé. Parmi les autres membres, citons le Dr Jane Doe, médecin hygiéniste pour la santé reproductive au ministère de la santé. Elle sera le lien principal avec les programmes stratégiques et, de même que les médecins de district, elle fournira des conseils techniques qui seront cruciaux pour assurer que l'étude est en accord avec les priorités, politiques et plans nationaux. En collaboration avec plusieurs ONG locales, Dr Doe joue également un rôle de liaison entre l'équipe de recherche et les décideurs politiques concernés et fournit des conseils d'expert pour harmoniser le projet avec les priorités nationales liées au nouveau-né.

Les autres membres de l'équipe en Ouganda comprennent Mme Claire Smith, économiste de la santé et spécialiste de la santé maternelle et le Dr David Johnson, expert en systèmes de santé avec plus de 30 ans d'expérience. Ils seront conjointement responsables de l'aspect coûts de l'étude, ainsi que de la conception des mécanismes de financement du côté de la demande. Le Dr John Smith, obstétricien-conseil à l'Université CDE, sera responsable de la formation et de la supervision du soutien des agents de santé. Le Dr Jane Davis, statisticienne, sera responsable de la conception et de la mise en œuvre de l'enquête de base et finale. Jane Johnson, spécialiste de la communication, sera chargée de veiller à ce que les conclusions de l'étude soient communiquées aux décideurs de manière appropriée et en temps opportun. L'équipe de recherche internationale inclut John Doe (JH University, expert en systèmes de santé) directeur du consortium « Future Health Systems Program », Jane Smith (JH University, spécialiste néonatale), David Johnson (JH University, spécialiste de la santé maternelle) et Claire Davis (K Institute, spécialiste des systèmes et des politiques de santé). Ils joueront tous un rôle de conseil technique auprès de l'équipe lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'étude. Tous les membres de l'équipe de recherche participeront à la rédaction des manuscrits.

Le projet recrutera deux coordonnateurs de terrain, en accordant la priorité à ceux participant à des projets existants, à l'expérience déjà acquise et à d'excellents rapports avec les districts et les communautés locales.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Dans votre équipe de recherche, passez en revue le contenu du module de « planification et conduite de la RMO » de cette boîte à outils et rédigez les sections suivantes en rapport avec votre propre projet :**

- **Les trois phases de la conception de la RMO.**
- **Le plan de travail / la chronologie des activités (vous pouvez utiliser un organigramme simple ou une approche graphique tel un diagramme de GANTT).**
- **L'équipe de recherche, y compris l'expertise et les rôles (un tableau est une façon de présenter cette information de manière optimale).**

#### Budget et Justification

Le budget doit indiquer les fonds nécessaires pour mener efficacement la recherche proposée. Vous devrez réfléchir attentivement à ce dont vous avez réellement besoin de la part des organismes de financement pour réaliser le projet. Si votre budget est trop bas ou gonflé, cela peut influencer négativement le jugement de votre proposition de recherche. Une façon d'évaluer ce point est de demander à l'équipe s'il est possible de réduire le budget sans compromettre la qualité de la recherche.

Des informations telles que le financement requis pour chaque phase de votre projet sont importantes à mettre en valeur. Vérifiez si l'organisme de financement a des restrictions avant de préparer le budget. Par exemple assurez-vous que le budget est présenté dans la devise indiquée. Vérifiez avec les organismes de financement pour voir s'ils ont suggéré / requis des catégories de budget qui doivent être utilisées.

Si l'organisme de financement potentiel n'a aucune catégorie de budget suggérée ou requise, organisez votre budget autour d'un ensemble de catégories significatives qui correspondent à votre projet spécifique. Les types de ressources que vous budgétisez doivent correspondre aux activités proposées dans le plan de recherche. Le budget doit fournir les ressources nécessaires pour réaliser tous les résultats de recherche et d'intervention proposés. Commencez par utiliser le plan de projet pour identifier le budget dont vous aurez besoin pour chaque activité ou tâche. Une fois chaque élément détaillé, le coût unitaire et le coût total de l'élément peuvent être indiqués. Assurez-vous de fournir un budget détaillé avec une ventilation détaillée des fonds demandés. Les informations budgétaires doivent être complètes et sans ambiguïté.

Si le projet prévoit d'étendre une intervention à une population de contrôle après l'étude, cela doit également être planifié et budgétisé. Il est également important de prévoir un budget pour la diffusion et l'évaluation des activités associées et des résultats. Déterminer s'il y a des éléments non-admis tels que les coûts indirects et les salaires pour les membres de l'équipe de recherche, par exemple pour les PI et co-PI. L'inflation et les fluctuations monétaires des taux de change et des imprévus





peuvent influencer sur le budget et le revenu final disponible. Il est important d'inclure des mécanismes qui aideront à prendre cela en compte.

Dans votre proposition de recherche, justifiez chaque élément du budget, en commençant par la façon dont les éléments du budget ont été obtenus par rapport aux activités à entreprendre dans votre conception de la recherche. Portez une attention particulière aux éléments majeurs ou inhabituels (certains organismes de financement pourraient exiger des explications supplémentaires pour tout élément considéré comme ayant un coût important). Fournissez des détails sur les sources de financement supplémentaires disponibles pour l'organisation ou pour le responsable de la recherche. Si les fonds sont répartis entre différentes institutions, indiquez l'allocation des fonds par site.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**En utilisant les informations couvertes dans cette section, et l'exemple comme guide, développez un budget pour la proposition de RMO de votre équipe.**

## Impact et mesure des résultats du projet

Ceci est la section de votre proposition de RMO qui traite des mesures pour assurer des normes de qualité dans votre projet de recherche. Son contenu est résumé dans le Tableau 7. Plus précisément, votre proposition doit fournir des informations sur :

- le plan de suivi et d'évaluation pour votre projet de RMO ;
- le plan de renforcement des capacités, y compris le mentorat ;
- le plan de diffusion.

Des efforts considérables doivent être faits pour que votre proposition démontre clairement que vos résultats de recherche auront un impact sur la santé et / ou les soins de santé des communautés / populations concernées, le système de santé, l'élaboration des politiques et les communautés de recherche. Par exemple, expliquez comment votre proposition démontrera que votre équipe de recherche a :

- Reconnu, surveillé et anticipé priorités concurrentes, capacité logistique limitée, manque de volonté politique et / ou infrastructure et ressources inadéquates – qui pourraient affecter les mécanismes de prestation de soins de santé pour ceux qui en ont le plus besoin
- Prévu de développer et de maintenir le renforcement des capacités dans votre projet de RMO afin de faciliter l'adoption d'interventions sanitaires basées sur des preuves, dans le pays ou dans d'autres contextes similaires ou pays en développement
- Démonstré que vous diffuserez vos résultats de recherche pour vous assurer que votre projet produira des données de recherche pour éclairer la mise en œuvre des politiques et des programmes



**Tableau 7 : Composantes de la section de mesure des résultats du projet**

Section	Description
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décrire exactement comment l'équipe décide si le projet atteint ou non ses objectifs.</li><li>• Informer le futur bailleur de fonds comment on pourra montrer à la fin du projet si son investissement était valable.</li><li>• Faciliter la mise en œuvre de pratiques fondées sur des preuves et de meilleurs résultats en matière de santé.</li><li>• Examiner la différence entre l'efficacité de la mise en œuvre et l'efficacité de l'intervention sanitaire.</li></ul>
Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comment le projet peut contribuer à améliorer la capacité de recherche des institutions nationales et locales impliquées, par le biais de la formation, du mentorat, etc.</li><li>• Comment le projet peut contribuer à accroître la capacité d'utiliser les données de recherche pour la prise de décisions ou les politiques, par les principales parties prenantes, telles que les représentants du gouvernement impliqués dans le projet.</li></ul>
Plan de diffusion	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le plan de diffusion doit inclure les publications prévues, bulletins d'information, ateliers, émissions radio, présentations, documents imprimés, diaporamas, programmes de formation, etc.</li><li>• Identifier les principales parties prenantes cibles et leurs besoins.</li><li>• Impliquer les parties prenantes tout au long du processus.</li><li>• Adapter le message en conséquence - les groupes de parties prenantes varient en fonction de leur connaissance de la terminologie de la recherche et des préférences en matière de réception de l'information.</li></ul>

Lors de l'élaboration d'une proposition typique de recherche, l'intention est de générer de nouvelles connaissances et idées. Inversement, lors de l'élaboration d'une proposition de RMO, l'intention est de générer des données de recherche pour éclairer la mise en œuvre des politiques et des programmes. Malgré la base de connaissances de plus en plus répandue sur les pratiques fondées sur des évidences en matière de soins de santé, il existe un décalage important entre ce qui est connu grâce à la recherche et ce qui est systématiquement mis en œuvre dans la pratique. Pourquoi y a-t-il un si grand décalage entre ce que nous savons et ce que nous faisons ? Le fait que cela puisse prendre des années, voire des décennies, pour que les conclusions de la recherche, les meilleures pratiques et les lignes directrices soient mises en œuvre dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé est l'un des stimulants du mouvement de RMO.

L'utilisation des résultats de la recherche est l'objectif principal de la RMO. La traduction des résultats probants dans la pratique des soins de santé nécessite un processus de suivi et d'évaluation pour garantir la qualité et améliorer les résultats en matière de santé. Votre proposition doit démontrer que votre projet facilitera l'adoption et l'intégration d'interventions sanitaires fondées sur des preuves et modifiera les habitudes mises en pratique, en particulier dans les pays en développement. Afin d'être convaincant, votre proposition de recherche doit démontrer que vous avez pris en compte la complexité de la situation et de l'environnement où la recherche aura lieu.



Les différents aspects relatifs au suivi et à l'évaluation, au renforcement des capacités et aux plans de diffusion qui vous aideront à remplir cette section de la proposition sont couverts dans d'autres modules de cette boîte à outils.

Un aspect important de votre proposition sera le plan de diffusion de l'information du projet. La plupart des organismes de financement sont intéressés à voir comment le soutien financier de votre projet pourra s'étendre à d'autres publics. Par conséquent, votre proposition doit inclure une section sur la diffusion ainsi que le type de diffusion que vous prévoyez de réaliser, et où et à quel public vous avez l'intention de présenter vos résultats de recherche. Vous devez autant que possible viser à communiquer les résultats et produits de votre recherche à toutes les parties prenantes engagées dans l'effort de recherche avec les moyens les plus appropriés et les plus pertinents.

VOIR

MODULE  
– COMMUNI-  
CATION ET  
PLAIDOYER

La section de diffusion de la proposition de RMO doit inclure :

- Des présentations communautaires éducatives ou informelles que vous vous proposez de faire durant chaque année du projet (y compris des ateliers ou programmes de formation, séances d'information, note de politiques (policy briefs), conférences de presse, diaporamas, etc.).
- Une estimation du nombre de publications avec examen par les pairs (peer-reviewed) et professionnelles que vous avez l'intention de développer durant chaque année du projet (y compris le nom des revues scientifiques et professionnelles, bulletins d'information, documents imprimés, rapports politiques et autres publications) ;
- Le nombre et les noms des conférences académiques et professionnelles auxquelles vous avez l'intention d'assister chaque année.

Il est souvent préférable à cet égard de « promettre moins mais de faire plus ». Les propositions qui formulent des revendications complexes (en particulier sans antécédents similaires à l'appui en termes de publications ou de diffusion) tendent à perdre leur crédibilité auprès des évaluateurs.



#### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Passez en revue le plan de diffusion de l'exemple (ci-dessous) et faites référence à votre projet. Quels aspects de ce plan de diffusion peuvent être utiles à considérer pour votre proposition de RMO ? Quels aspects ne sont pas appropriés ?**



### Exemple

*La participation des décideurs régionaux/provinciaux et nationaux tout au long du processus de recherche est un facteur crucial pour le succès du projet parce que l'impact stratégique attendu de cette recherche dépend essentiellement de l'acceptation des recommandations de recherche. Les méthodes suivantes seront utilisées pour identifier les décideurs politiques clés, les consulter et leur communiquer les conclusions et les recommandations finales du projet :*

*Une analyse des parties prenantes sera effectuée au début du projet et impliquera ce qui suit :*

- *Un atelier de projet au mois 2 du projet.*
- *Les principales parties prenantes identifiées seront invitées à participer à des ateliers conjoints de conception de la recherche entre les deux pays étudiés, y compris à l'atelier d'analyse de situation et de conception l'étude de base au mois 4 du projet (voir WP 2).*
- *Un atelier pour discuter des résultats de l'analyse de situation et discuter des révisions possibles des mécanismes existants au mois 12 du projet (voir WP 3).*
- *Un atelier pour présenter et discuter les conclusions préliminaires de l'évaluation des mécanismes révisés au mois 42 du projet (voir WP 6).*
- *Un atelier présentant les conclusions finales de l'étude au mois 47 du projet.*

*Des notes de stratégie politique seront élaborées à l'intention des décideurs et des gestionnaires à différents niveaux (régional et national). Des consultations avec les principales parties prenantes auront lieu et les résultats complets du projet leur seront communiqués en temps utile. Les principales parties prenantes du projet sont la population cible, les prestataires de soins de santé et les prestataires d'assurance maladie dans les sites d'étude. Ces groupes seront consultés et informés des résultats de la manière suivante :*

- *Les représentants des principaux groupes de parties prenantes tels que les associations d'agriculteurs et les groupes de femmes communautaires seront invités à se joindre à l'atelier initial de démarrage du projet.*
- *D'autres consultations seront menées auprès de ces groupes avant la refonte des régimes d'assurance-maladie grâce à la collecte de données qualitatives dans le cadre de l'analyse de situation.*
- *Les conclusions préliminaires des évaluations des projets pilotes seront diffusées aux représentants de ces groupes de parties prenantes par le biais d'un atelier au cours du mois x afin de leur permettre de commenter les conclusions et les recommandations appropriées.*
- *Les conclusions finales de l'étude seront communiquées à ces parties prenantes par le développement et la diffusion de matériels appropriés tels que des spots radio et des bulletins d'information.*



### Exemple (suite)

- Consulter et diffuser les résultats du projet auprès des décideurs politiques et des chercheurs internationaux.
- Afin d'éclairer la conception et la mise en œuvre de régimes d'assurance-maladie plus durables et axés sur l'équité au niveau international, il sera important de veiller à ce que la méthodologie de l'étude produise des informations sur les questions et indicateurs spécifiques aux décideurs internationaux. Le projet impliquera des représentants des décideurs internationaux et de leurs conseillers au sein du comité consultatif technique, qui se réunira deux fois par an pour discuter des plans et examiner les résultats.

Les résultats de l'étude seront diffusés plus largement à travers un certain nombre de mécanismes, notamment :

- Soumission d'articles scientifiques pour publication dans des revues nationales, régionales et internationales à fort impact et avec examen par les pairs (peer-reviewed).
- Production de notes de politique pour les décideurs internationaux.
- Présentation d'articles lors de conférences régionales et internationales pertinentes auxquelles participe la communauté de la recherche en santé et les décideurs de politiques.
- Soumission du rapport de recherche final à l'Union Européenne.
- Diffusion sur le Web des résultats du projet par le biais du site Web du projet et soumission des résultats du projet par le biais de sites de diffusion de la recherche tels que ID21.
- Présentation aux membres de la communauté, au milieu universitaire, aux équipes de santé de district et régionales et aux autres parties prenantes concernées.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Travaillez dans vos équipes pour développer les aspects suivants de votre proposition de RMO :

- **Plan de suivi et d'évaluation.**
- **Plan de renforcement des capacités.**
- **Plan de diffusion.**
- **Apportez les modifications nécessaires pour améliorer, mettre à jour ou harmoniser toutes les sections de votre proposition.**



## Suppléments

Dans cette section, vous allez développer les dernières sections de votre proposition de recherche. Le contenu de ces sections est résumé dans le Tableau 8. Plus précisément, les informations sur le résumé du projet, la table des matières, les annexes et les CV des chercheurs sont couvertes. Vous allez préparer ces aspects, passer en revue tous les composants précédemment terminés et mettre à jour et harmoniser l'ensemble de votre proposition de recherche.

**Tableau 8 : Composantes de la section des suppléments**

Section	Description
Résumé du projet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décrit brièvement l'ensemble de la proposition de recherche.</li><li>• Bien qu'il soit lu en premier, il faut l'écrire en dernier.</li><li>• inclut une description du problème considéré, une justification (dans le cadre de la littérature scientifique existante) expliquant pourquoi la recherche est nécessaire et / ou importante, les participants, la méthodologie et les implications de la conduite de la recherche.</li><li>• Cette section donne une « première impression » aux évaluateurs et peut influencer la décision de financer la proposition de recherche.</li><li>• Facilite le travail des évaluateurs afin qu'ils puissent comprendre et évaluer le projet aisément en fonction des critères d'évaluation.</li></ul>
Table des matières	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organise la proposition en indiquant où chaque élément se trouve.</li><li>• Présente une liste pratique des sujets et des sections dans une séquence logique « en un coup d'œil ».</li></ul>
Références	<ul style="list-style-type: none"><li>• Répertoire toutes les références citées dans le texte de votre proposition (dans un style de référencement reconnu).</li><li>• Si une référence n'est pas citée dans le texte de votre proposition, elle ne doit pas figurer dans votre liste de références.</li></ul>
Annexes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peut inclure les CV des membres de l'équipe.</li></ul>

### Résumé du projet

Un résumé de projet de RMO (parfois appelé sommaire, synopsis, ou résumé analytique) décrit brièvement l'ensemble de la proposition de recherche. Les chercheurs écrivent souvent leur résumé ou sommaire en dernier, quand ils sont au mieux en mesure de décrire de façon concise leur proposition de recherche. Le résumé doit inclure une description du problème considéré, une justification des raisons pour lesquelles la recherche est nécessaire ou importante (dans le cadre de la littérature scientifique existante), les participants, la méthodologie, les activités de recherche à entreprendre et les résultats attendus recherche. En fonction des règles de l'organisme de financement, votre résumé / sommaire peut être limité à 150 à 200 mots (résumé) ou à une page (sommaire). Comme dans un rapport de recherche ou un article de revue, le résumé ou le sommaire peut être la partie la plus importante de la proposition de recherche, car c'est la première chose que les



évaluateurs lisent lors de l'examen de votre proposition. Le résumé créera la « première impression » avec les évaluateurs et peut influencer leur décision de financer ou non votre proposition de recherche.

### Exemple

*Titre de la proposition de recherche : Fournir des soins de santé aux personnes vulnérables – développer une assurance-santé rurale équitable et durable en Chine et au Viet Nam*

*Objectif général : Le but du projet est de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la santé des personnes vivant dans les zones rurales pauvres des pays en développement. L'objectif global du projet est de promouvoir l'équité en matière de santé en mettant des preuves à la disposition des responsables de politiques en santé pour un système rural de financement des soins de santé efficace, durable et abordable, en Chine et au Viet Nam.*

#### **Objectifs spécifiques**

- *Réaliser une analyse de situation des besoins perçus en matière d'assurance maladie rurale et des forces et faiblesses des régimes existants.*
- *Développer et mettre en œuvre des régimes pilotes d'assurance maladie rurale réalisables et répondant aux besoins perçus des populations cibles.*
- *Suivre et évaluer les effets des nouveaux régimes d'assurance du point de vue de couverture équitable, satisfaction des utilisateurs, utilisation et prestation efficaces des services, réduction de la pauvreté et mise en place durable.*
- *Soutenir la conception et la mise en œuvre de régimes d'assurance maladie ruraux durables et axés sur l'équité par la diffusion efficace des résultats de la recherche.*

#### **Résumé**

*Un nombre croissant de pays en développement mettent au point des systèmes d'assurance maladie pour protéger les personnes, en particulier les pauvres, des catastrophes financières causées par des soins médicaux coûteux. Parmi eux, la Chine et le Viet Nam, qui ont connu un développement économique rapide et des changements sociaux spectaculaires au cours des deux dernières décennies. Tous ces changements ont eu des implications profondes pour tous les aspects de la vie des gens. Les réformes du financement des soins de santé dans les deux pays ont conduit les établissements de santé à dépendre de plus en plus des frais d'utilisation, ce qui a entraîné de plus grandes difficultés financières pour accéder aux soins de santé, en particulier pour les populations pauvres en zone rurale.*

*Bien que les gouvernements centraux des deux pays aient encouragé le développement de l'assurance maladie rurale pendant de nombreuses années, la couverture de la population est loin d'être satisfaisante, en raison de nombreux facteurs politiques, socio-économiques et de gestion. La recherche proposée favorisera des mécanismes équitables de financement des soins de santé dans les deux pays en développant et en diffusant une base de preuves pour la conception et la mise en œuvre de régimes d'assurance maladie ruraux viables et acceptables. Le projet de recherche adoptera une approche d'étude de cas dans laquelle un certain nombre de comtés et de districts où existent déjà des régimes ruraux d'assurance maladie seront sélectionnés pour mettre en œuvre des régimes révisés réalisables et répondant aux besoins perçus de leur population cible. Il suivra et évaluera les effets des régimes d'assurance du point de vue de couverture équitable, satisfaction des utilisateurs, utilisation et prestation efficaces des services, réduction de la pauvreté et mise en place durable. Les résultats finaux du projet (bonnes pratiques et enseignements tirés) devraient être diffusés auprès d'un large public et utilisés pour éclairer les politiques associées de l'assurance maladie rurale en Chine, au Viet Nam et dans d'autres pays ayant des économies similaires.*



## Liste de contrôle du résumé

Le résumé doit être informatif pour ceux qui travaillent dans le même domaine ou dans des domaines associés. Un bon résumé permet très facilement aux évaluateurs de comprendre et d'évaluer votre projet en fonction des critères d'évaluation. Bien que les critères d'une proposition de recherche varient en fonction de l'organisme de financement, un résumé comprend généralement une brève description de chacun des éléments suivants :

- La problématique (quel(s) problème(s) essayez-vous de résoudre ?).
- Une justification convaincante de la raison pour laquelle cette problématique est importante (par exemple, comment la recherche proposée fera progresser les connaissances, améliorera les pratiques de soins de santé, etc.).
- Où la recherche aura lieu et avec qui (sites et participants).
- Comment les données seront collectées et analysées.
- La mesure dans laquelle la recherche proposée est novatrice.
- Les résultats attendus ou l'impact de la conduite de la recherche.
- Comment les résultats seront-ils diffusés ?
- Les implications (changement de politique, amélioration des pratiques de soins de santé etc. et qui en bénéficiera).

## Table des matières

La table des matières organise la proposition de recherche en décrivant ce qui est dans la proposition et où chaque élément peut être trouvé. Il présente une liste pratique des sujets et des sections dans une séquence logique « en un coup d'œil ».

Les logiciels de traitement de texte tels que Microsoft Word et Open Office ont la possibilité de générer automatiquement une table des matières. Vous pouvez marquer vos en-têtes avec le style de titre approprié (par exemple Titre 1, Titre 2, Titre 3) et utiliser les fonctions Insérer > Table des matières (ou similaire).

## Annexes

Les annexes comprennent les aspects de votre projet qui présentent un intérêt secondaire pour le lecteur. Le lecteur doit être en mesure d'obtenir toutes les informations nécessaires dans le corps de la proposition et se rendra aux annexes s'il a besoin ou s'il veut des informations supplémentaires. Les annexes peuvent inclure des éléments tels que les CV des membres de l'équipe de recherche, des instruments de recherche ou des lettres d'appui. Il s'agit également d'un endroit où vous pouvez ajouter des informations supplémentaires que vous jugez intéressantes pour les évaluateurs mais que les restrictions de longueur ne permettent pas d'inclure dans le corps de la proposition de recherche.

Les CV des chercheurs ont une influence sur l'appréciation de votre proposition par l'évaluateur. Il vaut mieux s'assurer qu'au moins un membre de l'équipe possède une expérience en relations internationales, de bons antécédents et un solide dossier de publication. Des qualités complémentaires telles que la crédibilité dans la communauté sont également importantes.





Habituellement, les organismes ont une limite de 1 à 3 pages pour le curriculum vitae d'un chercheur. Les chercheurs devront donc raccourcir leur CV pour mettre en exergue les aspects les plus pertinents de leur vie professionnelle / académique par rapport au projet et pour se positionner par rapport au cadre de l'organisme de financement. Un modèle peut aider les chercheurs à raccourcir leur CV et à les présenter de façon uniforme.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Développez les aspects suivants de votre proposition de RMO avec votre équipe :**

- **Résumé du projet (une page).**
- **Page de titre**
- **Annexes (faites une liste de toutes les annexes et ajoutez celles qui sont prêtes).**
- **CV des chercheurs (créez un modèle des composantes du CV afin que tous les chercheurs aient un CV avec le même aspect et le même format).**
- **Passez en revue tous les composants de votre proposition puis mettez-les à jour et harmonisez-les.**

**Ayant atteint ce stade de ce module, votre équipe de recherche a complété toutes les différentes sections de la proposition de RMO.**

**Vous devrez maintenant préparer une présentation de 20 minutes (présentation de diaporama ou poster) comprenant les aspects suivants de votre proposition de RMO :**

- **Titre.**
- **Méthode de recherche.**
- **Collecte de données.**
- **Analyse des données.**
- **Gestion de la qualité.**
- **Participants.**
- **Éthique.**
- **Plan de travail.**
- **Équipe de recherche.**
- **Budget et justification.**
- **Plan de contrôle et surveillance.**
- **Plan de renforcement des capacités.**
- **Plan de diffusion.**



## Financer un projet de RMO

*[Aidez-nous à identifier les sources de financement spécifiques pour des propositions de recherche francophones en contribuant vos suggestions sur la page Web – elles seront ajoutées à ce document. Merci]*

Tout au long des processus du projet de RMO, il faut prendre en considération la façon d'obtenir des fonds pour réaliser le projet. Il existe plusieurs sources potentielles parmi lesquelles les équipes de recherche peuvent espérer obtenir du financement pour leur projet de recherche de mise en œuvre. Cliquez sur chacune des rubriques ci-dessous pour explorer chacune des sections individuellement.

### Sources de financement dans le pays

De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) ont élaboré des programmes nationaux de recherche en santé qui, bien qu'ils ne soient pas toujours pleinement financés, offrent un cadre pour l'obtention de ressources nationales pour les projets de RMO. Des institutions spécifiques existent également dans certains pays pour le financement des efforts de recherche. Les équipes peuvent inclure ces institutions lorsqu'elles explorent les sources possibles de financement pour leurs projets. Généralement, le premier endroit pour rechercher des financements pour des projets de RMO doit être dans les budgets des programmes eux-mêmes. Les programmes de lutte contre les maladies de plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire budgétisent régulièrement de petites quantités de financement directement pour les efforts de recherche ou pour le suivi et l'évaluation visant à améliorer l'accès et la prestation des interventions.

### Les organisations multilatérales

Par exemple, cela inclut l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM), la Commission Européenne, et des programmes comme le programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (*Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases* ou TDR), l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (*Alliance for Health Policy and Systems Research* ou AHPSR) et le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (*Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction* ou HRP), EDCTP (European & Developing Countries Clinical Trials Partnership), UBS optimus foundation.

La plupart des organisations multilatérales, en particulier le FM, ont élaboré des programmes de mise en œuvre dans les PRFI, dont une partie du budget du programme est allouée au suivi et à l'évaluation. Les pays peuvent inclure la RMO dans leurs notes conceptuelles / propositions de recherche si une telle recherche améliore clairement la mise en œuvre des programmes.



## Donateurs bilatéraux

Par exemple, le gouvernement du Canada, le gouvernement du Royaume-Uni (DFID), le gouvernement des États-Unis (USAID, *National Institutes of Health*, *Fogarty International Centre*), le gouvernement de la Norvège (NORAD), le gouvernement de la Suède (SIDA), le gouvernement de l'Australie, et le Centre de recherches pour le développement international (International Development Research Centre ou CRDI).

Un nombre croissant d'organisations bilatérales, telles que le CRDI, le NIH / FIC, le DFID, l'USAID, le CDC et le NORAD, ont soutenu la RMO. Presque toutes les organisations bilatérales ont des projets ou des programmes d'aide dans les PRFI avec une certaine partie du budget du programme allouée au suivi et à l'évaluation. L'utilisation de ces ressources pour les RMO peut être justifiée si ces recherches améliorent de manière significative la mise en œuvre de leurs programmes.

Les organisations spécifiquement francophones incluent : Institut de recherche pour le développement (IRD), Agence française de développement (AFD), Agence nationale de la recherche (ANR), ANRS (France REcherche Nord&Sud Sida-hiv Hépatites).

## Fondations privées et trust

Par exemple, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation Rockefeller, Ford Foundation, Wellcome Trust.

Les fondations privées et les trusts ont la tradition de soutenir, entre autre, la recherche en santé. La recherche de mise en œuvre est un domaine d'intérêt potentiel pour ces institutions.

Pour trouver une bonne adéquation entre le bailleur de fonds et votre proposition de recherche, considérez :

- votre niveau d'expérience ;
- les ressources / fonds dont vous avez besoin ;
- le calendrier et les échéances ;
- votre emplacement ;
- qui s'intéresse au sujet.

## Autres ressources associées :

- NIH Office of Extramural Research (OER) Grants Guide.
- National Science Foundation (NSF).
- Grants.gov ([www.grants.gov](http://www.grants.gov)) : – Un portail qui collecte des informations sur le financement / l'application de toutes les agences gouvernementales des États-Unis.
- Ministères de la santé / Conseils nationaux de la recherche.
- Conseils nationaux de recherche médicale.
- Foundation Center Directory (Free Library).
- PA Foundation Directory (Free Library).
- GrantsNet – de *l'American Association for the Advancement of Science* (AAAS).



- Fondation Bill et Melinda Gates.
- Fondation Doris Duke.

Les bases de données par abonnement, comme celles énumérées ci-dessous, fournissent des informations sur les sources de financement gouvernemental et non gouvernemental de la recherche :

- Community of Science (COS).
- InfoEd (Spin/Genius).
- Autres (IRIS, Egrants).

Faites votre propre recherche ...

- Allez dans une bibliothèque où un bon accès Internet est disponible.
- Contactez votre institution, notamment le Bureau de l'administration de la recherche, s'il existe.
- Recherchez des bases de données exhaustives telles que *COS*, *eRACommons* et *Spin*.
- Configurez des alertes à partir de vos recherches dans les bases de données.
- Effectuez une recherche sur les sites Web des subventions gouvernementales américaines, comme OER ou Grants.gov, ou les sites Web d'agences individuelles.
- Recherchez des sites Web d'associations et de fondations.
- Recherchez des sites de recherche spécialisés tels que AuthorAID (<http://www.utoraid.info/en/>).
- Découvrez quels projets liés à votre thème de recherche ont déjà été financés.

Ceci est un aspect très important de votre travail. Si vous avez déjà une certaine expérience dans la recherche de bases de données, vous pouvez continuer, sinon demander de l'aide dans une bibliothèque à l'intérieur ou à l'extérieur de votre institution. Quelle que soit l'approche que vous prenez, il y a des étapes de base à suivre et plusieurs choses à considérer pour décider où soumettre votre proposition de RMO pour le financement.

Recherchez quelles possibilités de financement font des appels / demandes de propositions de recherche (DPR) ou de lettres d'intention (LI). Ceci est important car souvent les appels pour applications ne se font qu'une fois par an. Par conséquent, il est important de planifier à l'avance et de calculer le temps de travail à partir de la date butoir. Si vous manquez l'échéance, il peut se passer un an jusqu'à ce qu'une autre occasion se présente. En RMO, un délai de 12 mois est important.

En plus des invitations régulières avec appel / lettre d'intention, certains organismes de financement peuvent également être intéressés à soutenir la RMO conformément à leurs stratégies de recherche en santé. En d'autres termes, les chercheurs des PRFI peuvent jouer un rôle proactif en envoyant pour considération des propositions de recherche de courte durée. Certains organismes de financement sont plus intéressés à commander ou à solliciter des propositions de recherche en santé, en fonction de leur mandat et de leurs stratégies.



Vous devez assurer une bonne adéquation entre l'organisme de financement et votre projet de recherche, en ce qui concerne le sujet de recherche, la taille de la subvention, la région géographique, l'éligibilité des partenaires, les pays participants, les affiliations requises, etc. Explorez la recherche qui a déjà été effectuée sur le sujet pour vous assurer que vous ne dupliquez pas un travail existant. Évaluez les types de projets que l'organisme a financés dans le passé, de sorte que vous pouvez étendre ou compléter ces activités. Démontrez que vous avez investigué et êtes informé de ce qui existe sur le sujet, identifiez les lacunes et justifiez ce qui doit être fait et comment les résultats seront bénéfiques pour la communauté.

#### Préparer votre application

- Lisez attentivement les instructions pour soumettre une proposition de recherche.
- Reportez-vous à la littérature scientifique pertinente.
- Expliquez la problématique de la recherche proposée.
- Incluez des tableaux et des figures clairement présentés.
- Présentez un exposé organisé et lucide, comprenant autant de détails que possible.
- Demandez à des chercheurs expérimentés de passer en revue votre proposition de recherche avant de la soumettre.
- Utilisez le style et les éléments requis dans les spécifications du bailleur de fonds.

Lorsque vous faites une demande de subvention de recherche, profitez des ressources disponibles. La plupart des universités en Europe et en Amérique du Nord ont un bureau de recherche avec un personnel formé pour aider les chercheurs faisant des demandes de subvention importantes. Ceci peut ne pas être disponible dans les institutions et les organismes de santé dans les PRFI, mais il peut également y avoir des ressources disponibles en ligne pouvant être utiles. Il est important de visiter le site Web de l'organisme de financement auquel vous prévoyez soumettre votre proposition. Ils auront généralement des instructions complètes sur ce qu'il faut faire et quand soumettre votre proposition.

Vous pouvez également explorer la possibilité de communiquer avec le chef de projet de l'organisme de financement pour obtenir plus de clarté sur le processus de demande. Les évaluateurs recherchent des idées claires, innovatrices et prometteuses, la clarté et la brièveté de la rédaction ainsi que des objectifs et des échéanciers réalistes. Ils attendent une proposition de recherche claire et bien écrite qui promet des résultats utiles à la population.

### **Ce que les évaluateurs recherchent**

Selon l'organisme de financement, les évaluateurs peuvent chercher des choses différentes dans différentes propositions de recherche. Il est toujours utile de se référer aux instructions de l'appel à candidatures avant de soumettre la proposition. En général, les évaluateurs recherchent :

- Importance et impact – très important dans la RMO.
- Des idées prometteuses.



- Des idées qu'ils peuvent comprendre – évitez de présumer de trop de connaissances ou de familiarité avec le sujet.
- Des objectifs et des échéances réalistes – ne soyez pas trop ambitieux.
- Soyez bref sur les informations largement connues.
- Notez les limites de l'étude.
- Préparez et soumettez une demande propre et bien écrite avec un budget justifié.

En général, les propositions de recherche sont évaluées en fonction du mérite scientifique et de la pertinence politique à l'aide d'une échelle spécifique (par exemple, une échelle de 1 à 5, où 1 est une note élevée et 5 une note basse). Les notes pour les deux catégories peuvent être moyennées pour un score final, qui peut être l'un des principaux déterminants de la décision de financement. Les critères spécifiques fréquemment utilisés dans chacune de ces catégories sont énumérés ci-dessous :

- Mérite scientifique et pertinence politique.
- Bien-fondé scientifique.
- Synthèse des connaissances existantes (qui peut inclure une revue de la littérature scientifique) – doit être concise, pertinente, complète, adéquate.
- Questions de recherche – doivent être adéquates et réalisables.
- Cadre analytique – doit être adéquat et bien-fondé
- La proposition doit être conforme aux principes de la RMO décrits dans l'appel à propositions.
- La proposition doit aborder les questions pertinentes dans le pays / la communauté où la recherche sera menée.
- La proposition doit correspondre spécifiquement à l'appel à candidature.

#### Méthodologie

- La conception est-elle faisable et appropriée ?
- Les méthodes et outils de collecte de données sont-ils appropriés pour la conception ?
- Quelle est la méthode d'échantillonnage et la taille de l'échantillon ?
- Comment la gestion et l'analyse des données sont-elles planifiées ?
- Le calendrier global est-il réaliste ?

#### Autres considérations

- Considérations éthiques.
- Hypothèses essentielles.
- Innovation et originalité.
- Utilité programmatique.

#### Questions essentielles supplémentaires

- L'expertise de l'équipe est-elle appropriée pour l'étude proposée ?
- Les résultats du projet pourront-ils être déployés à grande échelle ?



- Dans quelle mesure les résultats seront-ils généralisables ?
- Une approche multidisciplinaire est-elle proposée ?
- L'étude favorisera-t-elle la collaboration et le travail d'équipe ?
- Le budget est-il approprié ?
- Existe-t-il des possibilités d'utilisation et de diffusion / d'impact potentiel sur les politiques et les programmes ?
- Y a-t-il un potentiel de renforcement des capacités de recherche ? Cela peut être important pour certains bailleurs de fonds car cela peut améliorer la mise en place d'une culture de RMO durable dans le système de santé.

### **Problèmes courants dans le cadre d'une proposition de recherche**

Les problèmes / pièges suivants sont courant dans les propositions de recherche et doivent être évités :

- Manque d'idées nouvelles ou originales.
- Absence d'une justification scientifique ou de santé publique acceptable.
- Manque d'expérience dans les méthodes essentielles. Manque de détails suffisants sur la méthodologie.
- Manque de pertinence pour les politiques, les programmes et les projets.
- Plan de recherche diffus, superficiel ou non ciblé.
- Manque de connaissance du travail publié pertinent.
- Quantité de travail irréaliste.
- Incertitude concernant les orientations futures.
- Il est utile de poser la question « Et alors ? » – Quelle différence les résultats de la recherche apporteront-ils au système de santé et à la population s'ils sont appliqués ?



## Références

1. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, World Health Organization, 2014.
2. World Health Organization. The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Massive open online course (MOOC) on implementation research. (<http://www.who.int/tdr/capacity/strengthening/ir-training/en/>, accessed 16 October 2017)
3. Fundamentals of implementation research. Chapel Hill : MEASURE Evaluation Implementation Research Technical Working Group; 2015. (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-55>, accessed 16 October 2017).
4. Research ethics training curriculum (2nd edition). Durham : FHI360; 2011 (<http://www.fhi360.org/sites/all/libraries/webpages/fhi-retc2/index.html>, accessed 17 October 2017).
5. Offredy M. and Vickers P. Developing a healthcare research proposal : An interactive student guide. Hoboken :John Wiley & Sons; (2013).
6. Peters D.et al. Implementation research : What it is and how to do it. BMJ. 2013; 347 : f6753
7. Varkervisser C., Pathmanathan I. and Brownlee, A. Designing and conducting health systems research projects. Health Systems Research Training Series. Vol. 2, Part 1. Ottawa : International Development Research Centre/World Health Organization; 1991.
8. Maxwell, J. A. (2012). Qualitative research design : An interactive approach (Vol. 41). Sage publications.
9. Creswell, J. W. (2009). Editorial : Mapping the field of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(2), 95-108.





## Lectures supplémentaires

- Brusich, M., Greico, J., Penney, N., Tisgratog, R., Rittson, W., Chareonviriyaphap, T., Achee, N. (2015). Targeting educational campaigns for prevention of malaria and dengue fever : an assessment in Thailand. *Parasites & Vectors*; 8 :43
- Rabani, F., Ali Mukhi, A., Perveen, S., Gul, X., Iqbal, S., Qazi, S., Syed, I., Shaikh, K. Aftab, W. (2014). Improving case management of diarrhoea and pneumonia in District Badin, Pakistan through a cluster randomised study – the NIGRAAN trial protocol : *Implementation Science*, 9 :186
- Paul, S., Akter, R., Aftab, A., Khan, A., Barua, M., Islam, S., Islam, A., Husain, A., Sarker, M., (2015). Knowledge and attitude of key community members toward tuberculosis : mixed methods study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health* 15 :52
- Panisset, U., Koehlmoos, P., Alkhatib, A., Pantoja, T., Singh, P., Kayondo, J., McCutchen, B., Block, M. (2012). Implementation research evidence uptake and use for policy making. *Health Research Policy and Systems*, 10 :20
- Hanson, K., Nathan, R., ...& Schellenberg, J. (2008). Vouchers for scaling up Insecticide Treated nets in Tanzania : Methods for monitoring and evaluation of a national health systems intervention. *BMC Public Health*, 8 :205
- Implementation Research for the control of infectious diseases of poverty : UNICEF/ UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. (2011). [http://www.who.int/tdr/publications/documents/access\\_report.pdf](http://www.who.int/tdr/publications/documents/access_report.pdf)
- Brigid R. Marriott, B., Rodriguez, A., Landes, S., Lewis, C., and Comtois, K. (2016). A methodology for enhancing implementation science proposals : comparison of face-to-face versus virtual workshops. *Implementation Science* DOI 10.1186/s13012-016-0429-z
- Enola K Proctor, E., Powell, B., Baumann, A., Hamilton, A, and Santens, R. (2012) : Writing implementation research grant proposals : ten key ingredients. *Implementation Science* 7 :96
- Leedy, P., & Ormrod, J. E. (2001). *Practical research planning and design* (8th ed.). New York, NY : Macmillan.
- Sukamolson, S. Fundamentals of quantitative research. Assessed from <http://www.culi.chula.ac.th/Research/e-Journal/bod/Suphat%20Sukamolson.pdf>.
- Mutai, B. K. (2000). *How to write quality research proposal : A complete and simplified recipe*. Kenya, Nairobi. Egerton University.
- Crawley, G. M., & O'Sullivan, E. (2007). *The grant writer's handbook : How to Write a Research Proposal and Succeed*. New Jersey : Imperial College Press – Assessed at <http://lccn.loc.gov/2015032152>
- Creswell, J. W. (2013). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Offredy, M., & Vickers, P. (2013). *Developing a healthcare research proposal : An interactive student guide*. John Wiley & Sons.
- The NIH Office of Extramural Research free tutorial on Protecting Human Research Participants available at <https://phrp.nihtraining.com/users/login.php?l=3>



# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE



Méthodes de recherche et gestion des données

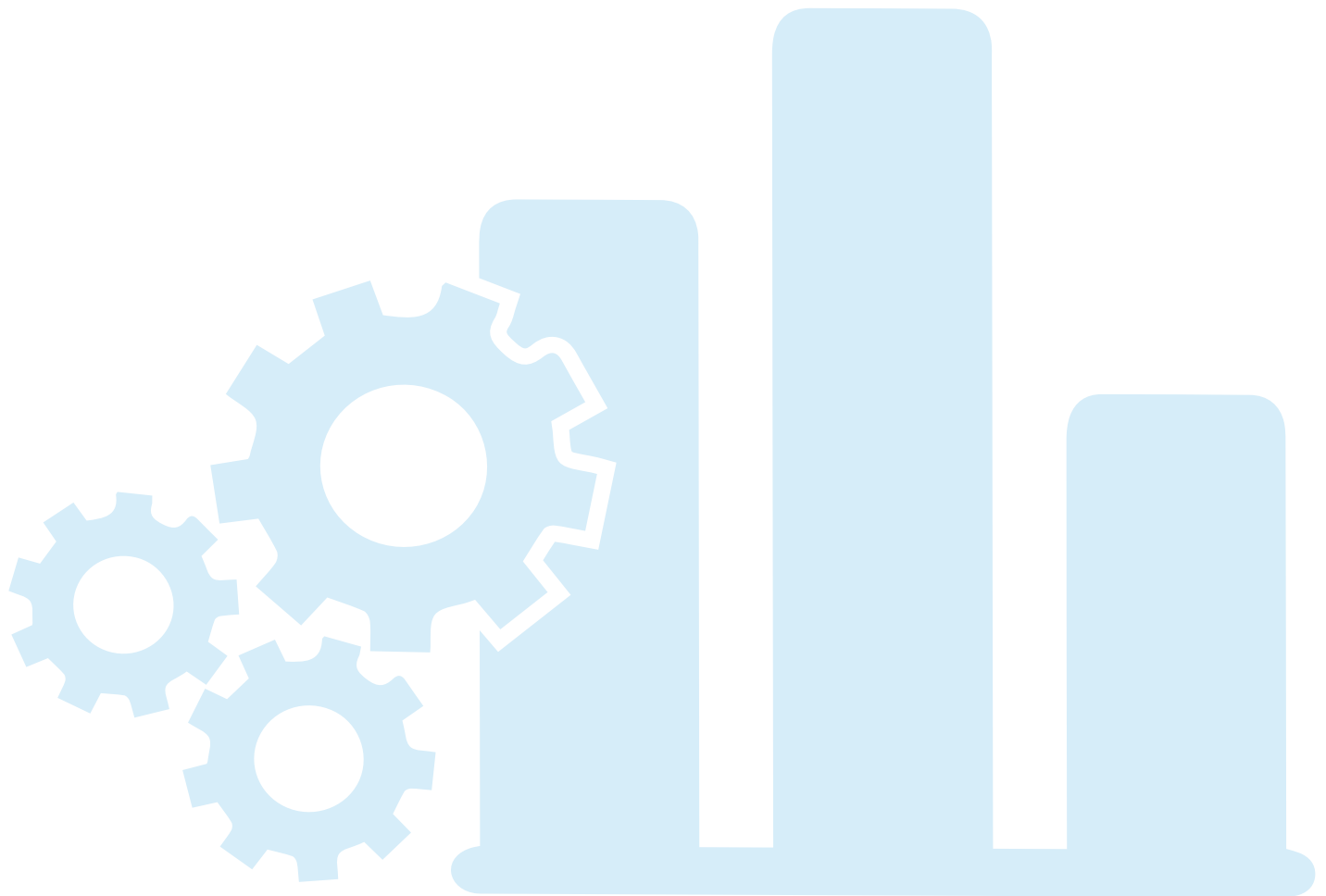
Alison Krentel et Riris Andono Ahmad

Conceptions d'étude pour projets de RMO	130
Sélection des méthodes de recherche pour votre projet de RMO	142
Méthodes mixtes : combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives	147
Outils et techniques de recherche	153
Échantillonnage	161
Collecte des données	165
Gestion des données	166
Analyse des données	170
Références	192
Références en Français	193

# Méthodes de recherche et gestion des données

Le but de ce module est de décrire les principes fondamentaux des méthodologies de la recherche de mise en œuvre (RMO), incluant conception de l'étude, méthodes de collecte de données, analyse des données, présentation et interprétation des résultats de RMO, dans le but d'améliorer leur adoption et leur utilisation par les publics cibles.

Ce module couvre les concepts de : a. approche de la recherche ; b. planification de la recherche c. méthodes de collecte des données ; d. analyse des données ; et, e. présentation des données. Le plan général suivi par ce module est décrit en Figure 1. Les concepts sont illustrés à l'aide d'exemples de projets de RMO terminés. Le module décrit la planification d'étude et les méthodologies de recherche en RMO de façon générale, et ne remplace pas le matériel pédagogique spécialisé dans les méthodologies de recherche. Pour ceux qui voudraient avoir plus d'informations, il y a de nombreuses ressources utiles disponibles pour compléter ce module. Les plus importantes sont signalées dans ce module.

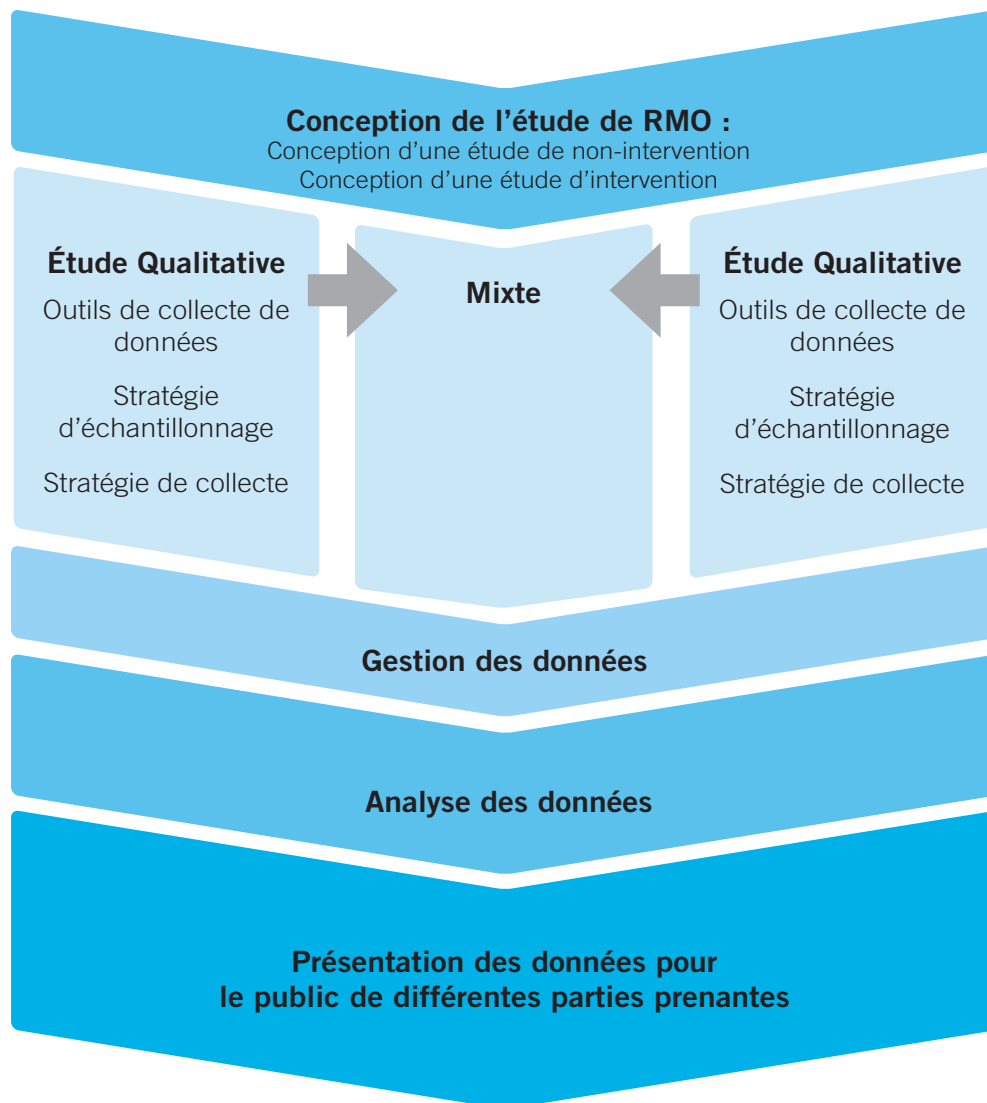


Après avoir étudié ce module, vous devriez être capable de :

- Décrire les conceptions expérimentales couramment utilisées dans les projets de RMO.
- Identifier les points forts des approches quantitatives, qualitatives et mixtes dans la collecte de données de RMO.
- Sélectionner les approches et les outils de collecte de données appropriés pour vos projets de RMO.
- Décrire les processus d'échantillonnage utilisés pour les outils de recherche quantitatifs et qualitatifs.
- Souligner les questions éthiques pertinentes dans la collecte de données.
- Décrire les processus d'analyse de données appropriés pour les données quantitatives et qualitatives, et pour les méthodes mixtes.
- Décrire les différents formats de présentation des données.



Figure 1 : Vue d'ensemble du module « méthodes de recherche et gestion des données »



### Conceptions d'étude pour projets de RMO

À l'instar d'autres types de recherche, les conceptions d'étude utilisées en RMO peuvent être interventionnelles ou observationnelles (c'est-à-dire non-interventionnelle). Dans une conception de recherche d'intervention, le chercheur influence des objets ou des situations puis mesure le résultat de ces manipulations. Dans une conception d'étude d'observation, le chercheur observe et analyse sans intervenir sur les objets ou situations susceptibles d'être étudiés. Ces études de non-intervention peuvent être des études exploratoires, descriptives ou comparatives (analytiques), tandis que les études d'intervention peuvent être des études expérimentales, quasi-expérimentales, « avant et après », des études de cohorte ou des essais contrôlés randomisés. Chacun de ces modèles d'étude est brièvement expliqué ci-dessous.



## Études de non-intervention

### Étude descriptive

Les études descriptives sont utilisées lorsqu'on veut décrire la mise en œuvre d'interventions liées à la santé et tout problème ou obstacle dans ce contexte. Selon ce qu'on connaît du sujet de l'étude, différents modèles d'étude peuvent être utilisés pour répondre aux questions de recherche. Si le sujet est nouveau et qu'aucune connaissance préalable n'existe, il est préférable de mener une étude exploratoire en utilisant des méthodes qualitatives. Les résultats de cette étude qualitative peuvent être utilisés pour développer des recherches ultérieures, en utilisant des méthodes quantitatives, pour mesurer dans quelle mesure ces problèmes se produisent. Une étude descriptive peut également commencer par des méthodes quantitatives (par exemple, un questionnaire) pour quantifier l'obstacle à l'intervention suivie de méthodes qualitatives pour décrire le contexte où les problèmes de mise en œuvre existent. Plus de détails sur ces méthodes sont fournis plus loin dans ce module.

La plupart des enquêtes utilisées dans les études descriptives utilisent une conception transversale, qui est relativement simple et peu coûteuse, utile pour étudier des contextes comportant de nombreuses variables à prendre en considération. Les données provenant d'enquêtes transversales répétées fournissent des indicateurs utiles de tendances, en supposant que les échantillons soient représentatifs, indépendants et aléatoires, et les définitions normalisées. Chaque enquête doit avoir un objectif clair. Pour être valides, les enquêtes nécessitent des questionnaires bien conçus, un échantillon approprié de taille suffisante, une méthode d'échantillonnage scientifique et un bon taux de réponse.

### Étude Analytique

Les études analytiques examinent et établissent une relation causale entre les variables indépendantes et dépendantes à l'étude. Traditionnellement, les études de cohortes ou de cas-témoins sont utilisées pour des études de non-intervention, afin d'établir une relation causale probable. Toutefois, la conception d'étude de cohorte est plus couramment utilisée pour la RMO.

Dans une étude de cohorte, le chercheur recrute un groupe de personnes – qui ne souffrent pas d'une maladie donnée, par exemple – et qui sont classées en sous-groupes en fonction de leur exposition. Les sous-groupes sont ensuite suivis pour voir le développement ultérieur de conditions spécifiques, tels que des problèmes de santé particuliers. L'étude en cohorte peut être utilisée pour mesurer au fil du temps des résultats typiquement liés à la RMO (acceptabilité, adoption, pertinence, faisabilité, fidélité à la mise en œuvre des interventions, coûts de mise en œuvre et rentabilité, déterminants de couverture de soins, approche durable / maintenance). Cette approche produit des données individuelles de haute qualité, permettant aux chercheurs d'examiner s'il y a une association entre de meilleurs résultats de mise en œuvre et différentes expositions au niveau individuel, en considérant le calendrier et la direction de chacun des effets<sup>1</sup>. Une étude en cohorte peut également être utilisée pour évaluer la prise en charge et la rétention des patients dans des services spécifiques, en particulier pour les maladies chroniques comme celles impliquant la poursuite de la thérapie antirétrovirale (ARV) chez les personnes vivant avec le VIH ou l'adhésion au traitement chez les personnes atteintes de tuberculose multi-résistante (TB-MR).



Les études analytiques peuvent avoir une conception d'étude transversale. Cependant, de telles conceptions d'étude ne peuvent pas établir de relations de cause à effet entre les variables dépendantes et indépendantes, parce que la mesure des deux variables est effectuée simultanément.

### Intervention / Études expérimentales

La recherche expérimentale est le seul type de recherche qui puisse établir une relation de cause à effet. L'étude d'essai contrôlé randomisé (ECR) en particulier, est reconnue pour établir des relations causales en raison de sa capacité à contrôler les variables parasites (en anglais *confounder*), et pour s'assurer que la seule différence entre les différents volets d'étude soit l'intervention en question. Dans une étude expérimentale, le chercheur s'intéresse à l'effet d'une variable indépendante (également connue sous le nom de variable expérimentale ou de traitement) sur une ou plusieurs variables dépendantes (également connues sous le nom de variables de critère ou de résultat). En fait, le chercheur change la variable indépendante et mesure la variable dépendante. Il y a habituellement deux groupes de participants dans la recherche expérimentale : le groupe expérimental, qui reçoit une intervention (par exemple, un cours dispensé par une nouvelle méthode d'enseignement, un nouveau médicament), et le groupe témoin, qui ne reçoit aucune intervention (par exemple, un cours enseigné par l'ancienne méthode, un placebo). Parfois, un groupe de comparaison est également utilisé en plus ou à la place d'un groupe de contrôle. Le groupe de comparaison reçoit un traitement différent du groupe expérimental. Les groupes de contrôle et / ou de comparaison sont essentiels dans la recherche expérimentale car ils permettent au chercheur de déterminer si l'intervention a eu un effet ou si une certaine intervention était plus efficace qu'une autre.

Différents types d'études expérimentales sont présentées ci-dessous :

#### Essai contrôlé randomisé (ECR)

C'est la référence absolue pour les études d'efficacité dans les essais cliniques. La RMO en revanche met davantage l'accent sur la généralisation des résultats dans différents contextes plutôt que sur l'efficacité d'une intervention donnée. Pour cette raison, l'ECR n'est pas un modèle d'étude couramment utilisé en RMO. Dans un ECR, les participants doivent être assignés au hasard aux groupes de traitement et de contrôle pour s'assurer que tous les groupes soient homogènes avant que l'intervention ne soit appliquée, et que l'intervention soit la seule différence entre les groupes. La randomisation est utilisée pour assurer la validité interne.

#### Quasi-expérimental

Ce type d'étude est similaire à un ECR mais n'a pas la caractéristique fondamentale d'assignation aléatoire. Ce type d'étude est fréquemment utilisé lorsqu'un ECR n'est pas faisable du point de vue logistique ou éthique. L'affectation au groupe de traitement utilise des critères autres que la randomisation, par exemple appariement par individu ou appariement par groupe de facteurs sociodémographiques. La conception quasi-expérimentale convient à la RMO en vertu du fait que la conception permette à des facteurs réels – tels que le coût, la faisabilité et les préoccupations politiques – de faire partie intégrante de l'étude.





## Étude de cas 1

**Intervention éducative sous directives communautaires : Étude quasi-expérimentale dans les zones d'endémie palustre du district de Sarpang, Bhoutan**

**Contexte** : Le paludisme demeure un problème de santé publique en dépit d'interventions efficaces telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Le Royaume du Bhoutan a obtenu des succès notables dans la prévention et le contrôle du paludisme, et le pays s'achemine vers la phase d'élimination du paludisme. Par exemple, en 2011, seuls 194 cas de paludisme ont été enregistrés contre 5935 cas en 2000. Pour atteindre l'objectif d'élimination, les efforts actuels doivent être renforcés par des interventions sous directives communautaires afin de permettre à la communauté d'améliorer son comportement de recherche de soins et autres comportements préventifs. Les interventions sous directives communautaires se sont révélées utiles dans la prévention et le contrôle des maladies infectieuses telles que l'onchocercose. Cette étude a été menée pour élucider l'efficacité de l'intervention éducative sous directives communautaires sur la prévention et le contrôle du paludisme dans les zones d'endémie palustre du district de Sarpang, au Bhoutan. Une conception d'étude quasi-expérimentale a été adoptée, utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives (Figure). Le district d'étude (Sarpang) a été choisi intentionnellement parmi sept districts d'endémie palustre. Les unités sanitaires de base de l'étude (USB) étaient Umling et Chuzerganga (volet d'intervention), et Jigmeling (volet de contrôle). Celles-ci avaient été choisies intentionnellement. Ces USB étaient similaires en termes de taille de population et autres critères contextuels pertinents. Les données de base ont été collectées pendant la phase d'élaboration à l'aide d'entretiens approfondis et de discussions de groupe, d'enquêtes auprès des ménages et d'un examen de documents et de données. L'outil de formation a été développé en collaboration avec le personnel des USB. Des agents de santé et des groupes d'action communautaire ont reçu une formation sur la transmission du paludisme, l'entretien et l'utilisation des MILDA, l'utilisation appropriée de la pulvérisation intra-domiciliaire résiduelle, le contrôle des sites de reproduction des moustiques, et l'importance du diagnostic et du traitement précoces. Dans les USB d'intervention, l'ensemble d'interventions a été mis en œuvre en plus des activités du programme régulier alors que dans l'USB de contrôle, seules les activités du programme régulier ont été menées. L'efficacité de l'intervention a été évaluée à l'aide d'enquêtes auprès des ménages, de discussions de groupe, d'entretiens approfondis et de réunions de bilan. La comparaison du groupe pré- et post-intervention a montré une amélioration significative des connaissances, de l'attitude et de la pratique dans le volet d'intervention par rapport au groupe témoin.

**Conclusion** : La conception d'étude quasi-expérimentale a permis d'élucider l'efficacité de l'intervention éducative sous directives communautaires sur la prévention et le contrôle du paludisme dans les zones d'endémie palustre.

**Enseignements** : Une conception d'une étude quasi-expérimentale est une approche appropriée pour établir l'impact d'une intervention donnée. Cependant, pour assurer des résultats fiables, les volets d'intervention et de contrôle doivent être aussi semblables que possible en termes de caractéristiques de la population et de contexte. La seule variable distinctive doit être l'intervention en question.

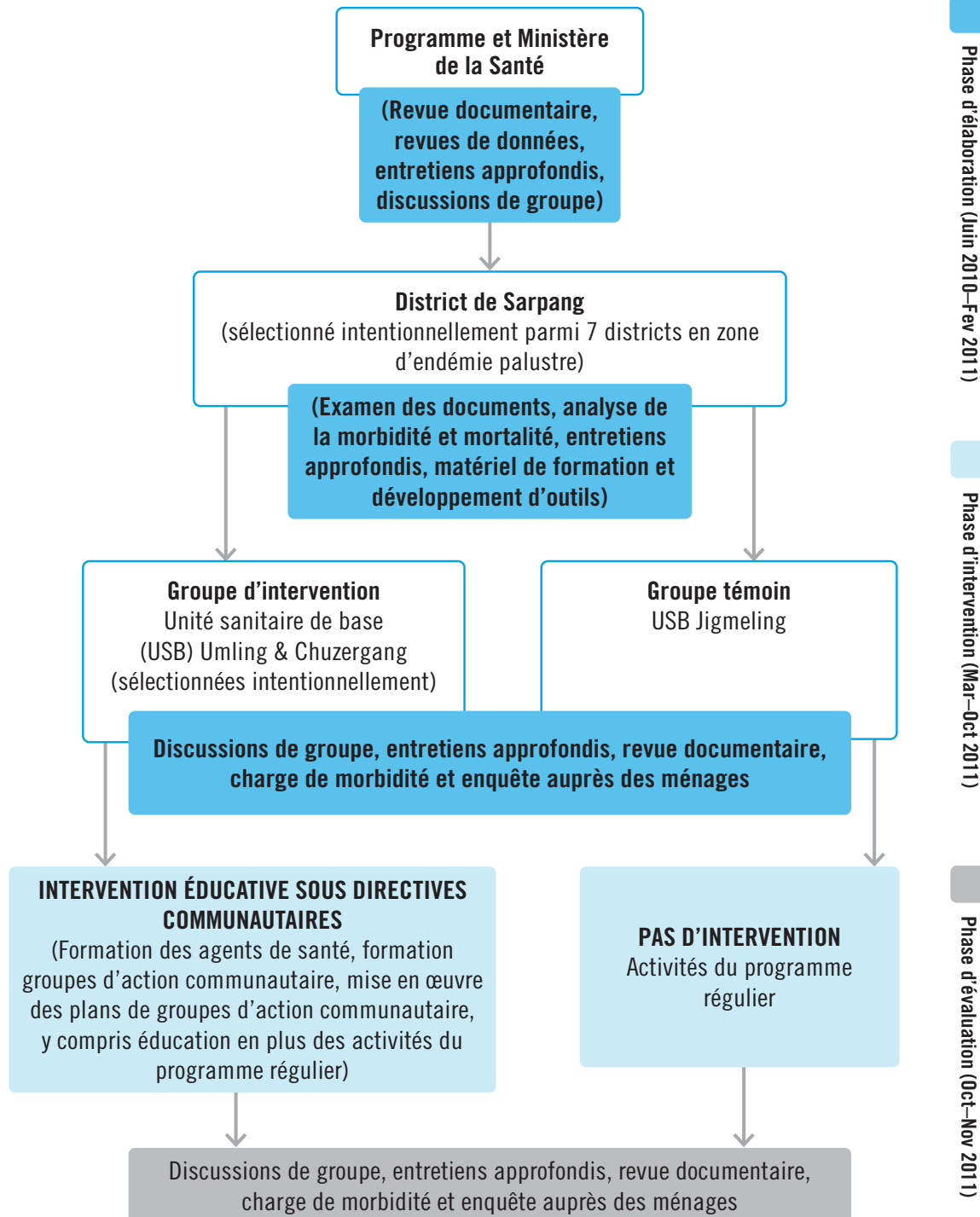
Source : Tobgay T. et al. Community-directed educational intervention for malaria elimination in Bhutan : quasi-experimental study in malaria endemic areas of Sarpang district. *Malaria Journal*. 2013 ; 12(1) :1.



Étude de cas 1

Intervention éducative sous directives communautaires : Étude quasi-expérimentale dans les zones d'endémie palustre du district de Sarpang, Bhoutan

Figure. Diagramme schématique des activités de recherche





## Essais pragmatiques

Les essais pragmatiques évaluent les effets d'interventions dans les services de santé avec des contraintes humaines, financières et logistiques typiques de situations réelles. Le but de ce type d'étude est de mesurer l'efficacité sur le terrain (en anglais *effectiveness*) plutôt que l'efficacité clinique (en anglais *efficacy*)<sup>2, 3</sup>. Contrairement à une étude sur l'efficacité clinique, où les participants sont recrutés à partir d'une sous-population homogène (par exemple en fonction du sexe, l'âge, l'ethnie, etc.) et assignés au hasard aux volets de l'étude, la conception de l'essai pragmatique favorise des degrés plus élevés de variation parmi les participants. Les participants sont sélectionnés dans un contexte clinique ou démographique réel pour être représentatifs de la population. Pour améliorer la validité des essais pragmatiques, la randomisation est effectuée au niveau de l'établissement (randomisation en grappes) plutôt qu'au niveau individuel.

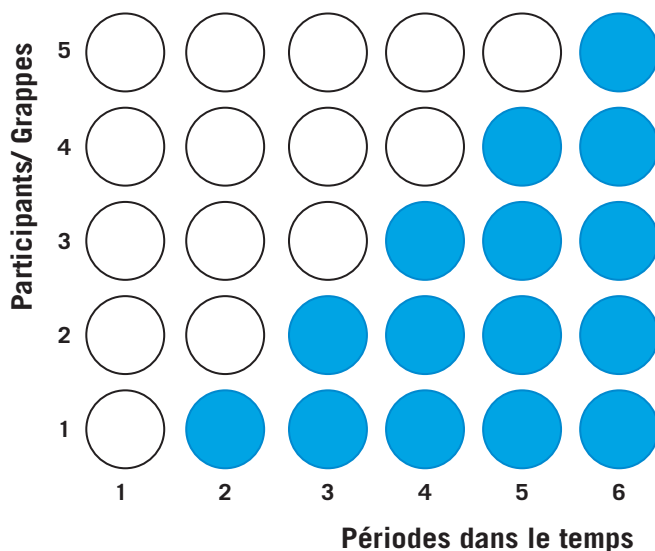
L'efficacité du traitement étant influencée par le degré d'acceptabilité de l'intervention pour les patients, un essai pragmatique mesure non seulement les résultats du traitement mais évalue également les mesures conçues pour en accroître l'efficacité. Par exemple, tandis que les patients des groupes contrôle et intervention reçoivent un traitement identique, le groupe d'intervention reçoit des mesures supplémentaires pour augmenter l'acceptation ou l'observance au traitement (par exemple, consultation, visite à domicile ou rappel par téléphone mobile).

### **Essai randomisé en grappes avec déploiement séquentiel aléatoire (en anglais *stepped-wedge cluster randomized trial*)**

Il s'agit d'une variante de la conception d'essais randomisés en grappes dans laquelle les grappes sélectionnées sont réparties au hasard au moment où elles reçoivent l'intervention. Dans ce type d'étude, tous les groupes sont affectés à la fois dans les volets d'intervention et de contrôle (Figure 2). Les grappes peuvent être des zones géographiques, des cliniques ou d'autres types de structures<sup>4</sup>. L'avantage de ce type d'étude est que chaque grappe peut servir de contrôle pour elle-même. De plus, il résout certains problèmes éthiques comme par exemple la randomisation des patients dans une intervention jugée inférieure ou le retrait des patients d'une intervention jugée supérieure, qui sont considérés comme contraires à l'éthique.



**Figure 2 : Illustration schématique d'une étude avec déploiement séquentiel aléatoire (en anglais *stepped-wedge study*)**

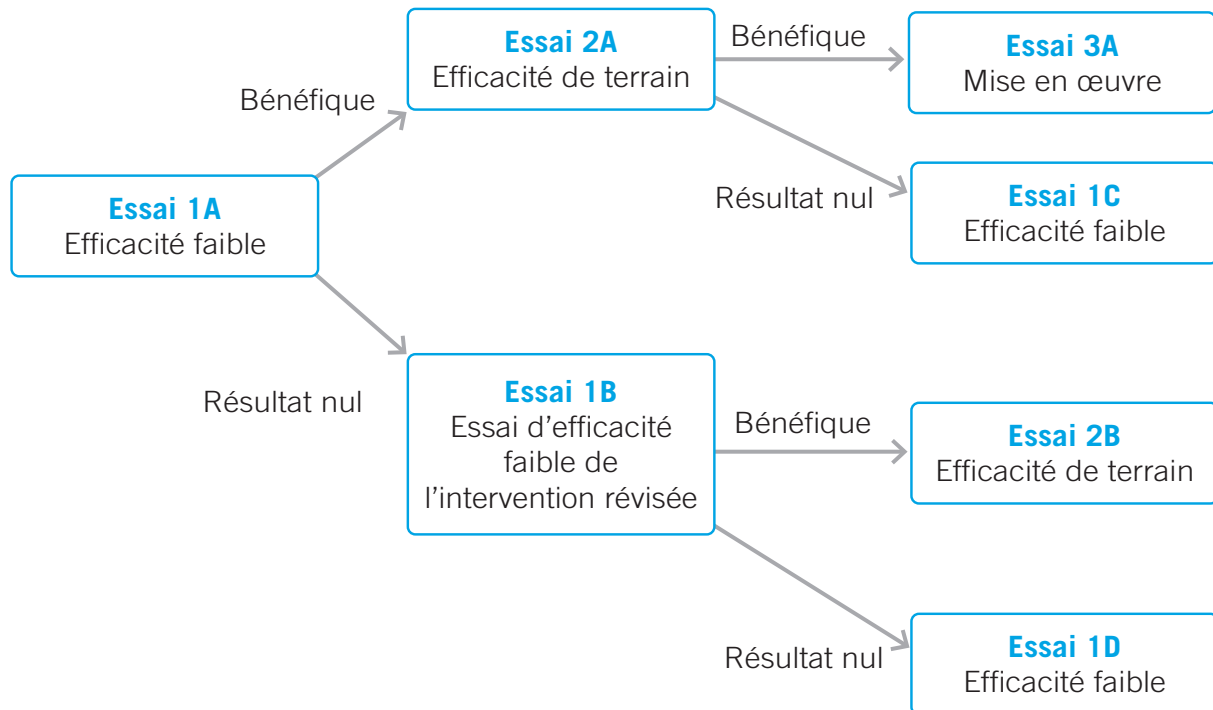


Les cellules colorées représentent des périodes d'intervention  
Les cellules vides représentent des périodes de contrôle  
Chaque cellule représente un point de collecte de données

### Essai à conception adaptative

Cette variante de conception expérimentale anticipe des changements intentionnels dans la conception d'essai. L'essai à conception adaptative est caractérisé par l'idée que les données collectées seront utilisées pour prendre des décisions concernant l'essai pendant qu'il est en cours. L'objectif d'une conception adaptative est de maintenir la validité de l'étude tout en conservant la souplesse nécessaire pour identifier un traitement optimal. Les chercheurs peuvent modifier les procédures d'essai et les procédures statistiques. L'adaptation des procédures statistiques peut inclure la taille de l'échantillon, la randomisation, la conception d'étude, le suivi des données et le plan d'analyse. Les procédures d'essai typiques peuvent inclure les critères d'éligibilité, le plan de recrutement, la dose, la durée du traitement y compris l'arrêt précoce, le suivi, les critères d'arrêt de l'étude et les procédures de laboratoire ou diagnostiques<sup>5,6</sup>. La Figure 3 présente une description de la séquence adaptative des essais. Les changements dans les essais ultérieurs dépendent du résultat de l'essai précédent et / ou de certaines valeurs de paramètres.

D'un point de vue éthique, la conception adaptative est intéressante car les méthodes permettent au chercheur de détecter rapidement des différences dans les résultats et de simultanément mettre en place des changements au cours de l'essai. Cependant, cette flexibilité réduit la mesure de l'effet du traitement pour chaque groupe.

**Figure 3 : Une séquence typique d'une conception d'essai adaptative<sup>5</sup>**

Le choix de la conception de l'étude dépend :

- de l'état des connaissances sur le problème ;
- de la nature du problème et de son environnement ;
- du type des objectifs ;
- des ressources disponibles ;
- de l'ingéniosité et de la créativité de l'équipe de recherche.





**Tableau 1 : Facteurs dictant le choix le plus approprié de la conception d'étude**

État des connaissances appropriées du problème	Type de question de recherche	Conception d'étude
Reconnaissance qu'un problème existe mais peu d'information sur ses caractéristiques ou de ses causes possibles.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelle est la nature / l'ampleur du problème ?</li><li>• Qui est affecté ?</li><li>• Comment se comportent les personnes affectées ?</li><li>• Qu'est-ce qu'elles savent, croient ou pensent du problème et de ses causes ?</li></ul>	Études descriptives <ul style="list-style-type: none"><li>• Enquêtes transversales.</li></ul>
Suspicion que certains facteurs contribuent au problème.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certains facteurs sont-ils effectivement associés au problème ? (par exemple, le manque d'éducation préscolaire liée à une mauvaise performance à l'école secondaire ? Le régime pauvre en fibres est-il lié au carcinome du gros intestin ?)</li></ul>	Étude analytique (comparative) : <ul style="list-style-type: none"><li>• Études comparatives transversales.</li><li>• Études de cohorte.</li></ul>
Ayant établi que certains facteurs sont associés au problème : déterminer dans quelle mesure un facteur particulier cause ou contribue au problème.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quelle est la cause du problème ?</li><li>• L'élimination d'un facteur particulier empêchera-t-elle ou réduira-t-elle le problème ? (par exemple, arrêter de fumer, fournir de l'eau potable)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études de cohorte.</li><li>• Études expérimentales ou quasi-expérimentales.</li></ul>
Connaissances suffisantes sur les causes pour développer et évaluer une intervention qui pourrait empêcher, contrôler ou résoudre le problème.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quel est l'effet de l'intervention ou stratégie particulière ? (par exemple, traiter avec un médicament particulier, recevoir un certain type d'éducation pour la santé).</li><li>• Laquelle des deux stratégies donne-t-elle de meilleurs résultats ? Quelle stratégie est la plus rentable ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études expérimentales / ou quasi-expérimentales.</li></ul>



### Exemple

*Un protocole de méthodes mixtes pour évaluer l'effet et le rapport coût-efficacité d'une approche de diagnostic électronique intégré (« leDA ») pour la prise en charge des maladies infantiles dans les établissements de soins de santé primaires au Burkina Faso<sup>7</sup>.*

*Contexte : Le Burkina Faso a introduit la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) en 2003. Cependant, une évaluation menée en 2013 a montré que seulement 28% des enfants étaient contrôlés pour trois signes d'alerte comme il est recommandé par la PCIME et seulement 15% des enfants sont correctement classifiés. Environ 30% des enfants ont correctement reçu un antibiotique pour suspicion de pneumonie ou des sels de réhydratation orale (SRO) pour la diarrhée, et 40% ont été correctement référés. Les progrès récents dans les technologies de l'information et de la communication (TIC) et l'utilisation de protocoles cliniques électroniques ont le potentiel de transformer la prestation des soins de santé dans les pays à faible revenu. Cependant, aucune preuve n'existe sur l'effet des TIC sur l'adhésion à la PCIME. Une étude de méthodes mixtes visant à mesurer l'effet de l'innovation « leDA » (un protocole électronique de PCIME fourni aux infirmières) est prévue dans deux régions du Burkina Faso.*

*L'étude se concentre sur trois questions clés : (i) Comment l'efficacité et le coût de l'intervention varient-ils selon le type d'agent de santé et le type de centre de santé ? (ii) Quel est l'impact des changements dans le contenu, la couverture et la qualité de l'intervention « leDA » sur l'adhésion et la rentabilité ? (iii) Quels mécanismes de changement (y compris les coûts) peuvent expliquer la relation entre l'intervention leDA et l'adhésion ? Afin de répondre à ces questions, l'étude combine les méthodes mixtes suivantes : essai avec déploiement séquentiel aléatoire, évaluation réaliste et étude économique afin de capturer l'effet de l'innovation après son introduction sur le niveau d'adhésion, le coût et l'acceptabilité.*

Le Tableau 2 présente un résumé des études examinées dans ce module, en fonction du stade de l'intervention étudiée. Ce tableau a été adapté de Bowen et al. (2009)<sup>3</sup> pour refléter les questions de RMO.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Considérant la question de RMO de votre équipe, quelle est la conception d'étude la plus appropriée pour votre travail ?**



**Tableau 2 : Exemple de conception d'étude : Phases de développement de l'intervention par domaine d'intérêt (Adapté de Bowen *et al.* 2009)<sup>3</sup>**

	Phase de développement de l'intervention		
	Est-ce que ça peut fonctionner ?	Est-ce que ça fonctionne ?	Est-ce que ça pourra fonctionner ?
Domaine d'intervention	Existe-t-il des preuves que l'intervention X pourrait fonctionner ?	Y a-t-il des preuves que X puisse être efficace dans des conditions réelles, par rapport à toutes les autres pratiques qui peuvent être utilisées à sa place ?	X sera-t-elle efficace dans des contextes, environnements et cultures réels et avec des populations qui pourraient adopter l'intervention en pratique ?
Acceptabilité	Groupes de discussion avec les participants de la population cible pour comprendre comment cette intervention peut correspondre aux activités de la vie quotidienne.	Un ECR pour comparer la satisfaction du groupe d'intervention à celle du groupe témoin qui ne reçoit pas l'intervention.	Une enquête basée sur la population avant, pendant et après la mise en œuvre d'une politique d'intervention.  Une étude de cohorte comparant l'utilisation réelle des installations au fil du temps avec et sans intervention.
Demande	Enquête pour déterminer si les gens dans la population cible sont prêts à utiliser l'intervention pour guider leur choix comportementaux.	Conception d'étude « avant-après » intervention pour comparer la fréquence d'utilisation et les modes d'utilisation entre différentes populations.	Étude a posteriori seulement avec plusieurs enquêtes au fil du temps pour tester les réactions à l'intervention dans une nouvelle population.
Mise en œuvre	Conception d'étude « avant-après » pour évaluer si l'intervention peut être déployée dans n'importe quel contexte clinique ou communautaire, en utilisant des groupes de discussion comme méthode d'évaluation.	Différents types de conception d'essais (pragmatiques, par déploiement séquentiel aléatoire, adaptatifs) pour tester si l'intervention peut être mise en œuvre dans différents contextes cliniques ou environnements communautaires : Utiliser des enquêtes et des observations pour comparer les pratiques et les résultats avant et après les interventions en utilisant des groupes de discussion et des entretiens approfondies pour mieux expliquer ce qui fonctionne pendant les processus d'intervention.	





Phase de développement de l'intervention			
	Est-ce que ça peut fonctionner ?	Est-ce que ça fonctionne ?	Est-ce que ça pourra fonctionner ?
Aspect pratique /coût	Étude de démonstration à petite échelle pour examiner les coûts, la charge et les avantages prévus en fonction de l'intensité, la fréquence, la durée de l'intervention, en utilisant des entretiens avec des intervenants clés pour recueillir des données.	Analyse coût-efficacité combinée à des entretiens approfondis avec des dirigeants communautaires ou d'autres parties prenantes pour déterminer si l'intervention a été utilisée facilement dans le système de santé.	Analyses des coûts avec des entretiens approfondis avec les prestataires pour identifier les domaines de problèmes potentiels pendant la mise en œuvre.
Adaptation	Discussions de groupe, entretiens avec des intervenants clés pour mener l'adaptation de l'intervention. Étude quasi-expérimentale utilisant des enquêtes « avant-après » pour examiner les effets de l'intervention adaptée dans les communautés.	Expérimentation utilisant une conception adaptative pour examiner si une intervention efficace continue de montrer des preuves d'efficacité une fois modifiée et mise en œuvre dans un contexte pratique.	Expérimentation à petite échelle testant l'intensité, la fréquence et la durée de l'intervention modifiée, ou intervention pour la nouvelle population cible.
Intégration	Étude « avant-après » pour observer dans quelle mesure les personnes dans le cadre cible utilisent les nouvelles activités d'intervention et avec quels coûts et bénéfices par rapport à leurs autres responsabilités.	Étude longitudinale prospective pour identifier la viabilité d'un ensemble d'activités d'intervention récemment testé.	Suivi annuel des systèmes importants pour mesurer les résultats au fil des années.
Expansion	Étude quasi-expérimentale, « avant-après » utilisant des entretiens avec des intervenants clés pour déterminer dans quelle mesure une version élargie d'une intervention est perçue après sa mise en œuvre.	Étude, « avant-après » non contrôlée pour tester une nouvelle version améliorée d'une intervention déjà testée.	Poursuite du suivi pour identifier toute dégradation des effets de l'intervention après la mise en œuvre.



## Sélection des méthodes de recherche pour votre projet de RMO

La RMO peut utiliser des méthodes de recherche quantitatives, qualitatives ou une combinaison des deux. Les techniques quantitatives et qualitatives peuvent être considérées comme offrant un compromis entre l'étendue et la profondeur, et entre la généralisabilité et le ciblage de populations spécifiques. Avant de choisir les méthodes et la conception de recherche qui conviennent le mieux à votre étude RMO, il est important de comprendre certains des principes qui sous-tendent les méthodes de recherche tant qualitatives que quantitatives. Le Tableau 3 résume les caractéristiques des deux méthodes.

**Tableau 3 : Résumé des caractéristiques de la recherche quantitative et qualitative**

Recherche	Quantitative	Qualitative
Objectif	Explication, causalité	Explication, causalité
Perspective par rapport à la réalité	Perspective naturaliste et positiviste, courante en sciences naturelles.	Perspective interprétative, courante en sciences sociales.
Tradition de recherche	Perspective naturaliste et positiviste, courante en sciences naturelles.	Perspective interprétative, courante en sciences sociales.
Échantillon et taille de l'échantillon	Grande taille d'échantillon utilisant principalement une stratégie d'échantillonnage aléatoire.	Petite taille d'échantillon utilisant une stratégie d'échantillonnage raisonné.
L'échantillon est représentatif de	La population étudiée. L'échantillon représente les variations dans la population.	Le phénomène étudié. Échantillon avec une information riche par rapport au phénomène.
Méthodes	Structurées/ Semi-structurées ; enquêtes ou observations.	Entretiens approfondis, discussion de groupe, observations, etc.
Collecte de données	Plus efficace, teste des hypothèses spécifiques.	Processus qui prend du temps ; le plus souvent environnement de terrain.
Administration	Le chercheur utilise des outils pour recueillir les données (nécessite moins de formation).	Le chercheur est l'outil de collecte des données (nécessite une formation).
Types de questions	Fermées, réponses « oui/non ».	Pour sonder, ouvertes.
Types d'analyses	Chiffres et statistiques.	Mots, histoires, et images.
Formes of données	Statistiques, résumé des résultats en utilisant des chiffres.	Interprétatif, établit des thèmes ou motifs.
Interprétation de l'étude	Généralisation des résultats.	Résultats spécifiques au contexte.



La principale différence entre les approches quantitatives et qualitatives vient des traditions de recherche et de la philosophie selon laquelle les chercheurs dans chaque tradition de recherche voient la nature du monde. Les chercheurs dans la tradition des sciences naturelles ont développé des méthodes de recherche quantitative, où l'approche philosophique de création de connaissance passe par le positivisme.

La création de connaissances est caractérisée par l'observation empirique, l'expérimentation de théories et le développement de lois universelles. D'un autre côté, les méthodes de recherche qualitative sont issues d'une tradition de sciences sociales où les phénomènes sociaux (la réalité) sont considérés comme construits par l'interaction entre les individus de la communauté. Une compréhension ou une interprétation partagée de sa nature crée la signification des phénomènes. Ces significations sont construites dans le contexte (par exemple, les croyances culturelles) où les phénomènes existent. Par conséquent, la nature de la réalité est subjective et particulière à l'interprétation qui leur est donnée. Cliquez sur chaque rubrique pour plus de détails.

### **Points forts et limites**

La recherche de mise en œuvre peut utiliser des méthodes quantitatives et qualitatives. Cependant, les chercheurs doivent prendre conscience que chaque approche a ses points forts et ses limites. Le Tableau 4 résume les points forts et les limites des méthodes quantitatives et qualitatives. En général, les points forts d'une méthode peuvent être considérés comme les points faibles de l'autre. Par conséquent, combiner les méthodes quantitatives et qualitatives peut améliorer la valeur d'un projet de RMO.



**Tableau 4 : Points forts et limites des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives**

	Points forts	Limites
Méthodes quantitatives	Fournissent une large couverture d'une variété de situations.	Peuvent être inflexibles et artificielles (par exemple, ECR).
	Peuvent être rapides et économiques.	Peu adaptées pour comprendre les processus ou la signification que les gens attachent aux actions.
	Les statistiques provenant de grands échantillons peuvent donner une pertinence considérable pour les décisions politiques.	Ne sont pas très utiles pour générer des théories.
Méthodes qualitatives	Les méthodes de collecte de données sont plus naturelles qu'artificielles.	La collecte de données peut être fastidieuse et peut nécessiter plus de ressources.
	Possibilité de regarder les processus de changement au fil du temps.	L'analyse et l'interprétation des données peuvent être plus difficiles.
	Capacité à comprendre ce que les gens veulent dire.	Plus difficile de contrôler le rythme, les progrès et les résultats du processus de recherche.
	Capacité à s'adapter à de nouveaux problèmes et idées à mesure qu'ils apparaissent.	Il se peut que les décideurs donnent peu de crédibilité à l'approche qualitative.
	Capture un large éventail de thèmes pertinents grâce à l'échantillonnage raisonné.	Manque de validité externe / généralisabilité.

(Adapté de Amaratunga D et al 2002)<sup>8</sup>

### Évaluer la qualité des études quantitatives et qualitatives

Les études quantitatives et qualitatives ont des critères fondamentalement différents pour évaluer la rigueur de l'étude en raison du paradigme utilisé et de la nature des méthodes. Les critères sont analogues mais non interchangeables. Chaque approche a ses propres normes appropriées et tout aussi rigoureuses. Quatre critères analogues sont comparables pour évaluer la qualité des études quantitatives et qualitatives, à savoir la valeur de vérité, l'applicabilité, la cohérence et la neutralité<sup>9</sup>.



**Tableau 5 : Critères comparables dans les méthodes quantitatives / qualitatives et questions traitées**

Critère	Quantitative	Qualitative	Question
Valeur de vérité	Validité	Crédibilité	Est-ce qu'on mesure ce qu'on est censé mesurer ?
Applicabilité	Généralisabilité	Transférabilité	La recherche peut-elle être répétée avec différents sujets ou contextes ?
Cohérence	Fiabilité (en Anglais reliability)	Fiabilité Constance (en Anglais dependability)	La recherche peut-elle être répétée avec le même résultat ?
Neutralité	Objectivité	Conformabilité	Jusqu'à quel point l'intérêt personnel du chercheur influence-t-il le résultat ?

(Adapté de Krefting L, 1991)<sup>9</sup>

### Valeur de vérité

La qualité de l'étude dépend de l'efficacité avec laquelle le chercheur est capable de mesurer le concept étudié. Avec une méthode quantitative, cela signifie dans quelle mesure ce qui est mesuré correspond au concept qu'on a l'intention de mesurer. La validité suppose des mesures opérationnelles correctes pour les concepts étudiés. La validité de l'étude peut être améliorée en s'assurant qu'il n'y a pas de biais de sélection ou de mesure (et ce, en utilisant des outils et des procédures normalisés).

La crédibilité est le critère de validité correspondant dans la recherche qualitative. Il se concentre sur le fait que l'enquêteur doit réussir à voir la vérité à travers les yeux des intervenants et à comprendre le contexte dans lequel la recherche est menée. La crédibilité peut être accomplie par la triangulation des intervenants, des méthodes de collecte de données ou des méthodes d'analyse ; par un engagement prolongé avec les gens ; par une observation continue sur le terrain ; par l'utilisation de chercheurs pairs ; par la réflexivité des chercheurs ; et par le contrôle, validation et co-analyse de la part des participants.

La force de la recherche qualitative réside dans la validité (fidélité à la vérité). Une bonne recherche qualitative, utilisant une sélection de méthodes de collecte de données, doit toucher le cœur de ce qui se passe plutôt que de se contenter d'une analyse superficielle<sup>10</sup>.



## Applicabilité

L'applicabilité se réfère à la façon dont on peut appliquer les résultats de la recherche à une population plus large, au-delà de celle à l'étude. Dans une étude quantitative, ceci est connu comme la validité externe ou la généralisabilité des résultats. La généralisabilité est un objectif des études quantitatives. Elle est réalisée en sélectionnant des échantillons aléatoires suffisamment importants pour minimiser la probabilité d'erreur et pour représenter statistiquement la population à partir de laquelle les échantillons sont prélevés.

La transférabilité est l'analogie qualitatif du concept de généralisabilité. La transférabilité est la mesure dans laquelle les résultats d'une étude peuvent être appliqués à d'autres contextes et environnements ou à d'autres groupes. Cela signifie également le niveau auquel un public cible pourra généraliser les résultats de l'étude dans son propre contexte. La responsabilité de l'évaluer la transférabilité de l'étude revient à ceux qui ont besoin de transférer les résultats dans des situations différentes, plutôt qu'aux chercheurs de l'étude originale. La transférabilité peut être obtenue lorsque l'auteur de l'étude fournit des informations adéquates sur les antécédents des chercheurs, leurs connaissances antérieures et leurs biais éventuels, ainsi que sur le contexte de la recherche, les processus, les membres et les liens chercheur-participant afin que le lecteur puisse déterminer dans quelle mesure l'étude peut être transférable dans son propre contexte.

## Cohérence

La cohérence renvoie à la question de savoir si les conclusions de l'étude seraient similaires si elles étaient reproduites avec le même sujet ou dans un contexte similaire à un moment différent. Dans une étude quantitative, la cohérence renvoie à la fiabilité de la mesure. Lorsqu'on mesure des variables pour l'étude, toutes les mesures comportent un certain degré d'erreur. Lorsque le niveau d'erreur est faible, la fiabilité de la mesure est élevée.

La cohérence est définie comme constance (en anglais *dependability*) dans la recherche qualitative. La constance fait référence à la façon dont les chercheurs s'assurent que l'étude soit menée de manière cohérente dans le temps, par rapport aux chercheurs et aux techniques d'analyse et que les procédures de l'étude soient explicites et reproductibles. Ceci peut être réalisé par une piste d'audit, qui consiste à garder une chronologie détaillée et une description des activités de recherche, y compris : une explication des choix et justification des différentes conceptions de recherche, collecte et analyse des données, thèmes émergents, et mémo analytique.

En résumé, la « fiabilité » dans une étude quantitative est la répétabilité et l'indépendance des résultats par rapport aux chercheurs spécifiques générant ces résultats. Alors que dans la recherche qualitative, la fiabilité implique que, compte tenu des données collectées, les résultats soient constants et cohérents.



## Neutralité

La neutralité implique que le chercheur conserve son objectivité, en minimisant tout biais possible dû à ses convictions ou à ses intérêts. Dans une étude quantitative, l'objectivité peut être obtenue en évitant le biais de sélection (par randomisation) et le biais de mesure (avec des outils normalisés, des procédures normalisées et en masquant le statut des participants pendant la mesure). Dans une étude qualitative, cependant, ces mêmes stratégies seraient contre-productives. Pour être en mesure de saisir la réalité le plus précisément possible selon les perspectives et les expériences des participants, le chercheur doit être inséparable des participants à l'étude. De plus, le chercheur peut agir comme un outil lors de la collecte de données. Par conséquent, le chercheur ne peut pas être complètement objectif. L'objectivité (ou conformabilité) est donc un moyen de savoir que les chercheurs ont fait la distinction entre leurs convictions personnelles propres et celles des participants à l'étude. Les lecteurs doivent être capables de voir que l'intégrité des résultats de l'étude est basée sur les données, et non sur les convictions ou les préjugés des chercheurs. La conformité peut être obtenue grâce à l'utilisation d'un journal de bord réflexif.

## Méthodes mixtes : combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives

Après avoir compris les points forts et les points faibles des approches quantitatives et qualitatives à la recherche, il est possible que votre équipe de RMO envisage d'utiliser une combinaison de ces deux approches. En fait, de nombreux projets de RMO utilisent des méthodes mixtes pour fournir une vision du problème meilleure que ne pourrait le faire séparément une approche de recherche quantitative ou qualitative. Avant de prendre cette décision, il est important d'examiner pourquoi on peut vouloir combiner les deux types d'approches de recherche. Le Tableau 6 (Adapté de Bryman 2006<sup>11</sup> et Greene *et al.* 1989<sup>12</sup>) peut aider à guider le processus de prise de décision.



**Tableau 6 : Guide du processus décisionnel sur l'utilisation de méthodes de recherche mixtes**

Question	Explication concernant la conception de recherche	Terminologie
Veut-on confirmer que les conclusions sont vraies ?	On veut voir la convergence des résultats provenant de différentes méthodes afin de confirmer que ce qu'on a trouvé avec une méthode est valide avec l'utilisation d'une autre méthode.	Utiliser deux approches différentes pour poser des questions similaires de recherche s'appelle la <b>triangulation</b> .
Veut-on élaborer sur les résultats d'une approche avec une autre approche ?	Il est important d'élaborer, d'améliorer, d'illustrer ou de clarifier les résultats d'une méthode avec les résultats d'une autre.	L'utilisation d'une méthode de recherche pour en guider séquentiellement une autre est appelée <b>complémentarité</b> .
Veut-on utiliser les résultats d'une méthode de recherche pour guider le développement de la collecte de données supplémentaires ?	Lorsque les résultats d'une méthode aident à développer la méthode de collecte des données suivantes, en guidant la sélection de l'échantillon et des mesures (par exemple, questions de recherche à poser, échelles à utiliser).	L'utilisation d'une méthode de recherche pour en guider séquentiellement une autre est appelée <b>développement</b> .
Si on a découvert (ou on espère découvrir) quelque chose de nouveau ou de contradictoire avec une méthode donnée, veut-on essayer de mieux le comprendre ?	Quand une méthode de collecte de données révèle des résultats inattendus ou contradictoires par rapport à ce qui est reconnu comme vrai, reposer les mêmes questions en utilisant une approche méthodologique différente peut apporter plus de clarté.	L'utilisation d'une méthode de recherche pour explorer plus en détail des résultats contradictoires obtenus avec une autre méthode de recherche est appelée <b>initiation</b> .
Veut-on maximiser sa compréhension ?	Étendre l'étendue de l'enquête en utilisant différentes méthodes pour différents composants de l'enquête.	Cette combinaison d'approches, appelée <b>expansion</b> , permet d'étendre les méthodes de collecte de données plus largement.

Après avoir examiné comment une approche de méthodes mixtes peut contribuer à votre recherche, vous devez également justifier la séquence et le poids donné aux deux approches. Les quatre types de conceptions d'étude les plus courantes avec les méthodes mixtes sont les suivantes : conception séquentielle explicative, séquentielle exploratoire, concomitante convergente, et concomitante nichée (Tableau 7).

Voir réf 26 pour la terminologie en français et la traduction des termes anglais.




**Tableau 7 : Approches principales de recherche sur les méthodes mixtes**

Séquence	Description
Conception d'étude séquentielle explicative	La collecte et l'analyse des données quantitatives dans la première phase sont suivies par la collecte et l'analyse de données qualitatives qui s'appuient sur les résultats de la première phase. Le poids est généralement donné aux données quantitatives. La combinaison des données se produit lorsque les résultats quantitatifs initiaux sont utilisés pour guider la collecte de données qualitatives ultérieures. Cela peut être particulièrement utile lorsque des résultats inattendus découlent d'une étude quantitative. La nature directe de la conception d'étude fait sa force et cela est donc facile à mettre en œuvre. La principale faiblesse de cette conception d'étude est le temps requis pour sa mise en œuvre qui se divise en deux phases.
Conception d'étude séquentielle exploratoire	La collecte et l'analyse des données qualitatives dans la première phase sont suivies par la collecte et l'analyse de données quantitatives qui s'appuient sur les résultats de la première phase. Le poids est généralement donné aux données qualitatives. Cette conception d'étude tend à être utilisée lorsque le but principal est d'explorer un phénomène (par exemple, tester des éléments d'une théorie émergente ou déterminer la distribution d'un phénomène dans une population donnée). Il est facile à mettre en œuvre mais nécessite beaucoup de temps pour la collecte des données.
Conception d'étude concomitante convergente	<p>Les données quantitatives et qualitatives sont recueillies simultanément, puis les deux ensembles de données sont comparés pour voir s'il y a une convergence, des différences ou une combinaison des deux.</p> <p>Idéalement, le poids donné aux résultats quantitatifs et qualitatifs est égal mais en réalité, plus de poids peut être donné à une méthodologie plutôt qu'à une autre. Cette approche est l'une des conceptions de méthodes mixtes les plus courantes. Il peut cependant être difficile de comparer les résultats, en particulier si des divergences apparaissent. Il faut aussi beaucoup d'efforts et d'expertise de la part du chercheur pour étudier adéquatement un phénomène en utilisant deux méthodes différentes.</p>
Conception d'étude concomitante nichée	Les données quantitatives et qualitatives nichées sont collectées simultanément mais il existe une méthode primaire qui guide l'approche. Des données quantitatives ou qualitatives seront utilisées pour jouer un rôle de soutien ou de complément basé sur le type des données principales. Le chercheur est capable de collecter deux types de données au cours d'une même phase de recherche. Souvent une conception nichée est utilisée pour répondre à différentes questions de recherche dans une étude.



Lors de la conception de la recherche sur les méthodes mixtes, l'équipe de RMO devra prendre en compte les éléments suivants lors de la planification de la collecte et de l'analyse des données :

- Séquentialité (*timing*) : Les méthodes quantitatives et qualitatives seront-elles utilisées simultanément (conception d'étude concomitante) ou en deux phases distinctes (conception d'étude séquentielle) ?
- Pondération (*weighing*) : Quelle importance accordera-t-on aux méthodes quantitatives ou qualitatives ? Seront-elles pondérées de façon égale ?
- Combinaison (*mixing*) : l'analyse des données doit être adaptée à la conception de l'étude. Par exemple, dans une conception d'étude concomitante, une façon de combiner les données est de fournir une discussion sur les thèmes émergents venant des données et sur la façon dont ils soutiennent ou réfutent l'analyse statistique. Une autre approche peut consister à combiner les données quantitatives et qualitatives pour arriver à de nouvelles variables ou de nouveaux thèmes (Creswell 2009). Dans une conception d'étude séquentielle, par exemple, un chercheur peut collecter et analyser des données quantitatives dans la première phase de l'étude et sélectionner ensuite certains cas extrêmes qu'il va suivre dans la phase qualitative.
- Diagrammes visuels : Un outil de méthodes mixtes important qui incorpore un système de notation et un organigramme du processus de recherche.

DÉVELOPPER  
UNE  
PROPOSITION  
DE RMO

VOIR

Si votre équipe de recherche décide d'utiliser des méthodes mixtes dans son étude, vous devez décrire pourquoi vous avez choisi cette approche, comme indiqué dans le module « développer une propositions de RMO ».



## Cas d'étude 2

**Utilisation de méthodes mixtes pour expliquer la persistance du paludisme dans des régions reculées du Centre du Viet Nam**

**Contexte** : Le paludisme demeure une menace mondiale majeure malgré la disponibilité de méthodes efficaces. Pour le contrôler efficacement il faut une action concertée de la part des *systèmes de santé* et de la *communauté* et aussi une compréhension des caractéristiques qui en augmentent le risque. Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Viet Nam, mis en place en 1991, a permis de lutter contre le paludisme en fournissant gratuitement des médicaments antipaludiques, des moustiquaires imprégnées, des pulvérisations d'insecticide à domicile deux fois par an, et un diagnostic et un traitement précoces. Dans l'ensemble, le nombre de cas cliniques a diminué de 1, 2 million et 4646 décès enregistrés en 1991 à 185 529 cas cliniques et 50 décès en 2002. Cependant, plus de 90% des cas graves et des décès sont survenus dans les régions montagneuses, boisées et en grande partie peuplées de minorités ethniques du Centre du Viet Nam, où les populations sont appauvries, mal éduquées, culturellement et linguistiquement distinctes et vivent dans des localités dispersées et peu accessibles. Les chercheurs ont donc jugé à la fois instructif et opportun d'étudier le paludisme persistant dans de tels contextes.

**Méthodes** : Des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) ont été utilisées pour collecter des données, afin d'explorer les interrelations complexes entre les différents acteurs et les éléments du système. Les données ont été recueillies en deux étapes. La phase de recherche formative a principalement utilisé des outils qualitatifs (réunions communautaires, observation de l'utilisation des moustiquaires, et discussions de groupe / entretiens semi-structurés) avec les responsables, les prestataires de santé et la communauté pour définir et élargir les domaines thématiques d'enquête. Les résultats ont guidé les approches quantitatives (par exemple, un questionnaire pour les prestataires, des enquêtes structurées avec les membres de la communauté et les agents de santé villageois, et un contrôle de qualité des installations de microscopie et des dossiers de santé au niveau du district et de la commune). Le tableau décrit les méthodes utilisées.

**Conclusion** : L'utilisation des méthodes mixtes a informé les chercheurs et le PNLP sur les facteurs contextuels qui ont fait barrière à un contrôle efficace du paludisme dans la région touchée.

**Enseignements** : La complexité des facteurs contextuels couplée à la pauvreté, au faible niveau d'éducation, à la mobilité transfrontalière et à la diversité culturelle, a rendu appropriée l'utilisation de méthodes mixtes.



**Cas d'étude 2**

**Utilisation de méthodes mixtes pour expliquer la persistance du paludisme dans des régions reculées du Centre du Viet Nam**

**Tableau. Résumé des méthodes mixtes utilisées pendant le projet**

ETAPE FORMATIVE			
Méthode	Objectifs	Participants	
Réunions communautaires	Explorer convictions, attitudes, prise de conscience, sollicitation de soins, prestation de soins, et circonstances relatives à l'exposition et au contrôle du paludisme.	Responsables du contrôle du paludisme, gouvernement local, organisations de masse, hôpitaux	
Discussion de groupe		Gestionnaires de lutte antipaludique des provinces et districts, et personnel de santé communal, agents de santé villageois et membres de la communauté	
Entretiens semi-structurés		Responsables du contrôle du paludisme des provinces, secrétaires chargés du contrôle du paludisme au niveau du district, personnel hospitalier de district, personnel de santé communal, agents de santé villageois, membres de la communauté	
Discussions informelles en groupe		Directeurs d'hôpitaux de district	
Observation		• Identifier les antipaludiques disponibles sur le marché	Points de vente de médicaments
Observation		• Décrire l'environnement et le contexte du village	Villages/communauté
ETAPE D'ÉVALUATION			
Tests/quiz	Obtenir une impression de la connaissance des gestionnaires de santé et de l'adhérence aux directives	Personnel hospitalier du district	
Observations, listes de contrôle	Évaluer la visibilité et la mise à jour des directives de traitement du paludisme	Points de service de santé	
	Qualité de la microscopie Qualité des moustiquaires lors des visites à domicile de l'enquête CAP	Ménages	
Examen des dossiers et registres de traitement		Registres des patients atteints de paludisme	
Questionnaire structuré	Déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la communauté (CAP)	Agents de santé villageois, Membres de la communauté	

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(1) :1.



**ACTIVITÉ DE RÉFLEXION**

**En relation avec la question de RMO de votre équipe et la conception d'étude que vous avez choisi, examinez, discutez et mettez-vous d'accord sur la méthodologie de recherche (ou la combinaison des deux méthodes) que vous utiliserez dans votre recherche.**



## Outils et techniques de recherche

### Introduction

Cette section décrit les outils et les techniques utilisés dans les méthodes quantitatives et qualitatives.

Les projets de RMO utilisent de larges variétés et combinaisons de techniques et d'outils de collecte de données.



### Outils de recherche quantitative

Les méthodes quantitatives impliquent la collecte et l'analyse de données objectives, souvent sous forme numérique. La conception de recherche est déterminée avant le début de la collecte des données et n'est pas flexible. Le processus de recherche, les interventions et les outils de collecte de données (par exemple, les questionnaires) sont standardisés pour minimiser ou contrôler les biais possibles. Le Tableau 8 donne un aperçu des stratégies de collecte des données quantitatives.

**Tableau 8 : Outils de collecte des données quantitatives**

Type d'outils	Résumé
Liste de contrôle d'observations	<p>Le chercheur observe directement (regarde et écoute) certains phénomènes, puis enregistre systématiquement les observations qui en résultent.</p> <p>Outil : La liste de contrôle d'observation est un outil utilisé pour l'observation structurée. La liste de contrôle comprend des catégories spécifiques prédéterminées de comportements, arrangements, processus ou procédures qui seront observés.</p>
Questionnaires	<p>Ce sont des outils d'enquête qui comprennent une série de questions, conçues pour mesurer un élément ou un ensemble d'éléments donné.</p> <p>Outil : Les questionnaires peuvent être utilisés pour des entretiens structurés, la collecte de données auto-administrée sur papier ou en ligne, et des entretiens téléphoniques. Dans un questionnaire, les participants sont tenus de répondre aux questions par écrit ou, plus souvent, en marquant une feuille de réponses. Dans ce dernier type de questionnaire, les options de réponse sont souvent des listes fermées de réponses.</p>
Outils basés sur la performance	<p>Les outils basés sur la performance sont d'autres formes d'évaluation utilisées pour démontrer une compétence ou une aptitude en demandant au participant de créer, produire ou faire quelque chose (par exemple, écrire un document, créer un portfolio, faire une performance athlétique). Bien que répandue ces dernières années, l'utilisation de ces approches peut être lourde et présenter des difficultés techniques. Elles prennent souvent beaucoup de temps et peuvent nécessiter des équipements ou d'autres ressources qui ne sont pas toujours facilement disponibles.</p>



Type d'outils	Résumé (suite)
Journal de bord	Un journal de bord est un registre d'expériences auto-rempli par le participant au cours de la période d'étude (par exemple, consommation d'alcool, épisode de maladie ou voyage).
Capture électronique de données	La capture électronique de données est une méthode de collecte où les données sont saisies directement dans un ordinateur ou un autre dispositif électronique (c'est-à-dire plutôt que sur des formulaires papier). L'outil peut être supporté par un format sur le Web (Internet), un appareil électronique portable / smartphone ou un ordinateur.

### Techniques et outils de recherche qualitative

La recherche qualitative est généralement utilisée pour explorer les valeurs, les attitudes, les opinions, les sentiments et les comportements des individus et comprendre comment ceci affecte les individus en question. Les chercheurs utilisant des méthodes qualitatives se préoccupent de la perception que les individus ont sur des sujets, problèmes ou situations spécifiques et de la signification qu'ils attribuent à leur vie. Ce type de recherche est important pour générer des théories, développer des politiques, améliorer les pratiques éducatives, justifier des changements pour une pratique particulière et éclairer les questions sociales. Cela peut également être utilisé pour aider à expliquer les résultats d'une étude quantitative préalable ou pour préparer le développement d'une étude quantitative.

Si votre équipe de recherche décide d'utiliser des méthodes qualitatives dans votre étude, vous devez décrire comment les méthodes qualitatives vont fournir des informations pour vous aider à répondre à vos objectifs de recherche et à vos questions de recherche. Par exemple, une recherche qualitative peut être appropriée parce que vous avez l'intention d'explorer les valeurs et les comportements des individus dans la zone d'étude par rapport à une intervention de santé publique, et de comprendre comment ils affectent les phénomènes en question. Par exemple, pourquoi certains ménages ont-ils des moustiquaires mais ne les utilisent-ils pas ? Ou, pourquoi les individus d'une zone d'étude refusent-ils d'utiliser les services d'une clinique prénatale spécialisée ? Les méthodes qualitatives peuvent fournir un contexte, un éclairage en profondeur des besoins des parties prenantes et des perspectives des participants.

Lors de la collecte de données qualitatives, il est préférable d'utiliser plusieurs méthodes de collecte. L'obtention d'informations de diverses manières sur les mêmes phénomènes permet au chercheur de trianguler les données, ajoutant ainsi de la rigueur à la recherche. De par sa nature, la collecte de données qualitatives est émergente et la conception de recherche est intentionnellement flexible pour permettre au chercheur d'étudier les thèmes (résultats) plus en détail à mesure qu'ils émergent.

Les méthodes qualitatives utilisent des méthodologies de collecte de données telles que des entretiens, observations, discussions et examen de documents



(par exemple, des journaux de bord, des documents historiques). Les résultats de la recherche qualitative sont descriptifs ou explicatifs plutôt que prédictifs et prennent généralement beaucoup de temps à recueillir et à analyser. Le tableau suivant peut être utile pour décider quels outils et techniques qualitatifs sont les plus appropriés pour un projet de RMO (Tableau 9).

**Tableau 9 : Outils de collecte de données qualitatives**

Résumé et exemples	
Observation participante	<p>Le chercheur participe et observe le cadre naturel sur une longue période de temps : observation systématique du comportement réel, verbal et non verbal, où des observateurs formés utilisent un formulaire d'enregistrement structuré. Les données sont collectées en observant, en interviewant, en prenant des notes ou en tenant un journal de bord. Le chercheur développe une relation avec les participants, ce qui peut affecter les données collectées.</p> <p>Outil : Liste de contrôle d'observation des participants.</p> <p>Exemple : l'observation directe semi-structurée sera réalisée dans les installations sélectionnées pour évaluer et comparer le comportement du personnel de santé envers les patients qui sont (ou non) membres des régimes révisés, dans au moins deux établissements dans chaque district d'étude, tels qu'un centre de santé de canton ou commune et un hôpital général de région ou district. Dans ce cadre, l'observateur peut participer à l'interaction entre le personnel de santé et les patients, et peut agir en tant que membre de l'équipe des prestataires de santé ou en tant que client des prestataires de santé.</p>
Observation non-participante	<p>Le chercheur ne participe à aucune activité dans le cadre naturel. Les données sont collectées en observant, en prenant des notes ou en tenant un journal de bord. Le chercheur ne développe pas de relation avec les participants et ne peut donc pas explorer d'autres questions en relation avec les observations faites, à moins que cette approche ne soit complétée par un suivi.</p> <p>Outil : Liste de contrôle d'observation des participants.</p> <p>Exemple : Le même cadre d'étude que l'exemple ci-dessus, mais cette fois l'observateur ne participe pas à l'interaction entre le personnel de santé et les patients. Il ou elle observera indépendamment les rencontres.</p>
Observation sur le terrain lors d'une « marche en transect »	<p>Description détaillée des événements, des actions, des comportements, des personnes et des objets dans un cadre naturel. Les observations de terrain sont écrites sous la forme de notes de terrain.</p> <p>Outil : Liste de contrôle de marche en transect.</p> <p>Exemple : Pour comprendre les activités quotidiennes, les pratiques et l'interaction dans un village, un chercheur parcourt le village de manière transversale et observe les activités des villageois, les structures des maisons et des bâtiments, les interactions entre les villageois.</p>



Résumé et exemples	
Entretiens en profondeur	<p>Une conversation ciblée dirigée vers le participant par le chercheur. Typiquement le chercheur développera un guide d'entretien à l'avance. Le chercheur encourage le participant à avoir une discussion approfondie, en demandant plus de détails dans la mesure du possible sans amener le participant à des réponses spécifiques. Les entretiens sont souvent enregistrés et transcrits. La durée moyenne d'un entretien est d'une heure (ou moins).</p> <p>Outil : Guide d'entretien approfondi</p> <p>Exemple : Entretiens individuels approfondis avec : des personnes souffrant de « maladies catastrophiques », y compris les membres et les non-membres des régimes révisés, et ceux qui ont utilisé et ou pas les services ; des décideurs de politiques de santé aux niveaux national et local ; et des gestionnaires de programmes d'assurance maladie rurale.</p>
Examen de documents et d'artefacts	<p>Documents écrits ou imprimés d'événements passés (par exemple, lettres, notes anecdotiques, journaux de bord). Objets matériels et symboles d'un événement actuel ou passé, groupes, organisations ou personne pouvant révéler les processus, le sens et les valeurs sociales (par exemple, diplômes, récompenses, articles, logos, etc.).</p> <p>Outil : Liste de contrôle ou autres critères pour examiner les documents.</p> <p>Exemple : Analyse d'affiches imprimées, publicités, etc. pour comprendre les valeurs, les messages et le sens pour des publics ciblés.</p>
Vidéos/films/ photographies	<p>Médias qui enregistrent la vie quotidienne d'un individu, d'un groupe ou un événement étudié. Peut être enregistré et consulté à plusieurs reprises pour saisir les comportements.</p> <p>Outil : Liste de contrôle et / ou critères pour examiner ce média</p> <p>Exemple : Passer en revue les photographies prises par les membres de la communauté montrant les zones où il y a des besoins en santé publique dans leur communauté.</p>
Discussion de groupe	<p>Une discussion de 1 à 2 heures, guidée par un modérateur expérimenté, dans laquelle 6 à 10 répondants similaires (par exemple, par âge, sexe, statut social) se concentrent sur une liste de sujets définis. La discussion, conçue pour révéler les convictions, opinions et motivations doit avoir lieu dans un cadre informel. La collecte de données peut être améliorée par l'interaction entre les participants.</p> <p>Outil : guide de sujets pour la discussion de groupe</p> <p>Exemple : discussions de groupe qui utilisent des techniques participatives avec : les membres et les non-membres des régimes révisés (y compris différents groupes par âge, sexe et statut socio-économiques) ; et les prestataires de services de santé au niveau des régions / districts et au-dessous, y compris les omnipraticiens / prestataires de soins primaires, prestataires de services préventifs, et prestataires de soins ambulatoires et hospitaliers.</p>





Contrairement à la collecte de données quantitatives, la collecte de données qualitatives peut être plus flexible, ce qui permet à la recherche d'intégrer des thèmes émergents dans la collecte de données en cours. Cela permet au chercheur de tester et de valider les résultats au fur et à mesure qu'il collecte les données. Par exemple, peut-être lors d'un entretien approfondi, le chercheur apprend que les gens ne viennent pas pour l'administration massive de médicaments pour la filariose lymphatique parce qu'ils utilisent des médicaments traditionnels et qu'ils ont donc l'impression d'être déjà sous traitement. Le chercheur peut ensuite ajouter une question associée aux entretiens approfondis suivants pour voir la prévalence de ce phénomène dans la population étudiée.

Le Tableau 10 décrit les situations dans lesquelles diverses techniques de collecte de données qualitatives peuvent être utilisées.

**Tableau 10 : Quand utiliser diverses techniques de collecte de données qualitatives**

Technique de collecte de données	Situation
Observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque l'unité d'analyse est individuelle ou en groupe.</li> <li>• Quand une vérification est nécessaire.</li> <li>• À tout moment et dans toute situation où les chercheurs veulent comprendre en première main des phénomènes à l'étude.</li> </ul>
Entretiens approfondis /Entretiens avec des intervenants clés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au début de la recherche, en tant que base pour des discussions de groupe.</li> <li>• Lorsque des connaissances préliminaires sur un problème particulier sont nécessaires.</li> <li>• Lorsque les intérêts de la recherche sont en train d'être définis.</li> <li>• Lorsque les individus ou les milieux sociaux sont difficiles d'accès.</li> <li>• Pour comprendre les expériences subjectives.</li> <li>• Lorsque le sujet peut être sensible et que les personnes ne sont pas prêtes à parler en discussions de groupe.</li> </ul>
Discussions de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quand un seul sujet est exploré en profondeur.</li> <li>• On en sait assez sur le sujet pour élaborer un guide thématique pour la discussion.</li> <li>• Le sujet n'est pas sensible, ce qui fait que les gens vont pouvoir en discuter en groupe.</li> <li>• Des résultats rapides sont nécessaires, mais le financement du projet de recherche est limité.</li> <li>• Un nombre acceptable de personnes peut être réuni pour participer à un groupe de discussion.</li> </ul>



### Étude de cas 3 Outils de collecte de données : Cas du projet NIGRAAN

**Contexte** : Les outils de collecte de données permettent une collecte systématique de données sur les participants dans chaque étude donnée. L'outil exact utilisé dépend de l'objectif de l'étude. En raison de la nature potentiellement complexe de la recherche de mise en œuvre (RMO), des méthodes mixtes – et par conséquent différents outils de collecte de données – sont souvent utilisées par le projet NIGRAAN dans les zones rurales du Pakistan. Le projet a été mené par le département des sciences de la santé communautaire de l'Université Aga Khan (AKU) (Karachi) en collaboration avec le Département provincial de la santé du Sindh. « Nigraan » est un mot ourdou qui signifie « superviseur ». Le projet RMO de deux ans visait à identifier les moyens de renforcer la supervision structurée et de soutien des femmes agents de santé (LHW = *lady health workers*) par les femmes superviseurs de santé (LHS = *lady health supervisors*) et d'améliorer la prise en charge communautaire de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Badin, à Sindh. L'étude a été menée en trois phases séquentielles. Les participants à l'étude comprenaient des femmes agents de santé, des femmes superviseurs, des soignants communautaires responsables d'enfants de moins de cinq ans et des décideurs. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide de questionnaires structurés, d'un questionnaire d'évaluation des connaissances et d'un questionnaire d'évaluation des compétences (Tableau 1), tandis que des données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'entretiens approfondis, de discussions de groupe et d'entretiens narratifs.

**Tableau 1. Outils de collecte de données quantitatives**

Outil	Participants à l'étude	Objectif de l'outil
Questionnaire d'enquête auprès des ménages	Aidants principaux	Consigner les informations sociodémographiques et les pratiques des aidants principaux (membres de la famille, etc.) concernant la diarrhée et la pneumonie de la population étudiée, ainsi que documenter la morbidité due à la diarrhée et à la pneumonie.
Questionnaire d'évaluation des connaissances	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Évaluer la compréhension théorique et les connaissances des femmes agents de santé et femmes superviseurs en matière de prise en charge communautaire de la diarrhée et de la pneumonie.
Fiches d'évaluation des compétences « A »	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Évaluer les compétences pratiques / cliniques des femmes agents de santé et femmes superviseurs en matière de gestion communautaire des cas de diarrhée et de pneumonie.
Fiches d'évaluation des compétences « B »	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Évaluer les compétences de supervision et de mentorat clinique des femmes superviseurs en termes de rétro-information et de supervision formative auprès des femmes agents de santé.

**Tableau 2. Outils de collecte de données qualitatives**

Outil	Participants à l'étude	Objectif de l'outil
Entretiens narratifs	Soignants communautaires	Explorer les pratiques de soins et la prise de décision concernant la diarrhée infantile et la pneumonie.
Discussions de groupes et entretiens approfondis	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Perspectives, connaissances et compétences des Femmes agents de santé concernant la prise en charge communautaire des cas de diarrhée infantile et de
Entretiens approfondis	Décideurs	Définir leurs opinions sur les causes des écarts structurels observés.

**Eneignements** : La collecte de données doit être conçue spécifiquement, en accord avec la population et l'objectif de l'étude (Tableau 2).



## Pré-test

Tous les outils d'étude (quantitatifs et qualitatifs) doivent être pré-testés pour vérifier la validité et la fiabilité des outils de collecte de données. Le pré-test permet à l'équipe de recherche de vérifier si les instructions et les questions de recherche sont claires, spécifiques au contexte, et si le temps nécessaire à l'administration du questionnaire est suffisant. Les pré-tests doivent être réalisés dans une population et un environnement comparables à ceux de l'étude. Comme la gestion des données est essentielle au succès de la recherche, l'équipe de gestion des données doit être disponible pendant la discussion qui suit le pré-test, afin d'incorporer les changements dans la conception finale de l'outil et de faciliter l'intégration des vérifications appropriées dans le système de saisie des données. Cette étape comprend la conception de formulaires pour l'enregistrement des mesures, le développement de programmes pour la saisie, la gestion et l'analyse des données ; et la planification avec des tableaux fictifs pour s'assurer que les variables appropriées sont recueillies.

### Exemple

Le Tableau 11 résume l'éventail des méthodes de recherche utilisées dans les différentes phases d'un projet de RMO au Bangladesh. Il décrit un essai contrôlé randomisé en grappes conçu pour tester une intervention avec soins à domicile et agents de santé communautaires par rapport aux services de soins néonataux établis.



**Tableau 11 : Méthodes de recherche utilisées dans les différentes phases d'un projet de soins néonataux au Bangladesh**

Phase de la recherche	Méthodes	Objectifs
Phase pré- intervention	Enquête quantitative auprès des ménages	Fournir des estimations de la mortalité néonatale existante et du niveau de présence de personnel qualifié.
	Recherche qualitative formative	Explorer le type de soins à domicile qui peuvent mettre la vie du nouveau-né en danger, et les obstacles aux soins obstétricaux et postnataux.
	Observation des soins au nouveau-né	Montrer que les agents de santé communautaires peuvent diagnostiquer une maladie chez le nouveau-né.
Phase d'intervention	Enquêtes auprès des ménages et entretiens approfondis	Montrer que l'intervention était mise en œuvre comme prévue.
	Enquête, observations et entretiens approfondis	Démontrer que la trousse de soins du nouveau-né est mise en œuvre de manière cohérente ("fidélité de la mise en œuvre").
Phase post- intervention	Ménages sélectionnés de fin d'étude	Évaluer à la fois la mortalité néonatale et le niveau de couverture des services.
	Recherche qualitative	Expliquer en détail comment et pourquoi les pratiques d'accouchement et postnatales ont changé, en grande partie à cause de l'engagement de la communauté locale dans le programme, et la supervision compréhensive des agents de santé communautaires ("renforcement du sens").

Adapté de Baqui et al, 2008 ;<sup>13</sup> Baqui et al, 2009 ;<sup>14</sup> Choi et al, 2010 ;<sup>15</sup> Shah et al, 2010.<sup>16</sup>



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**En relation avec le problème de recherche et les questions de recherche de votre équipe, discutez et mettez-vous d'accord sur les outils de collecte de données que vous utiliserez dans votre projet de RMO. Durant cette réflexion, vous devez prendre en compte la conception d'étude sélectionnée, vos questions de RMO, et aussi le temps et le budget disponibles pour votre équipe de RMO.**

## Échantillonnage

Maintenant que vous avez choisi les techniques et les outils les plus appropriés pour recueillir vos données de recherche, il est important de connaître le nombre de personnes que vous devez contacter pour participer à votre recherche. C'est ce qu'on appelle la « taille de l'échantillon ». En général, lorsque vous utilisez des outils de recherche quantitatifs, vous devez veiller à recruter suffisamment de personnes pour fournir une estimation précise et fiable de ce que vous étudiez. Lorsque vous utilisez des outils de recherche qualitative, le but est d'atteindre suffisamment d'individus pour que vous puissiez représenter les opinions, expériences et connaissances répandues dans la population étudiée. Dans cette section, nous examinons les plans d'échantillonnage utilisés dans les outils de recherche quantitatifs et qualitatifs.

### Plan d'échantillonnage pour les méthodes quantitatives

Les études quantitatives requièrent qu'un échantillon représentatif de la population étudiée soit en mesure de représenter avec précision les caractéristiques de la population et d'obtenir une précision maximale des paramètres de population. Les critères suivants sont essentiels lors de la conception d'une stratégie d'échantillonnage : (1) Quels sont les objectifs de la recherche ? (2) A-t-on des estimations précises de la variabilité de l'échantillon ? (3) La taille de l'échantillon calculée et la stratégie d'échantillonnage sont-elles réalisables ? (4) Peut-on minimiser les coûts (ou atteindre les objectifs de recherche pour un coût minimum). Comme ces critères peuvent être en conflit les uns avec les autres, les équipes de recherche doivent trouver un équilibre entre eux.

### Taille de l'échantillon

Un échantillon représentatif nécessite une taille d'échantillon adéquate, en tenant compte des paramètres de puissance statistique. La puissance statistique est la probabilité de rejeter l'hypothèse « nulle » lorsque l'hypothèse alternative est vraie. En termes simples, c'est la probabilité de détecter réellement un effet dans l'étude. Des calculs de taille d'échantillon différents doivent être utilisés pour différents types de conception d'étude. La formule de calcul de la taille de l'échantillon et les procédures de calcul peuvent être consultées dans les sources standard de référence de la biostatistique<sup>17</sup>. Une discussion plus poussée avec un statisticien aidera également à confirmer et calculer la taille d'échantillon appropriée nécessaire pour divers types de méthodes de recherche.



## Stratégie d'échantillonnage

Comme les études quantitatives nécessitent un échantillon représentatif en ce qui concerne les caractéristiques de la population, un échantillonnage « probabiliste » est préférable. Cela permet à chaque individu de la population d'avoir une certaine chance d'être sélectionné dans l'échantillon. L'échantillonnage probabiliste permet également de calculer des estimations de l'erreur d'échantillonnage. Il existe plusieurs stratégies d'échantillonnage probabiliste (Tableau 12).

**Tableau 12 : Stratégies d'échantillonnage probabiliste**

Stratégies d'échantillonnage	Résumé
Échantillonnage aléatoire simple	C'est la stratégie d'échantillonnage idéale parce que chaque élément de la population a une probabilité égale d'être sélectionné dans l'échantillon. La procédure d'échantillonnage consiste à attribuer un numéro à chaque élément du cadre d'échantillonnage et à utiliser un nombre aléatoire pour sélectionner les éléments du cadre d'échantillonnage. La plupart des logiciels statistiques peuvent générer des nombres aléatoires.
Échantillonnage aléatoire systématique	Cette stratégie d'échantillonnage utilise une liste des éléments de la population. On suppose que les éléments sont répertoriés de façon aléatoire. Le premier élément inclus dans l'échantillon est identifié de manière aléatoire et les éléments suivants sont sélectionnés en utilisant un intervalle d'échantillonnage. L'intervalle d'échantillonnage est calculé en divisant la taille d'échantillon désirée par le nombre d'éléments dans le cadre d'échantillonnage.
Échantillonnage stratifié	L'échantillonnage stratifié peut être utilisé dans une population composée de sous-groupes mutuellement exclusifs (par exemple, population scolaire divisées en classes). Une procédure d'échantillonnage aléatoire est ensuite utilisée pour sélectionner les éléments de chaque strate/ sous-groupe. La taille de l'échantillon peut être sélectionnée proportionnellement à la taille de la strate.
Échantillonnage en grappes	L'échantillonnage en grappes est couramment utilisé lorsque la population est très grande ou dispersée sur une vaste zone géographique. Le but de l'échantillonnage en grappes est d'augmenter l'efficacité de l'échantillonnage. Cependant, l'échantillonnage en grappes réduit la variabilité de la population dans l'échantillon puisqu' un groupe d'individus dans la même zone géographique est, dans une certaine mesure, plus homogène que sur l'ensemble de la population, et la probabilité que chaque élément soit sélectionné dans l'échantillon n'est pas égale. Pour corriger cette limitation, le calcul de la taille de l'échantillon dans une stratégie d'échantillonnage en grappes nécessite de prendre en compte l'effet de design, ce qui augmente la taille de l'échantillon. De plus, le chercheur peut utiliser la procédure de « probabilité proportionnelle à la taille » pour corriger la différence de taille de la grappe et ajuster la probabilité que les grappes soient sélectionnées. Un exemple courant est le cadre d'échantillonnage en grappes du programme élargi de vaccination (PEV).



Dans certaines situations, l'échantillonnage aléatoire n'est pas l'option préférée en raison du manque de ressources spécifiques (par exemple, une liste de la population entière), du temps, des coûts ou des contraintes éthiques. Dans d'autres situations, la recherche nécessite une certaine « pondération » de l'information recueillie (par exemple, une enquête auprès d'experts). Dans ce scénario, l'échantillonnage non probabiliste est préférable. Il existe plusieurs stratégies d'échantillonnage non probabilistes couramment utilisées (Tableau 13).


**Tableau 13 : Stratégies d'échantillonnage non probabiliste**

Stratégies d'échantillonnage	Résumé
Échantillonnage de disponibilité ou de convenance	L'échantillonnage de disponibilité fait référence à la technique selon laquelle la sélection de l'échantillon est due à l'accessibilité au chercheur. La limitation de cette stratégie est le biais de sélection. Un exemple de cette stratégie est un échantillon pris au sein du centre ou de l'établissement où le chercheur est employé.
Échantillonnage successif	L'échantillonnage successif prend place quand les individus sont sélectionnés successivement par exemple lors d'un entretien de sortie avec des patients après une rencontre avec un prestataire de soins de santé. Tous les patients qui viennent de rencontrer le médecin sont invités à participer à l'étude. Si l'étude implique plusieurs sites, une combinaison avec un échantillonnage stratifié peut être utilisée. Toutefois, les patients sont sélectionnés successivement dans chaque strate.
Échantillonnage raisonné	L'échantillonnage raisonné est utilisé lorsque les éléments sont sélectionnés en fonction du jugement du chercheur concernant les informations souhaitées à recueillir. Les participants sont sélectionnés en fonction de leurs connaissances du sujet étudié. L'exemple de l'échantillonnage raisonné est une enquête utilisant un panel d'experts.
Échantillonnage par boule de neige ou guidé par les répondants	Ce type de stratégie d'échantillonnage convient pour recruter des participants appartenant à une population cachée (par exemple, les victimes de violence domestique, les consommateurs de drogue). L'échantillonnage par boule de neige commence lorsque le chercheur peut identifier le premier participant répondant aux critères de sélection. Le chercheur demande ensuite à ces participants d'identifier les personnes ayant une expérience ou des caractéristiques similaires. Pour augmenter la variabilité des caractéristiques des participants à l'étude, les chercheurs peuvent demander aux participants de trouver les participants suivants qui ont la même expérience mais avec des profils sociodémographiques différents, par exemple de sexe, d'âge, ou de statut socio-économique différent.



## Échantillonnage dans les méthodes qualitatives

### Stratégie d'échantillonnage



La détermination de la taille de l'échantillon est une étape importante dans la RMO car elle renseigne sur le nombre de personnes que vous devez contacter pour participer à votre recherche.

L'échantillonnage dans la recherche qualitative utilise des approches très différentes de celles des études quantitatives. Le but de la recherche qualitative n'est pas d'avoir un échantillon représentatif, mais plutôt un échantillon qui reflète les caractéristiques et la richesse du contexte et / ou de la population étudiée. Quelle que soit la méthode d'échantillonnage utilisée, l'équipe de RMO devra justifier la sélection du cadre d'échantillonnage. Le Tableau 14 passe en revue les différents types de techniques d'échantillonnage utilisées dans la recherche qualitative.

**Tableau 14 : Techniques d'échantillonnage utilisées dans la recherche qualitative<sup>18</sup>**

Types d'échantillonnage	Explication
Disponibilité ou convenance	Étudie les unités d'échantillonnage disponibles au moment de la recherche. Ceci est plus pratique qu'un échantillon aléatoire parce que le chercheur utilise ce qui est disponible plutôt que ce qui est sélectionné. Il existe cependant un risque de biais de mesure. Si interroger les ménages le matin est plus commode, quelles populations pourraient être surreprésentées ? (femmes au foyer, personnes âgées) et quelles sont celles qui peuvent être sous-représentées dans l'échantillon ? (employés, hommes, étudiants).
Dirigé	Utilisé lorsque les éléments sont sélectionnés en fonction du jugement du chercheur concernant les informations désirées à collecter. Par exemple, les chercheurs peuvent décider d'identifier les répondants en fonction de leur participation à un programme de santé particulier.
Variation maximum	Sélectionne les unités qui représentent une gamme de variation aussi large que possible (concernant par exemple, genre, statut socio-économique, densité de population, etc.).
Boule de neige	Identifie quelques personnes qui participeront à l'étude et leur demande ensuite d'identifier d'autres personnes qui seraient appropriées d'inclure dans la recherche. Il est préférable de commencer avec au moins deux personnes afin d'atteindre différents réseaux d'individus. C'est la forme d'échantillonnage la plus courante dans les méthodes de recherche qualitative.





Types d'échantillonnage	Explication
Cas opposés	Implique deux ou plusieurs unités d'échantillonnage avec des caractéristiques distinctes de façon à ce que des comparaisons puissent être faites pour expliquer les problèmes et comprendre les facteurs qui les influencent. Par exemple, les chercheurs peuvent décider d'étudier des individus vivant dans un site où un programme de santé a été couronné de succès pour le comparer à un autre site où le programme a été sous-optimal.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**En collaboration avec les autres membres de votre équipe de RMO, élaborer la stratégie d'échantillonnage pour votre étude et les outils que vous utiliserez. Lorsque vous planifiez votre étude, pensez aux répondants que vous espérez recruter. Comment peut-on les joindre ? À quelle heure de la journée doit-on interviewer les gens ? Combien de temps la participation à l'étude prendra-t-elle ? Rappelez-vous que la RMO se déroule dans des situations réelles, donc si vous voulez interviewer des infirmières dans un centre de santé, le lundi matin n'est peut-être pas le meilleur moment !**

## Collecte des données

Maintenant que vous disposez d'un cadre d'échantillonnage, vous pouvez commencer à réfléchir à la collecte de vos données. Avant le début de la collecte des données (par exemple, entretiens, discussions de groupe, enquêtes, etc.), vous devez recevoir l'approbation éthique du comité de bioéthique de votre pays. Pour ce processus, vous devez élaborer une feuille d'information et un formulaire de consentement éclairé qui devra être lu à chaque participant à l'étude. Avant toute collecte de données, le participant doit donner son consentement éclairé au processus. Cette information est décrite en détail dans le module intitulé « Planification et conduite d'un projet de RMO ».

Lors de la planification de votre collecte de données, vous devez identifier les recenseurs, c'est-à-dire les personnes qui vont effectivement être chargés de faire la collecte de données. Une courte formation doit être effectuée avant le début de l'enquête afin que les recenseurs comprennent le processus entier, les outils de collecte de données ainsi que la stratégie d'échantillonnage qui va être utilisée. À ce moment-là, des jeux de rôles peuvent être faits avec des recenseurs pour s'assurer qu'ils comprennent le processus et les outils de recherche.

VOIR

MODULE –  
PLANIFICATION ET  
CONDUITE DE LA  
RMO



Enfin, réfléchissez à la manière dont vous allez superviser le processus de collecte de données. Comment les problèmes sur le terrain seront-ils corrigés ? Par exemple, que se passe-t-il si les gens ne sont pas chez eux le jour où vous commencez vos enquêtes ? Que se passe-t-il si les intervenants clés n'ont pas de temps pour l'entretien approfondi ? Comment allez-vous travailler avec le directeur local du centre de santé s'il n'est pas d'accord avec l'utilisation d'un outil basé sur la performance ?

Des réunions régulières avec les recenseurs / le personnel de terrain peuvent aider à résoudre certains de ces problèmes qui peuvent surgir lors du processus de collecte des données. Ces réunions régulières seront également l'occasion de modifier les guides de sujets si vous utilisez des outils de collecte de données qualitatives. Par exemple, si vous découvrez des phénomènes nouveaux et inattendus au premier jour des discussions de groupe, vous voudrez ajouter ce thème aux prochaines discussions de groupe afin de déterminer dans quelle mesure des phénomènes sont répandus dans la population de répondants.

## **Gestion des données**

La plupart des projets de recherche génèrent une quantité importante de données. Ces données doivent être de bonne qualité car il n'existe pas d'étude qui soit meilleure que la qualité de ses données. Par conséquent, une bonne gestion des données est fondamentale pour une recherche de haute qualité. Les bonnes pratiques en matière de gestion des données aident également les chercheurs à s'assurer que les processus requis de collecte et d'analyse des données soient organisés, compréhensibles et transparents.

Les principales responsabilités de gestion des données comprennent :

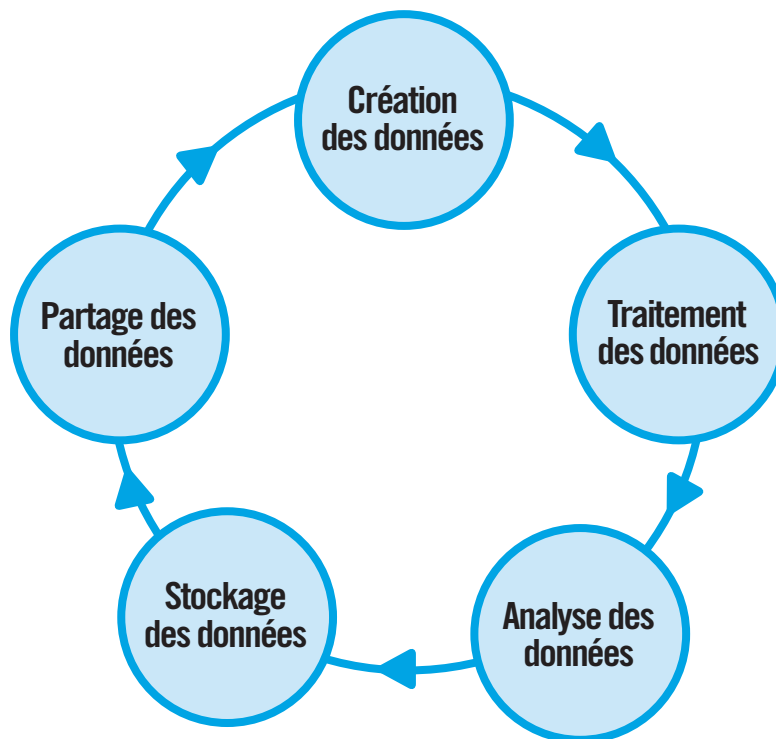
- Organiser et assurer la collecte de données correctes.
- Enregistrer les données sur une base de données.
- Valider et corriger les données.
- Fournir des données sous une forme qui permettra l'analyse.
- Stocker et partager les données.

Il est important de se rappeler que la confidentialité de l'identité des répondants doit être garantie à tout moment dans le processus de gestion des données. Cela est généralement stipulé dans l'approbation éthique reçue (par exemple, conservation de fichiers dans un ordinateur protégé par mot de passe, armoires verrouillées, limite du nombre de personnes ayant accès à des données anonymisées). De plus, vous indiquerez pendant combien de temps vous conserverez les données après la fin de la recherche. Vous devez vous assurer que ces critères éthiques sont appliqués tout au long du projet de RMO.

La gestion des données est un processus cyclique (Figure 4). Le cycle de vie des données commence par la création de données, suivi du traitement et de l'utilisation des données pour l'analyse. Les deux dernières étapes du cycle sont de stocker et partager les données.



Figure 4 : Processus cyclique de gestion des données



Adapté de Surkis & Read, 2015.<sup>19</sup>

### Création des données

La création des données est la première étape des processus de gestion des données. Dans les études quantitatives, cette étape consiste à définir quel type de données sera collecté, leur format et la procédure pour les créer. Le chercheur doit s'assurer que toutes les données recueillies reflètent la réalité, en utilisant des outils normalisés, des procédures de collecte de données, et en vérifiant le taux d'erreur pendant la collecte de données (par exemple, en vérifiant l'exhaustivité et la cohérence des réponses des répondants dans les questionnaires, en vérifiant la validité des réponses par un processus de répétition au hasard des entretiens).

Dans une étude qualitative, cette étape commence par la définition des différents types d'informations que le chercheur a l'intention de rassembler, différents outils (par exemple, entretiens en profondeur ou guide de discussions de groupe) et des activités de collecte de données. Le chercheur doit s'assurer que tous les dispositifs d'enregistrement sont placés de manière à enregistrer au mieux la conversation ou la discussion, et que le lieu d'entretien ou de discussion crée une atmosphère sûre pour une discussion ouverte tout en préservant la confidentialité.



## Traitement des données

C'est le processus de transformer les données de la forme la plus brute à une forme qui est prête pour l'analyse. Dans une étude quantitative, cela signifie créer une base de données électronique appropriée pour gérer différents types de données (par exemple, réponses multiples, données numériques, données d'échelle visuelle analogique, etc.). Cela implique la création de structures de fichiers et de codage compréhensibles, le développement d'un livre de codes, des décisions concernant les données à conserver dans la base de données et celles à éliminer. Lors de la saisie des données, les erreurs de saisie doivent être évitées en appliquant une double saisie et en vérifiant la cohérence des réponses. Dans les études qualitatives, cela signifie que toutes les données enregistrées sont transcrites textuellement et dans certains cas, les transcriptions peuvent être partagées avec les répondants pour en vérifier le contenu. Cela implique également l'élaboration d'un livre de codes, en particulier lorsque plus d'un chercheur effectue l'analyse. Toutes les données qualitatives recueillies doivent être sauvegardées dans une application de gestion de données qualitative.

## Analyse des données

L'analyse de données dans les études quantitatives consiste à identifier des tendances par une analyse descriptive, en comparant les données, en testant des hypothèses et en trouvant des relations entre variables. Dans les études qualitatives, ce processus consiste à identifier, comprendre le sens et assigner des codes aux données, identifier les tendances et les thèmes émergents, et construire un cadre pour expliquer certains phénomènes. Cette activité sera décrite dans une section ultérieure.

## Stockage des données

Le stockage de données implique des activités non seulement pendant la période d'étude, mais également à long terme en archivant des données dans un dépôt ou un centre de données. Actuellement, le dépôt / stockage de données électroniques est le moyen préféré car il nécessite peu d'espace et est simple à sauvegarder. Cependant, une stratégie de stockage de données est nécessaire car les supports de stockage numériques ont également plusieurs limitations, par exemple, problèmes de qualité et obsolescence des supports de stockage, interopérabilité logicielle, équipement de lecture de données et alimentation électrique. La sécurité des données est un autre problème dans le stockage des données. Les problèmes de sécurité comprennent la sécurité physique des données (par exemple, salle ou armoire verrouillée, journal d'accès) et la sécurité des données électroniques (par exemple, accès sécurisé par mot de passe, niveau d'accès et cryptage des données pour partage et transmission). Les directives de l'OMS sur les bonnes pratiques cliniques recommandent que les données et les documents essentiels soient conservés pendant au moins deux ans après la fin du projet de recherche<sup>20</sup>.



## Partage des données

Le partage de données est particulièrement important dans les études collaboratives multi-centres ou multi-pays. Le partage de données, ainsi que le transfert de données, le stockage de données et l'accès pour tous les partenaires ou institutions en collaboration peuvent être difficiles car ils peuvent impliquer des réglementations différentes. Le partage de fichiers en ligne (par exemple, *cloud*) peut être préférable, bien qu'il puisse ne pas convenir à tous les types de données, en particulier aux données confidentielles identifiables. De plus, les chercheurs ne contrôlent pas où les données sont effectivement stockées.

Le partage des données devient obligatoire dans de nombreux domaines afin d'assurer la transparence, d'éviter la duplication ainsi que le plagiat. Étant donné que la RMO peut impliquer différentes institutions ou organisations, les directives pour le partage et l'appropriation des données doivent être clairement énoncées au début par le biais d'accords tels qu'un protocole d'accord. Le partage des données doit suivre un processus clair et peut être effectué entre deux institutions de recherche, mais pas entre deux personnes. Il faut vérifier vos propres directives institutionnelles et nationales avant de concevoir des accords de partage de données.

## Gestion de la qualité des données

La collecte, le stockage et la documentation de résultats correctement enregistrés et consultables sont essentiels pour toute recherche. De bonnes pratiques de collecte de données garantiront que les données peuvent être retracées jusqu'à leur source et leur forme originelle (c'est-à-dire jusqu'aux données brutes qui constituent le premier enregistrement de l'observation). Pour garantir ces caractéristiques, les données brutes doivent être enregistrées :

- **Promptement** : après qu'une tâche spécifique est terminée. Retarder l'enregistrement des données réduira la qualité des données car la mémoire est souvent faillible ou inexacte.
- **Avec exactitude** : un enregistrement inexact des données va réduire la fiabilité des données recueillies. L'exactitude constitue donc un élément essentiel de l'intégrité de l'étude.
- **Lisiblement** : les données manuscrites doivent être clairement écrites, les enregistrements électroniques ne doivent pas être difficiles à déchiffrer.
- **De façon indélébile** : les données brutes manuscrites doivent être enregistrées avec de l'encre permanente. Toute modification des données brutes ne doit pas masquer la donnée précédente. La date, le motif de la modification et la signature de la personne responsable de la modification doivent être ajoutés.

Un flux de données clair et régulièrement contrôlé aide à prévenir des pertes dans les données. Comme la RMO recueille différents types de données (patients, données organisationnelles et liées à la surveillance) provenant de diverses sources (c'est-à-dire participants, dossiers médicaux, registres de services de santé et de laboratoire, systèmes de surveillance et systèmes administratifs), un tableau détaillé doit être



établi pour décrire le(s) voie(s) essentielle(s) à utiliser pour le processus de collecte de données en ce qui concerne le traitement des questionnaires, le codage, la saisie des données, la vérification des données, le nettoyage et le stockage des copies papier et la sauvegarde des fichiers de données.

La qualité des données est la clé pour avoir des données authentiques et scientifiques, et doit donc être prise très au sérieux. Des activités telles que la formation du personnel, la supervision de soutien et le feedback sur les données peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des données. Reportez-vous au module « Planification et conduite d'un projet de RMO » pour plus de détails.

MODULE –  
PLANIFICATION ET  
CONDUITE DE LA  
RMO

VOIR

## Analyse des données

### Introduction

En fonction des questions de recherche auxquelles vous voulez répondre et du type de données que vous avez collectées (données quantitatives ou qualitatives), différents types d'analyse peuvent être effectués. Avant de commencer à analyser les données, on doit considérer les différents publics à atteindre avec les résultats et les recommandations du projet de RMO. Quels sont leurs besoins en information, et quel est le meilleur moyen de les atteindre ? Cliquez sur chacune des rubriques ci-dessous pour voir les explications sur chaque type d'analyse.

### Plan d'analyse des données

Pour s'assurer que l'analyse est entreprise de manière systématique, un plan d'analyse doit d'abord être créé. Le plan d'analyse contient une description de la question de recherche et des différentes étapes qui seront réalisées dans le processus de recherche. Il est recommandé de développer votre plan d'analyse de données au début de votre projet, afin d'être sûr de traiter des hypothèses associées aux questions de recherche. Il est possible de modifier le plan d'analyse des données au fur et à mesure que votre recherche progresse.

Le plan d'analyse de données dans un projet de RMO est basé sur le principe que la RMO vise à : (i) comprendre les processus de mise en œuvre pour une intervention donnée, en se concentrant sur les mécanismes qui aident ou nuisent à ces processus ; et (ii) communiquer cette appréciation du processus de mise en œuvre à de multiples parties prenantes, qui peuvent par conséquent contribuer à l'intégration des résultats dans la recherche, les politiques et les programmes actuels ou futurs.

La plupart des propositions RMO utilisent des méthodes mixtes combinant des techniques quantitatives et qualitatives. Dans de nombreuses circonstances, les approches utilisant des méthodes mixtes peuvent fournir une meilleure compréhension du problème que l'une ou l'autre approche ne peut atteindre seule. Cependant, peu de parties prenantes de l'équipe d'un projet de RMO sont susceptibles d'avoir à la fois une connaissance spécialisée des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives. Il est donc essentiel que l'analyse



et, surtout, la présentation des résultats soient soigneusement considérées afin d'éviter des interprétations erronées pouvant conduire à des conclusions ou réponses inappropriées. L'accent doit être mis sur la simplicité et l'interprétabilité, car les parties prenantes doivent être capables, à la fois, de comprendre les informations fournies et de les interpréter correctement<sup>21</sup>. L'analyse des données doit avoir lieu parallèlement au processus de collecte des données. Ce processus continu d'analyse des données facilite le partage régulier et la discussion des résultats.

### Plan de l'analyse par objectif

Une considération préliminaire importante lors de la conception de votre plan d'analyse des données est de définir clairement les principaux objectifs de l'analyse en identifiant les problèmes spécifiques à traiter. Il est important de se rappeler que les données de la RMO sont, par nature, destinées non seulement à décrire une intervention, mais aussi à l'améliorer.

Par exemple, la recherche de RMO peut se concentrer sur :

- **l'efficacité** : vise à modifier les procédures de mise en œuvre afin d'améliorer la production de retombées positives.
- **l'efficience** : tente d'évaluer les implications d'éventuelles modifications sur le processus de mise en œuvre afin d'augmenter les retombées positives par rapport aux ressources engagées.
- **l'équité** : se concentre sur les problèmes de distribution, c'est-à-dire comment les retombées positives et les coûts des ressources engagées sont répartis.
- **l'approche durable** : se concentre sur l'identification des apports essentiels, des obstacles potentiels à leur disponibilité et d'autres barrières possibles à la viabilité à moyen et long terme.

Lors de la préparation du plan d'analyse, il est important de garder à l'esprit le public ciblé par la recherche. Des publics différents ont des besoins d'information différents, différents intérêts et connaissances, et une interprétation différente de la présentation des données.

Planifiez et présentez votre analyse en conséquence.



### Analyse de données quantitatives

Avant toute analyse statistique, certains facteurs doivent être pris en compte afin de sélectionner l'analyse statistique la plus appropriée. Ceux-ci sont décrits brièvement ci-dessous.



## Echelle de mesure et différentes techniques statistiques

L'échelle de mesure est un moyen de définir et de classer les variables. Il existe quatre échelles de mesure différentes (nominale, ordinale, continue et rapport). Chaque échelle de mesure a des propriétés différentes, qui peuvent être requises pour différentes analyses statistiques. Le Tableau 15 résume les propriétés pour les différentes échelles de mesure, décrites en détail ci-dessous.

**Tableau 15 : Résumé des propriétés de l'échelle de mesure**

Mesure	Catégorie/ différence	Rang/ordre	Valeurs ayant du sens	Echelle de ayant du sens valeur
Nominal	+	-	-	-
Ordinal	+	+	-	-
Continue	+	+	+	-
Rapport	+	+	+	+

L'échelle nominale ne peut que différencier les catégories. On ne peut pas dire qu'une catégorie est supérieure ou meilleure qu'une autre catégorie. Un exemple d'échelle nominale est le sexe. Si on code « masculin » comme 1 et « féminin » comme 2 ou vice versa (c'est-à-dire lorsqu'on saisit la variable dans l'ordinateur), cela ne signifie pas qu'un sexe est meilleur que l'autre. Les numéros 1 et 2 ne représentent que des catégories de données.

Les échelles ordinales représentent une série ordonnée de relations ou d'ordre de classement. Cependant, on ne peut pas quantifier la différence entre les catégories. On peut seulement dire qu'une catégorie est meilleure ou plus élevée que les autres catégories. Un exemple d'échelle ordinale est le classement des établissements de santé (par exemple, primaire, secondaire, tertiaire).

L'échelle continue représente un ordre de classement avec des unités égales de quantité ou de mesure. A noter que dans cette échelle, zéro représente simplement un point de mesure supplémentaire et non la valeur la plus basse. Un exemple d'échelle de mesure est l'échelle de température en degrés Celsius ou Fahrenheit. Dans cette échelle, zéro (0) est un point sur l'échelle avec des valeurs en dessus et en dessous.

L'échelle de rapport est similaire à l'échelle continue, dans laquelle elle représente un ordre de rang avec une unité de quantité ou de mesure égale. Cependant, l'échelle de rapport a un zéro absolu, où zéro est la valeur la plus basse. Un exemple d'échelle de rapport est l'indice de masse corporelle (IMC) dans lequel la valeur la plus faible est (théoriquement) zéro.

Les données sur une échelle continue et de rapport sont considérées comme paramétriques car ces types de données ont certains paramètres concernant la distribution de la population dans son ensemble (présomption de distribution normale avec la moyenne comme mesure de tendance centrale et la variance comme mesure de dispersion). « Paramétrique » signifie également que les données





peuvent être ajoutées, soustraites, multipliées et divisées. L'analyse statistique de ces types de données se fait grâce à des tests paramétriques.

D'autre part, les échelles nominales et ordinales sont appelées non paramétriques. Les données non paramétriques n'ont pas les paramètres que possèdent les données paramétriques. En outre, il manque les valeurs quantifiables, de sorte que les données non paramétriques ne peuvent pas être additionnées, soustraites, multipliées ou divisées. Les données nominales et ordinales sont analysées à l'aide de tests non paramétriques.

Un test paramétrique est considéré comme plus robuste qu'un test non paramétrique. De plus, il y a plus d'options statistiques disponibles pour analyser les données paramétriques. Toutefois, la plupart des tests paramétriques supposent que les données soient normalement distribuées.

### **Questions de recherche**

La façon dont les questions de recherche sont formulées détermine également le type de techniques statistiques à utiliser pour l'analyse. Des exemples de questions de RMO incluent :

- Décrire les tendances ou distributions des variables d'étude en termes de « quoi, qui, où et quand ».
- Comparer les différences entre groupes.
- Explorer les associations / corrélations possibles entre variables indépendantes (expositions) et variables dépendantes (résultats de l'étude).
- Explorer la relation causale possible entre les variables indépendantes (expositions) et variables dépendantes (résultats de l'étude).

### **Statistiques descriptives**

La recherche quantitative génère de gros volumes de données qui nécessitent d'être organisées et résumées. Ces opérations facilitent une meilleure compréhension de la façon dont les données varient ou se rapportent les unes aux autres. Les données révèlent la distribution des valeurs des variables d'étude dans la population d'étude.

Par exemple :

- Le nombre d'enfants de moins de cinq ans dans divers ménages d'une population donnée.
- Présence quotidienne de patients ambulatoires dans un établissement de santé.
- Le poids à la naissance d'enfants nés dans un établissement de santé particulier pendant une période donnée.
- Niveaux d'éducation des mères d'enfants nés dans un établissement de santé particulier.

L'analyse du type de données décrit ci-dessus implique essentiellement l'utilisation de techniques pour résumer ces distributions et estimer dans quelle mesure elles se rapportent à d'autres variables.



### Exemple

*Dans un échantillon de nouveau-nés, on peut résumer la distribution des poids à la naissance en calculant la fréquence des poids de naissance faibles, normaux et élevés, en classant comme normaux ceux dans une gamme standard. Si on calcule également la fréquence des différents niveaux d'éducation pour les mères de ces nouveau-nés, on peut alors estimer la force d'une relation possible entre ces deux variables.*

L'utilisation de distributions de fréquences à cette fin présente plusieurs avantages :

- Utile pour tous les types de variables
- Facile à expliquer et à interpréter pour des publics sans connaissances spécialisées.
- Peut être présenté graphiquement et sous différents formats pour faciliter l'interprétation (par exemple, tableaux, diagrammes à barres, camemberts, graphiques, etc.).

Les différents formats de présentation de données aident à atteindre différents publics cibles. Les tableaux sont un format de présentation utile lorsque vous souhaitez communiquer au sein de la communauté scientifique. Les présentations de données graphiques aident à communiquer avec un public plus large et moins scientifique dans la communauté ou les décideurs. Vous pouvez en savoir plus sur la présentation des données et sur la façon de présenter les données à différents publics dans le module « Communication et plaidoyer » de cette boîte à outils.

MODULE –  
COMMUNICATION  
ET PLAIDOYER

VOIR

### Définir les intervalles pour les distributions de fréquence

Une décision clé dans la construction d'une distribution de fréquence concerne le choix des intervalles sur l'échelle des mesures. Par exemple :

- Échelle ordinale : classement des établissements de santé (par exemple, primaire, secondaire, tertiaire).
- Échelle continue : température corporelle (par exemple, inférieure à la normale, normale, supérieure à la normale).
- Rapport : indice de masse corporelle (IMC) (par exemple, <25, 25-29, 30+).

Il y a deux objectifs contradictoires pour déterminer le nombre d'intervalles :

- Limiter la perte d'information en utilisant un nombre relativement important d'intervalles.
- Fournir un résumé simple, interprétable et utile grâce à l'utilisation d'un nombre relativement faible d'intervalles.



A noter : les distributions basées sur des intervalles inégaux doivent être utilisées avec prudence, car elles peuvent être facilement mal interprétées, en particulier lorsque les distributions sont présentées graphiquement.

### Exemple

*Pour savoir si une intervention récemment mise en œuvre a permis de réduire le problème de la malnutrition chez les enfants de cinq ans dans un village donné, un chercheur peut se demander: «Quelle est statistique récapitulative la plus appropriée ?*

*Variation dans l'apport calorique quotidien moyen ou médian de tous les enfants de cinq ans dans le village ?*

*Variation dans la proportion d'enfants de cinq ans dans le village tombant au-dessous d'une exigence calorique minimale prédéterminée ?*

*Les critères pour faire de tels choix incluent:*

- *La validité apparente (c'est-à-dire la statistique est-elle pertinente pour la question spécifiée ?).*
- *Est-ce que les parties prenantes comprennent comment les données ont été obtenues ?*
- *Est-ce que les parties prenantes peuvent interpréter les résultats comme prévu ?*

### Statistiques récapitulatives et distribution des fréquences

Un examen attentif de la distribution de fréquence d'une variable est une étape cruciale et peut constituer une forme d'analyse extrêmement puissante et robuste. On a souvent tendance à passer trop rapidement au calcul de des statistiques récapitulatives (par exemple, moyenne, variance) qui sont plus simples et sont destinées (mais échouent souvent) à saisir les caractéristiques essentielles d'une distribution.

Les statistiques récapitulatives se limitent généralement à obtenir les mesures indiquant la tendance générale d'une distribution (par exemple, le nombre moyen de personnes malades, pauvres ou éduquées dans la population étudiée) ou à indiquer l'ampleur de la variation au sein d'une population. Cependant, les raisons pour choisir une statistique récapitulative particulière doivent se rapporter à l'objectif pour lequel elle est destinée.

### Mesure de la tendance centrale

La tendance centrale mesure la localisation centrale d'une distribution de données. La moyenne est le paramètre le plus couramment utilisé car elle est simple à calculer et à manipuler. Par exemple, il est facile de combiner la moyenne des sous-populations pour calculer la moyenne globale de la population. Cependant, la moyenne est souvent utilisée de façon inappropriée. Elle peut également être mal interprétée comme valeur typique dans une population.

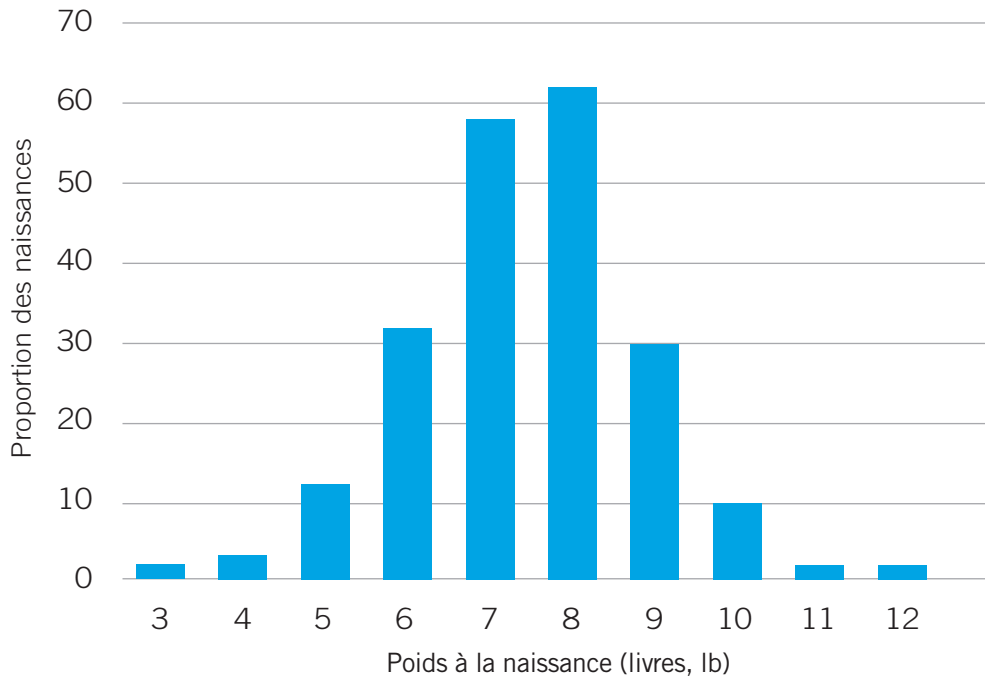


### Exemple

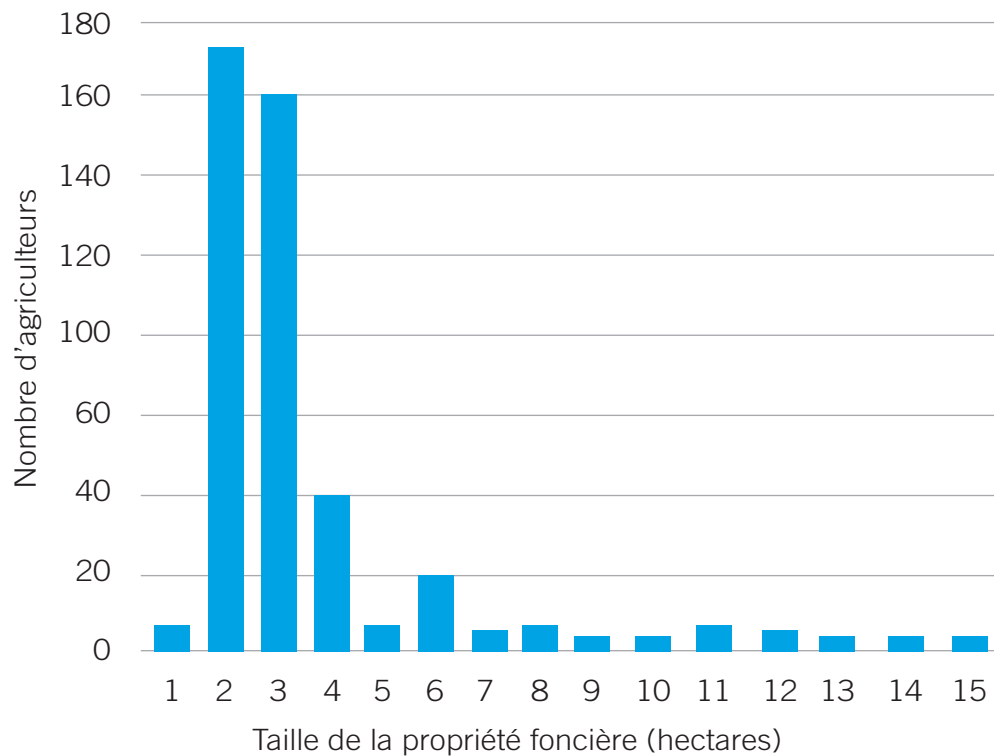
*Le PIB d'un certain pays à revenu intermédiaire a été calculé à 3200 USD. Interpréter cela comme le revenu d'une personne «moyenne» dans ce pays ne reflète pas la réalité (en fait, il était plus proche de 1200 USD). La moyenne est souvent non représentative lorsque la distribution sous-jacente est asymétrique.*

La médiane, définie comme la valeur centrale, est relativement facile à expliquer. Les amplitudes des autres valeurs ne sont pas pertinentes. Par exemple, si la valeur la plus élevée dans une plage donnée augmente ou que la plus petite valeur diminue, la médiane reste inchangée. Quand un ensemble de données n'est pas asymétrique (ou lorsque les données ont une distribution « normale » /Gaussienne), la moyenne et la médiane sont les mêmes (Figure 5). Il est donc préférable d'utiliser la médiane comme mesure de la tendance centrale lorsque l'ensemble de données est asymétrique car la valeur est indépendante de la forme de la distribution de données.

**Figure 5 : Distribution normale : la moyenne est la mesure de la localisation centrale**



Dans une distribution asymétrique, la moyenne est difficile à interpréter (figure 6).

**Figure 6 : Répartition asymétrique distribution**

### Mesure de dispersion

La mesure de la dispersion indique le degré de variabilité dans une population donnée, comme suit :

- **Faible variabilité** : Les mesures de localisation peuvent être considérées comme raisonnablement représentatives de la population globale ; la perte d'information est limitée par l'agrégation.
- **Grande variabilité** : les mesures de localisation sont moins utiles ; il y a un risque important de perte d'information par agrégation, à moins que la nature de la distribution ne soit bien comprise.

### Choix des mesures

Les variances, écarts-types et coefficients de variation sont largement utilisés dans l'analyse statistique. Comme avec la moyenne, ce n'est pas toujours parce que ce sont les meilleures mesures de la variabilité (on peut facilement les interpréter pour les variables normalement distribuées mais pas pour les autres distributions), mais principalement parce qu'on peut facilement les calculer et les manipuler.

Par exemple, étant donné les variances de deux sous-groupes de population, il est facile de les combiner pour calculer la variance globale de la population. Cependant, bien qu'elles puissent avoir des avantages techniques, ces mesures présentent de sérieuses limites en termes d'application des politiques.



### **Autres mesures**

Les mesures plus facilement interprétables comprennent les quartiles et les centiles. Les quartiles divisent les données en quatre quarts (Q1 à Q4), avec 25% des données disponibles se trouvant dans chaque quartile:

- Q2 est la médiane.
- Q1 est la médiane des points de données en dessous de la médiane.
- Q3 est la médiane des points de données au-dessus de la médiane.

L'écart interquartile est Q3 moins Q1 (= Q3-Q1), comprenant 50% des données du milieu de la population.

Les centiles divisent les données en deux parties :

- p pourcent ont des valeurs inférieures au centile p.
- (100 – p) pour cent ont des valeurs plus élevées.
- 50e centile = médiane ; 25e centile = premier quartile.

Autres percentiles communs:

- 20ème (qui définit le premier groupe de quintile).
- 10ème (qui définit le premier groupe de déciles).

Autres statistiques descriptives.

### **Analyse de sous-groupe**

Les résultats d'une intervention peuvent varier considérablement entre différents sous-groupes de la population cible. L'analyse des sous-groupes peut être complexe si les sous-groupes ne sont pas prédéfinis. Étudier une relation au sein d'un sous-groupe simplement parce qu'il semble intéressant peut biaiser les résultats.

La fouille de données (c'est-à-dire l'exploration de bases de données pour découvrir des relations apparentes) est utile pour formuler de nouvelles hypothèses, mais nécessite une grande prudence en RMO. Le contexte dans lequel cette sous-analyse est entreprise doit être considéré avec soin, car les relations entre les variables explicatives et les réponses peuvent être affectées par des variables contextuelles. Par exemple, on peut supposer qu'il soit utile d'entreprendre une analyse des maladies chroniques par groupe d'âge et par sexe, comme le montre le Tableau 16. Pour une interprétation sensée des résultats, le type de maladie chronique et le contexte des patients qui les subissent sont des variables importantes à considérer.

**Tableau 16 : Variables de base des patients atteints d'une maladie chronique.**

Groupe d'âge	Prévalence des maladies chroniques	
	Hommes	Femmes
15-24	0.55	0.80
25-44	1.79	4.01
46-64	4.91	12.28
65	12.86	20.00
All	1.77	4.25

### Mesures de risque

Bien que les mesures du risque soient largement utilisées dans la recherche en santé, elles ne sont pas toujours bien comprises. Par exemple, le risque relatif et le rapport des cotes (en anglais *odds ratio*) sont souvent utilisés de façon interchangeable, mais ils ne signifient pas la même chose :

- Risque (P) : nombre de personnes ayant vécu un événement / une population exposés à l'événement.
- Risque relatif (RR = PA / PB) : risque dans le groupe A par rapport au risque dans le groupe B.
- Cotes (en anglais *odds*) : nombre de personnes ayant vécu un événement / nombre de personnes n'ayant pas vécu ce même événement =  $P / (1-P)$
- Rapport des cotes (*Odds ratio*):  $[PA / (1- PA)] / [PB / (1-PB)]$

Le dénominateur est très important dans l'analyse descriptive.

Le dénominateur adéquat permet au public de comprendre et

de comparer les données entre différents groupes /

ou différentes caractéristiques.



### Tests statistiques

Un test statistique est effectué afin de pouvoir faire des inférences concernant certains aspects inconnus d'une population statistique à partir de l'échantillon recueilli pour l'étude. Il existe différents types de tests statistiques qu'on peut utiliser en fonction des questions de recherche, du type d'échelle de mesure et des présomptions concernant la distribution des données. Des analyses univariées et bivariées simples doivent être faites avant qu'une analyse plus sophistiquée telle que l'analyse multivariée soit effectuée.



### Trouver une association / corrélation

L'association est une relation entre deux variables qui sont statistiquement dépendantes. Les deux variables sont équivalentes ; il n'y a pas de variable indépendante et dépendante. La corrélation peut être considérée comme un type d'association où la relation entre les variables est linéaire. Il existe plusieurs tests statistiques pour évaluer la corrélation entre les variables (Tableau 17).

**Tableau 17 : Différents tests statistiques pour trouver des associations selon les présomptions existantes**

Échelle de mesure	Présomption de distribution	Analyse
Nominale ou ordinale	-	Test du Chi carré
Continue or rapport	Normale ment distribuée, éviter les données aberrantes	Corrélation de Pearson
	Pas normalement distribuée	Corrélation de rang de Spearman

### Trouver la causalité : comparaison de groupe

L'analyse de comparaison de groupe est utilisée pour explorer les différences statistiquement significatives des résultats entre les groupes. Les groupes peuvent être catégorisés en fonction de leur exposition (en anglais *exposure*) au cours de l'étude. Quand il y a une différence significative entre les groupes, on suppose que la différence est due à l'exposition (Tableau 18).

**Tableau 18 : Différents tests statistiques pour la comparaison de groupe selon les présomptions existantes**

Échelle de mesure	Présomption de distribution	Type de groupe	Analyse
Nominale ou Ordinale	-	Indépendant	Test de Chi carré
	-	Jumelé (avant-après)	Test de signe
Continue or rapport	Normalement distribuée	Indépendant	Test t indépendant
		Jumelé (avant-après)	Test t apparié
	Pas normalement distribuée	Indépendant	Mann Whitney
		Jumelé	Wilcoxon





### Trouver la causalité : prédiction

L'analyse de régression est le type d'analyse utilisé pour prédire les résultats de l'étude à partir d'un certain nombre de variables indépendantes. Si la variable indépendante est sur une échelle continue ou de rapport et a une distribution normale, la régression linéaire peut être utilisée. Si la variable indépendante est dichotomique (c'est-à-dire binaire, ne prenant que 2 valeurs possibles, par exemple, « oui » ou « non »), une régression logistique peut être utilisée.

### Analyse de données qualitatives

Il existe de nombreuses traditions de recherche qualitative et on a plaidé qu'il ne peut pas et ne doit pas y avoir une approche uniforme des méthodes d'analyse qualitative (Bradley et al 2007)<sup>22</sup>. De même, il existe peu de règles d'or reconnues pour l'analyse qualitative des données, dans le sens de règles communes acceptées pour tirer des conclusions et pour vérifier la robustesse de l'étude. De nombreuses études qualitatives adoptent une stratégie itérative : recueillir des données, élaborer des concepts et hypothèses initiaux, tester de nouvelles données, réviser les concepts et hypothèses. Cette approche implique que la collecte et l'analyse des données soient intégrées dans un processus unique et sont entreprises par les mêmes individus. Cependant, avec l'utilisation croissante de la recherche qualitative dans la recherche en santé, les objectifs sont souvent prédéfinis avant le début de la collecte des données, plutôt que d'être développés au fur et à mesure que les données émergent.

Les chercheurs peuvent également utiliser différents logiciels d'analyse de données qualitative (en anglais : *qualitative data analysis* ou QDA) pour les aider à gérer leurs données. Le terme « logiciel QDA » est légèrement trompeur car le logiciel n'analyse pas réellement les données, mais les organise pour faciliter la recherche et l'identification des thèmes. Les logiciels peuvent également être relativement coûteux (jusqu'à environ 900 USD par utilisateur). Pour ces raisons, certains chercheurs préfèrent analyser les données manuellement. Cependant, au fur et à mesure que les logiciels s'améliorent, les chercheurs trouvent la QDA de plus en plus utile pour aider à analyser les données et gagner du temps. Voici quelques-uns des noms de logiciels QDA les plus courants :

- AtlasTi (<http://www.atlasti.com>) traite les grandes bases de données, codage non structuré, et imite le code papier et les fonctions de tri.
- MAXQDA (<http://www.maxqda.com>) fournit des outils puissants pour analyser entretiens, rapports, tableaux, enquêtes en ligne, vidéos, fichiers audio, images et bases de données bibliographiques.
- QSR NVivo (<http://www.qsrinternational.com>) (précédemment appelé Nud \* ist 6) prend en charge le codage non structuré, trouve des modèles et relations dans les codes.
- EZ-TEXT 3.06C (<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/software/ez-text/index.htm>).



Les chercheurs peuvent se sentir libres d'utiliser n'importe quelle méthode d'analyse (avec ou sans logiciel) avec laquelle ils se sentent à l'aise. Quelle que soit l'approche utilisée, toutes les analyses qualitatives impliquent de donner un sens à de grandes quantités de données, d'identifier les tendances marquantes et de communiquer l'essence de ce que révèlent les données.

L'analyse qualitative des données comprend la gestion des données, la réduction des données et le codage des données. En bref, l'objectif est d'identifier les tendances (thèmes) dans les données et les liens qui existent entre elles. Comme mentionné, il n'y a pas de formule établie pour analyser les données qualitatives, mais il y a trois conditions principales de l'analyse qualitative à respecter :

- A. Description détaillée des techniques et méthodes utilisées pour sélectionner les échantillons et générer des données.
- B. Analyse soigneusement définie, en accordant une attention particulière aux questions de validité et de fiabilité.
- C. Triangulation avec d'autres méthodes de collecte de données.

Les étapes suivantes décrivent ces trois composants de base plus en détail :

- A. Description détaillée des techniques et méthodes utilisées pour sélectionner des échantillons et générer des données
  - Si vous faites des entretiens ou des discussions de groupe, toutes les sessions doivent être enregistrées (de préférence avec un appareil enregistreur, mais si cela n'est pas accepté par les participants, avec des notes manuscrites).
  - Tous les enregistrements doivent être transcrits textuellement (c'est-à-dire tapés en entier, mot à mot).
  - Si une observation a été effectuée, documentez l'heure, le lieu et les événements importants (par exemple, interruptions, événements inhabituels, etc.)
  - Toutes les informations générales sur les participants (c'est-à-dire leur profil) doivent être ajoutées à chaque transcription.
- B. Analyse soigneusement définie, en accordant une attention particulière aux questions de validité et de fiabilité
  - Dans la première étape de l'analyse, le chercheur va lire ou relire l'ensemble des données initiales et écrire des notes, commentaires et observations dans la marge, à propos des données intéressantes qui sont pertinentes pour répondre aux questions de recherche.
  - En lisant les données, les chercheurs commencent à dresser une liste préliminaire de catégories émergentes dans laquelle seront regroupées les notes et les commentaires. Ces catégories sont guidées par le but de l'étude, les connaissances et l'orientation des chercheurs et les sujets explicités par les participants<sup>24</sup>. Une liste de ces catégories est compilée et jointe aux données.
  - L'ensemble suivant de données collectées est ensuite soigneusement lu et, avec en tête la liste de catégories précédemment construite, des notes,



commentaires et observations sont de nouveau écrites dans la marge. Cette deuxième série de données est ensuite regroupée en catégories et une liste des catégories est compilée. Les deux listes sont ensuite comparées et fusionnées pour créer une liste principale de catégories. Cette liste reflète les éléments réguliers et récurrents ou les tendances de l'étude.

- Ces catégories sont ensuite nommées. Les noms de catégories peuvent émerger du chercheur, des participants ou de la littérature scientifique. Selon Merriam (1998)<sup>24</sup>, ces catégories doivent être : exhaustives ; mutuellement exclusives ; sensible à ce qui se trouve dans les données ; conceptuellement conformes ; et, en fin de compte, répondre aux questions de recherche. Le nom des catégories ou les codes de l'analyse des données peuvent également être dérivés des questions posées dans les outils de collecte de données en fonction des objectifs de l'étude.
- Une fois que les chercheurs sont satisfaits avec le choix des catégories, les données sont attribuées à ces catégories. Prenant une copie propre des données, le chercheur organise les données en unités de sens et les assigne aux catégories pertinentes, en écrivant le code de chaque catégorie dans la marge.
- Les chercheurs créent ensuite des fichiers séparés pour chaque catégorie et copient et collent les unités de sens dans la catégorie correspondante, créant ainsi un fichier contenant toutes les données pertinentes. Il faut veiller à éviter de sortir l'unité de sens de son contexte, pour cela il faut soigneusement ajouter des références croisées pour toutes les unités de sens et les coder avec le pseudonyme du participant, la date de collecte et le numéro de page<sup>25</sup>.
- Les chercheurs tentent ensuite de relier les catégories de manière judicieuse. Des diagrammes peuvent être utilisés pour faciliter ce processus. Par exemple, dans une étude visant à déterminer les causes du paludisme, un certain nombre de thèmes de prévention ont émergé (Figure 7).



Figure 7 : Diagramme pour décrire les méthodes rapportées de prévention du paludisme



### C. Triangulation avec d'autres méthodes de collecte de données

- Passez en revue vos résultats par rapport à ceux recueillis en utilisant d'autres méthodes de collecte de données pour déterminer la validité et la véracité de vos résultats.
- Vérifiez si les sources de données de routine confirment vos résultats.

### Rigueur dans la recherche qualitative

L'équipe de recherche doit s'assurer de la rigueur scientifique dans l'analyse des méthodes qualitatives. Par exemple, votre étude fournira-t-elle aux participants une copie de leurs transcriptions d'entretien pour leur donner l'occasion de vérifier et de clarifier leurs points de vue ? Utiliserez-vous un logiciel pour vous aider à gérer vos données et augmenter la rigueur ? Allez-vous effectuer des vérifications d'évaluateurs (plusieurs chercheurs analysent des sections de données pour comparer et vérifier les résultats (appelée fiabilité inter-évaluateurs)) ? Allez-vous trianguler les données pour accroître la rigueur ? Allez-vous rapporter les résultats contradictoires ?



### **Validité et fiabilité dans l'analyse de la recherche qualitative**

Dans les études quantitatives, la fiabilité signifie la répétabilité et l'indépendance des résultats par rapport aux chercheurs spécifiques générant ces résultats. Dans la recherche qualitative, la fiabilité implique que, compte tenu des données collectées, les résultats sont fiables et cohérents<sup>10</sup>. La force de la recherche qualitative réside dans la validité (fidélité à la vérité). Une bonne recherche qualitative, utilisant une sélection de méthodes de collecte de données, doit toucher le cœur de ce qui se passe plutôt que de se contenter d'une analyse superficielle. Au cours de l'analyse de données qualitatives, recherchez la validité interne grâce à laquelle une compréhension approfondie des données vous permettra de contrer des explications divergentes de vos résultats.

### **Analyse du matériel textuel**

Le processus de base pour l'analyse du texte issu d'entretiens ou de discussions est relativement simple et comprend :

- Identification de phrases, de thèmes et de relations similaires entre les thèmes.
- Identification de similitudes et de différences entre sous-groupes de la population (par exemple, hommes / femmes, ruraux / urbains, jeunes / vieux, riches / pauvres, etc.).
- Tentatives initiales de généralisation en identifiant des tendances cohérentes entre ou dans des sous-groupes.
- Revue critique et révision des généralisations, en accordant une attention particulière aux résultats contradictoires et aux valeurs aberrantes.

### **Analyse de domaines / thèmes**

Une approche relativement simple est basée sur l'identification de thèmes clés, appelés « domaines », et des relations entre eux.

Il y a quatre étapes dans l'analyse de domaines / thèmes, il faut :

- A. Identifier les principaux problèmes soulevés par les personnes interrogées – les domaines / thèmes.
- B. Regrouper des sujets plus détaillés au sein de chacun de ces domaines pour construire une classification systématique (appelée aussi taxonomie) des sous-catégories.
- C. Préciser ce qui a été effectivement dit et les composantes au sein de chaque sous-catégorie.
- D. Explorer les interrelations entre les différents domaines.



Dans la mesure du possible, les résultats des discussions de groupe doivent être transcrits mot pour mot. Les notes prises par la personne chargée de prendre des notes doivent être comparées à un enregistrement de la discussion. La personne chargée de prendre des notes et le modérateur doivent s'entendre sur une transcription finale. Les transcriptions (provenant de plusieurs groupes de discussion) doivent fournir le matériel nécessaire à une analyse systématique.

L'analyse des discussions de groupe abordera généralement un certain nombre de sujets de recherche et de sous-thèmes spécifiques, suscitant ainsi des sujets supplémentaires d'intérêt local, qui peuvent être utilisés pour définir les grands domaines d'analyse. Ceux-ci peuvent être subdivisés en thèmes, sous-thèmes, etc. et être attribués des codes systématiques.

L'analyse descriptive initiale doit également saisir : (i) les thèmes mentionnés les plus courants ; (ii) les thèmes moins courants ; (iii) les associations courantes entre les thèmes ; et (iv) les similitudes et les différences entre sous-groupes.



#### A. Identification des domaines / thèmes

- Indexer les textes, en identifiant les sujets ligne par ligne.
- Rassembler ces sujets parmi tous les entretiens pour définir une liste préliminaire.
- Certains sujets apparaîtront plus fréquemment que d'autres et certains sujets fréquents peuvent être classifiés en sous-thèmes.
- Combiner systématiquement les sujets reliés pour développer une liste de seulement quelques domaines assez larges.



### Exemple<sup>2</sup>

- **Tomber enceinte et être enceinte** : Signes de grossesse, signes de danger, problèmes physiques.
- **Sentiments durant la grossesse** : anxiété, colère / effroi, inquiétudes, gêne, désagrément, impressions.
- **Planification familiale** : méthodes.
- **Conseils / activités pour promouvoir la santé** : Exercice, activités, tabagisme, soins personnels, sources de conseils, sources d'information.
- **Naissance et fausse couche** : expériences antérieures, lieu, signes, naissance par césarienne ou normale, poids à la naissance.
- **Soins prénatals** : personnel, lieu, expériences, réunions, tests, distance et coût, logistique, temps d'attente.
- **Contexte général** : famille, emploi, géographie.

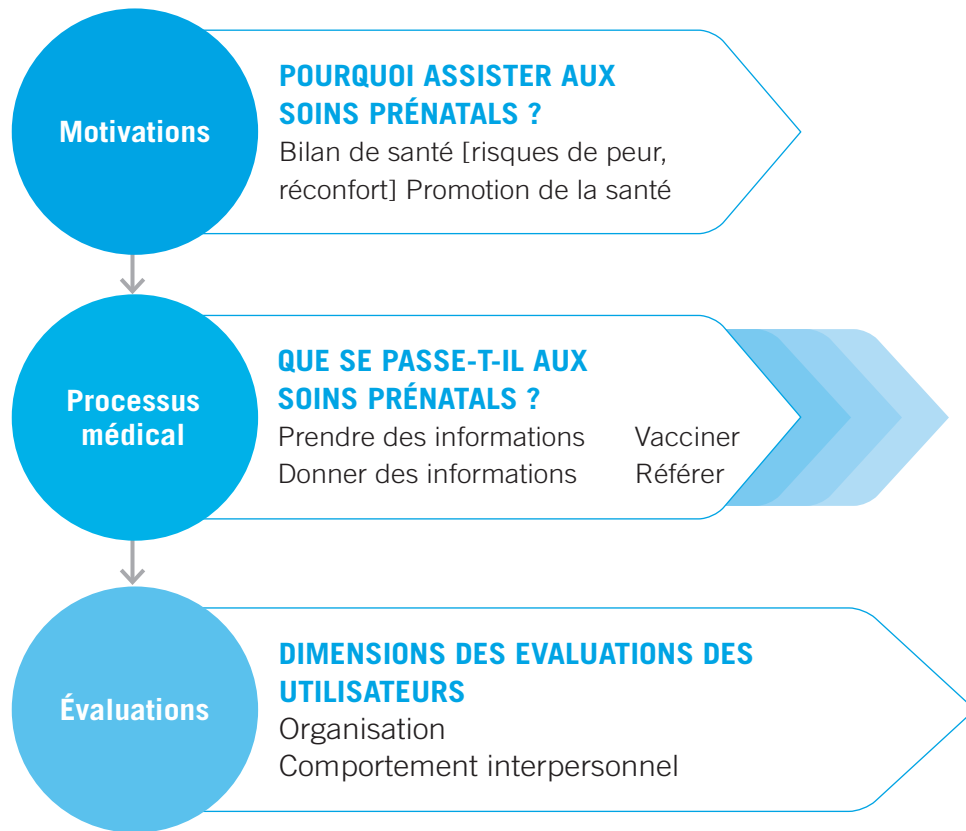
Dans l'exemple ci-dessus, les domaines généraux suivants ont été identifiés :

- Motivations pour les soins prénatals.
- Processus médical (expériences de soins prénatals et évaluation de ces soins).
- Risques pendant la grossesse.
- Antécédents en termes de reproduction.
- Contexte socio-économique.

Ces domaines sont représentés sur la Figure 8.

Après avoir fait la liste des domaines, il est utile de commencer à organiser les segments de texte dans les domaines principaux. Ce processus regroupe les phrases réellement énoncées et permet aux sous-catégories d'émerger directement à partir des propres mots des interviewés.

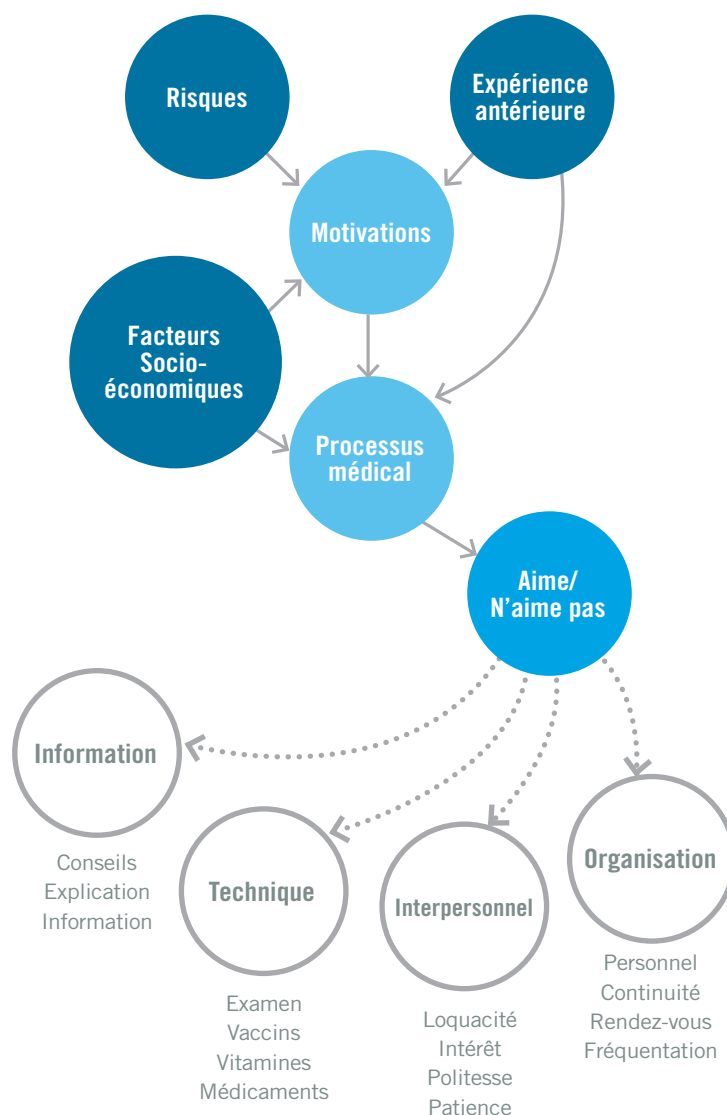
Figure 8 : Taxonomie des sous-catégories<sup>2</sup>



### B. Relations entre domaines / thèmes

Cette étape implique l'identification des relations entre les domaines ou les thèmes pour construire une image globale. Dans l'ensemble des citations réellement énoncées par les répondants, le chercheur doit identifier les déclarations qui relient un sujet à un autre. Par exemple, dans l'étude décrite ci-dessus, les chercheurs ont pu établir des associations entre les domaines qui reliaient les expériences antérieures des femmes, leur perception du risque et leur situation socioéconomique avec leurs évaluations des services de santé (Figure 9).



**Figure 9 : Relation entre les domaines<sup>2</sup>**

### Systemes de codage

Après une analyse initiale pour acquérir une compréhension globale des principales caractéristiques des données, de nombreux analystes appliquent une procédure de codage systématique. Les chercheurs déterminent la façon la plus appropriée d'effectuer une analyse systématique, en dévoilant et en documentant les liens entre les domaines, les thèmes et les sous-thèmes<sup>23</sup>. Ces codes sont assignés à des occurrences spécifiques de mots ou d'expressions, en soulignant les motifs dans le texte tout en préservant le contexte, comme illustré dans le Tableau 19.



**Tableau 19 : Matrice de perception des causes et signes du paludisme**

Discussion de groupe				
	Village A, femmes	Village A, hommes	Village B, femmes	Village B, hommes
Signes	Corps chaud Yeux jaunes Lèvres blanches	Selles sanglantes Corps chaud Yeux jaunes	Corps chaud Lèvres blanches Yeux jaunes Selles sanglantes	Corps chaud Yeux jaunes Lèvres blanches
Causes	Moustiques Mangues fraîches	Moustiques Être debout dans la chaleur Mangues fraîches	Moustiques Être debout dans la chaleur	Manger des mangues fraîches Moustiques

#### Description de l'analyse des données qualitatives

Les transcriptions des entretiens avec des intervenants clés et des discussions de groupe seront codées et analysées selon les thèmes émergents en utilisant le logiciel « Ethnograph » pour l'analyse de données qualitatives. Les données seront présentées sous forme de récits ou de tableaux de fréquence en plus de la description ethnographique dense standard.

Le codage des interviews des groupes de discussion, des notes de terrain ethnographiques et des entretiens avec les agents de santé utilisant le logiciel Atlas TI permettra d'analyser les thèmes émergents et la présentation des données sous forme de récits ou de tableaux de fréquences.

Les transcriptions des antécédents de vie seront codées et analysées selon les thèmes émergents (logiciel Ethnograph ou Atlas-Ti). Les données seront présentées sous forme de récits ou de tableaux de fréquence. En outre, des enregistrements vidéo des patients seront utilisés pour les actions de plaidoyer au niveau national et international avec la permission des participants aux entretiens. Les entretiens semi-structurés et ouverts avec les patients et les membres de la famille des patients seront codés et présentés comme des récits ou des fréquences de réponses codées pour mieux comprendre l'impact de la persistance de la TB-MR dans ce contexte.



## Analyse des données de méthodes mixtes

Dans un projet de RMO avec méthodes mixtes, montrer comment la rigueur scientifique sera assurée tout au long de votre étude est essentiel. Il est important d'examiner la validité (c'est-à-dire être capable de tirer des conclusions significatives d'une population) et la fiabilité (c'est-à-dire la stabilité des résultats des outils au fil du temps) des données quantitatives.

Pour assurer une validation qualitative, le chercheur utilisera un certain nombre de stratégies. En premier lieu, les participants auront l'occasion d'examiner les résultats et de faire des commentaires sur la question de savoir si les résultats reflètent fidèlement leur expérience. Deuxièmement, la triangulation des données sera établie à partir de diverses sources (transcriptions et entretiens individuels) et de plusieurs participants. Enfin, tout résultat « en contradiction » sera rapporté. Ceci afin de s'assurer que les récits fournis par les participants soient dignes de confiance.

Avant de commencer l'analyse, considérez comment l'étude de méthode mixte a été conçue. Reportez-vous au Tableau 7 sur les méthodes mixtes pour examiner l'ordre dans lequel les données ont été recueillies. Cela guidera le processus indiquant quelles données (qualitatives ou quantitatives) doivent être analysées en premier.

L'un des aspects importants de l'analyse des méthodes mixtes est la capacité de présenter ces données de manière à ce que les différentes méthodologies se « parlent » les unes aux autres. Par exemple, si les résultats de l'enquête quantitative montrent que 45% des mères ne fréquentent pas les services prénatals, l'ajout d'une citation directe d'une mère recueillie dans une discussion de groupe va ajouter un élément réel et tangible à ce résultat.

### Présentation des données pour votre public

Lorsque vous travaillez à l'analyse des données recueillies dans le projet de RMO, il est important de se rappeler qui recevra les résultats de la recherche. Cela permettra de déterminer comment les résultats de la recherche seront présentés. Par exemple, si les résultats sont diffusés lors de réunions communautaires, il est important d'utiliser des infographies et des citations simples ; en revanche lors de réunions de type atelier avec des décideurs de haut niveau, des informations plus détaillées et des chiffres sont nécessaires. Ceci est traité plus en détail dans le module « Communication et plaidoyer » de cette boîte à outils.

**VOIR****MODULE –  
COMMUNICATION  
ET PLAIDOYER**



## Références

1. Bowen J.D. et al. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009; 36(5):452–457.
2. Eldridge S. Pragmatic trials in primary health care: what, when and how? *Family Practice*. 2010; 27:591–592).
3. Roland M. and Torgerson D.J. Understanding controlled trials. What are pragmatic trials? *BMJ*. 1998; 316:24.
4. Mdege N.D. et al. Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011; 64:936–948.
5. Brown C.H. et al. Adaptive designs for randomized trials in public health. *Annual Review of Public Health*. 2009; 30: 1–25.
6. Kilbourne A.M. et al. Protocol: Adaptive Implementation of Effective Programs Trial (ADEPT): cluster randomized SMART trial comparing a standard versus enhanced implementation strategy to improve outcomes of a mood disorders program. *Implementation Science*. 2014; 9:132.
7. Blanchet K.B. et al. A mixed methods protocol to evaluate the effect and cost-effectiveness of an integrated electronic diagnosis approach (leDA) for the management of childhood illnesses at primary health facilities in Burkina Faso. *Implementation Science*. 2016; 11:111.
8. Amaratunga A. et al. Quantitative and qualitative research in the built environment: application of “mixed” research approach. *Work Study*. 2002; 51(1): 17–31.
9. Krefling L. Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1991; 45(3):214–22.
10. Lincoln Y.S. and Guba E.G. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.
11. Bryman A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*. 1985; 6:97–113.
12. Greene, J.C., Caracelli, V.J. and Graham, W.F. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*. 1989; 11(3):255–74.
13. Baqui A.H. et al. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 7: 371(9628):1936–44.
14. Baqui A.H. et al. Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: an observational cohort study. *BMJ*. 2009; 339:b2826
15. Choi Y. et al. Can mothers recognize neonatal illness correctly? comparison of maternal report and assessment by community health workers in rural Bangladesh. *Tropical Medicine and International Health*. 2010; 15: 743–753.



16. Shah R. et al. Community-based Health Workers Achieve High Coverage in Neonatal Intervention Trials: A Case Study from Sylhet, Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 2010; 28(6):610–618.
17. A useful list of biostatistics resources is available here: <http://libguides.lib.msu.edu/biostatistics> (accessed 17 October 2017).
18. Atkinson S. and Abu el Hap M. Domain analysis for qualitative public health data. *Health Policy and Planning*. 1996; 11(4): 438-42.
19. Surkis A. and Read K. Research data management. *Journal of the Medical Library Association: Journal of the Medical Library Association*. 2015; 103(3):154–156.
20. Guideline for good clinical practice. International Conference On Harmonisation Of Technical Requirements For Registration Of Pharmaceuticals For Human Use (1996). ([https://www.ich.org/fileadmin/Public\\_Web\\_Site/ICH\\_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6\\_R1\\_Guideline.pdf](https://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6_R1_Guideline.pdf), accessed 17 October 2017).
21. Walker N., Bryce J., and Black R.E. Interpreting health statistics for policymaking: the story behind the headlines. *The Lancet*. 2007; 369(9565): 956–963.
22. Bradley E.H., Curry L.A., and Devers K.J. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*. 2007; 42(4):1758–1772.
23. Miles M.B., and Huberman A.M. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Beverly Hills: Sage Publications, Inc.; 1994.
24. Merriam S.B. *Qualitative research and case study applications in education (2nd ed)*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998.
25. Maxwell, JA. *Qualitative research design: an interactive approach (3rd Edition, Vol 41)*. Los Angeles: Sage Publications, Inc.; 2013.

## Références en Français

26. Marie-Renée Guével, Jeanine Pommier « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration », *Santé Publique* 2012/1 (Vol. 24), p. 23-38. DOI 10.3917/spub.121.0023. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-23.html>



# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE



## Planification et conduite de la rmo

Edward Mberu Kamau et Robinah Najjemba

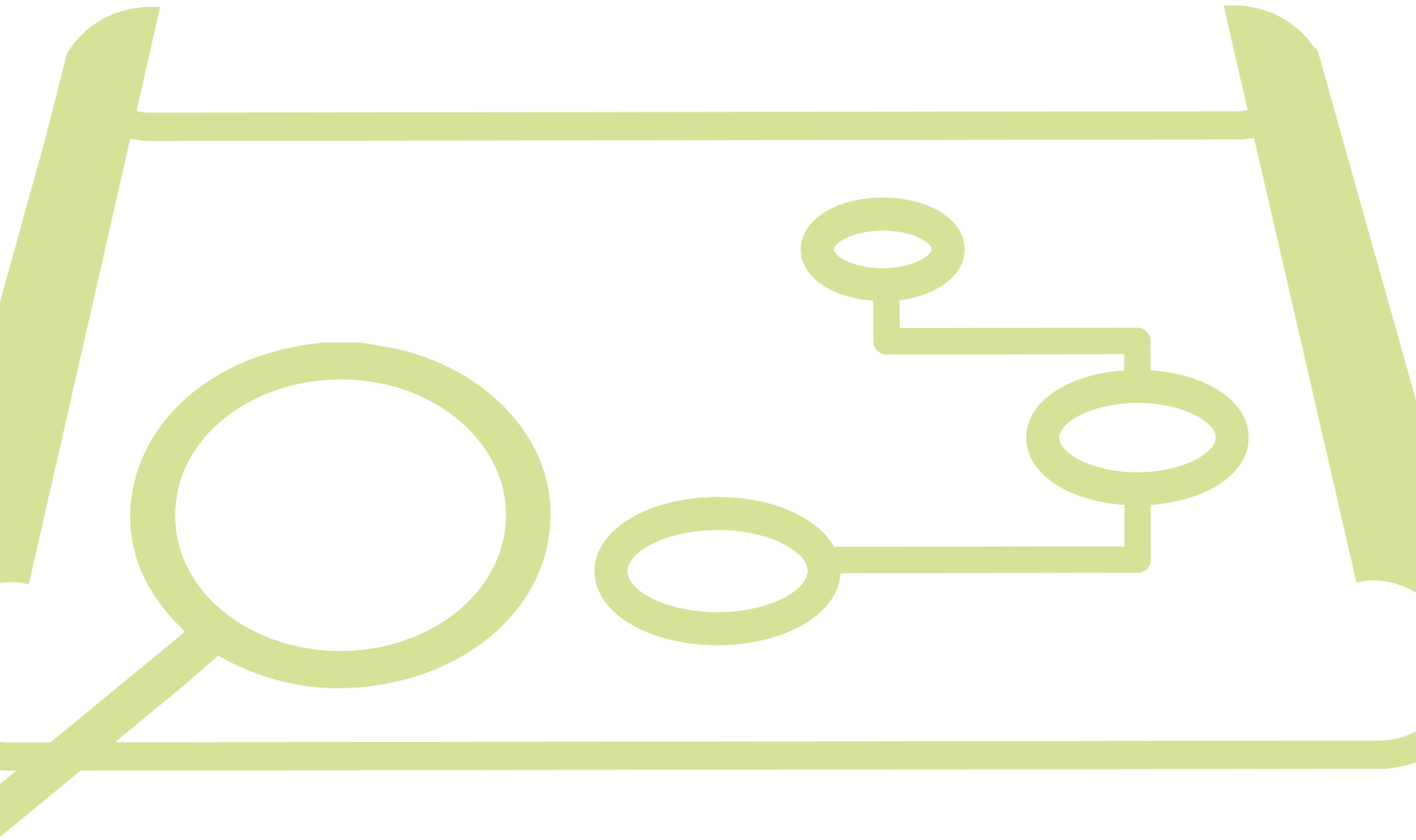
Planification du projet	201
Plan de suivi du projet	213
Développement d'un modèle logique	217
Développement des questions de suivi	220
Utilisation des données et rapports	227
Exécution du projet	229
Questions éthiques	237
Bonnes pratiques en matière de planification et de conduite de la RMO	246
Références	249
Lectures supplémentaires	250

# PLANIFICATION ET CONDUITE DE LA RMO

La clé d'un projet de recherche de mise en œuvre (RMO) réussi est une bonne planification.

Un plan de projet doit être : rationnel, objectif, justifié, coordonné, orienté vers le travail d'équipe et répondre aux attentes des parties prenantes. En outre, il faut avoir une allocation de ressources adéquate. Le processus de planification exige un travail d'équipe, des objectifs clairs, des produits livrables et des échéanciers précis, en plus de plans de financement pour : les ressources humaines, les coûts et budgets, le suivi et l'évaluation, la communication, la gestion de la qualité et des risques, comme résumé dans le Tableau 1. Le plan de projet doit être aussi explicite que possible avec suffisamment d'informations décrivant les processus et les procédures, y compris les rôles et les responsabilités des parties prenantes respectives. Avant la mise en œuvre d'un plan du projet, un consensus sur ses principales composantes doit être atteint avec toutes les parties prenantes, y compris les bailleurs de fond.





Le succès de l'exécution du projet repose en grande partie sur le plan du projet, une équipe compétente et coordonnée et des ressources bien gérées. La composition de l'équipe de recherche et les détails de la budgétisation sont abordés dans les modules « développer une proposition de RMO » et « intégrer la RMO dans le système de santé ».

Il est également essentiel que le chargé de projet, pendant qu'il exécute le projet de recherche, soutienne et surveille l'exécution des autres composantes du plan de projet (ressources humaines, budget, communications et plan de gestion des risques) en interagissant avec l'équipe du projet et les parties prenantes.

Ce module fournit des informations sur les activités qui concernent l'élaboration d'un plan de projet et les mesures à prendre une fois que le financement / ressources pour le protocole de RMO sont assurés. Il couvre les concepts de : (i) la planification du projet ; (ii) l'élaboration d'un plan de suivi pour le projet de recherche ; (iii) l'exécution du projet ; (iv) les questions éthiques dans un projet de RMO ; et (v) les bonnes pratiques en RMO.

**VOIR**

**MODULE - DÉVELOPPER UNE PROPOSITION DE RMO**

**VOIR**

**MODULE - INTÉGRER LA RMO DANS LE SYSTEME DE SANTE**



**Tableau 1 : Principaux plans et composantes de la planification d'un projet de RMO**

<b>Plans</b>	<b>Composantes</b>
Cartographie des parties prenantes	Parties prenantes et équipe de recherche concernées, y compris leurs rôles et responsabilités respectifs.
Portée du projet	But et objectifs du projet, couverture, populations cibles.
Chronologie du projet	Calendrier de travail, tâches, échéances pour les activités, jalons et produits livrables.
Plan de gestion des ressources	Ressources humaines, logistiques, techniques, financières.
Plan d'établissement des coûts	Budget global pour les apports et les activités.
Plan de gestion de la qualité	Examen et approbation du protocole, procédures opérationnelles standard (POS), formation de l'équipe de projet, validation des outils et des données, suivi, examen des rapports.
Plan de communication	Objectifs de communication, besoins d'information des parties prenantes, types de connaissance adaptés à différents publics, public cible, outils de communication, calendrier et fréquence de communication.
Plan de gestion des risques	Menaces potentielles des objectifs du projet et opportunité d'amélioration.
Plan de suivi	Objectifs du projet, modèle logique, ressources de suivi, indicateurs, cibles, sources de données, système d'analyse et de notification des données, diffusion et utilisation continues des données.
Évaluation et clôture du plan de projet	Objectifs d'évaluation, ressources, rapport de projet (technique et financier).

Un plan de projet efficace a cinq caractéristiques principales, comme suit :

- il décrit un processus de projet avec un début et une fin clairement définis, un calendrier bien défini d'activités et de jalons, et précise l'approche qui sera adoptée étape par étape.
- il alloue des ressources spécifiques à des activités distinctes.
- il définit les résultats finaux avec des objectifs de mise en œuvre spécifiques (par exemple en termes de temps, de coût, de performance ou de qualité).
- il démontre une approche planifiée et organisée de la mise en œuvre du projet, et utilise l'information générée par le suivi en continu pour effectuer des adaptations de planification.
- Idéalement le développement implique et engage une équipe de personnes ayant des horizons variés.



Un plan de projet est une consolidation de plusieurs sous-plans  
et PAS SEULEMENT un simple calendrier de projet.

message clé

Un plan de projet pour la RMO est comme tout autre plan : un document officiel et approuvé utilisé pour guider à la fois l'exécution et le contrôle du projet. Ses principales utilisations sont de documenter la planification, les hypothèses et les décisions, de faciliter la communication entre les parties prenantes du projet et d'enregistrer la portée, les coûts et le calendrier qui sont approuvés. Il décrit le problème de recherche abordé, les activités et les produits livrables associés, les personnes impliquées et leurs rôles et responsabilités spécifiques, les échéanciers du projet, les indicateurs et les jalons. Un plan de projet efficace fournit une vision très claire qui porte sur ce qui doit être fait et pourquoi, sur les normes qui doivent être atteintes, sur qui fait quoi, combien cela coûte et comment ces coûts sont couverts.

Une planification adaptée facilite le renforcement continu de l'objectif du projet et assure un consensus autour d'une stratégie et d'un plan de développement de projet. Cela permet également d'assurer l'appropriation du projet par toutes les parties prenantes, qui peuvent alors comprendre qui fait quoi, et quand et comment chaque action a un impact sur le projet dans son ensemble. Une bonne planification améliore le travail d'équipe et la transparence, facilite le suivi du projet et l'identification des problèmes, et fournit à l'administration et aux bailleurs de fonds des informations essentielles pour examiner les progrès du projet.

"Proper Planning and Preparation Prevent  
Poor Performance" (Stephen Keague)".

qui allitère ainsi en français : « Planification et préparation  
appropriées préviennent piètre performance ».

message clé

Le plan de projet établit la portée du projet ainsi que les échéanciers et le budget appropriés pour l'exécuter. Il aide les parties prenantes à anticiper ou à identifier les obstacles et contraintes potentiels pour respecter le calendrier, la mise en œuvre et l'achèvement du projet. Un plan de projet facilite également la communication entre les parties prenantes, et coordonne les procédures, le travail d'équipe et la collaboration.

Les plans de projet sont généralement présentés en quatre phases principales : conception, planification, mise en œuvre et suivi (voir Tableau 2).



**Tableau 2 : Principales activités associées à la planification d'un projet de recherche**

<b>Phase</b>	<b>Activités principales</b>
Conception du projet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Déterminer les problèmes / questions à étudier et élaborer la (les) question(s) de recherche.</li><li>• Identifier les parties prenantes concernées.</li><li>• Identifier les sources de financement et obtenir un soutien financier.</li><li>• Développer un protocole de recherche.</li><li>• Obtenir une autorisation éthique.</li></ul>
Planification	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organiser le groupe de recherche et le comité consultatif.</li><li>• Établir des procédures de gestion budgétaire et financière.</li><li>• Développer un plan de suivi.</li><li>• Développer un plan de diffusion.</li><li>• Planifier pour le renforcement des capacités et le soutien technique.</li></ul>
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obtenir l'approbation des parties prenantes appropriées pour commencer l'exécution.</li><li>• Pré-tester tous les outils de recherche.</li><li>• Mettre en œuvre l'idée nouvelle.</li><li>• Assurer un suivi continu du processus de mise en œuvre.</li><li>• Établir et maintenir la gestion des données et le contrôle de la qualité.</li><li>• Communiquer les résultats.</li><li>• Explorer les interprétations et recommandations des parties prenantes découlant des résultats de la recherche.</li><li>• Suivre les changements dans le projet révisé.</li></ul>
Suivi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diffuser les résultats et les recommandations.</li><li>• Documenter tout changement dans la politique ou les directives résultant de la recherche.</li><li>• Envisager des moyens d'améliorer le projet qui pourraient être testés grâce à d'autres recherches.</li><li>• Clore le projet.</li></ul>

## Planification du projet

Le processus d'élaboration d'un plan de projet doit être systématique et impliquer tous les membres de l'équipe et les parties prenantes concernées. Les étapes principales sont décrites ci-dessous. Cliquez sur chaque rubrique pour plus de détails.

### Portée du projet

Pour établir la portée du projet il convient d'étudier le but du projet, les objectifs, la zone d'étude, le niveau du système de santé, la population cible et la taille de l'échantillon, les tâches et les produits livrables. À ce stade, vous devez avoir le protocole du projet de recherche, une équipe de recherche et des parties prenantes établies ainsi que les ressources nécessaires, y compris le budget requis.

### Échéances du projet

La durée du projet doit refléter de façon réaliste le temps nécessaire pour réaliser chaque phase du plan de projet. Assurez-vous que le plan tienne compte du temps requis pour le recrutement du personnel et pour la logistique. Les échéanciers du projet doivent présenter :

- une description des tâches à effectuer ;
- le calendrier et les échéances pour les tâches ;
- les personnes affectées aux tâches ;
- le nombre de jours-personnes requis pour effectuer chaque tâche.

La durée d'un projet a d'importantes conséquences en termes de respect des délais pour les produits livrables et le rapport final et, par conséquent, la planification du projet doit suivre des normes de gestion de projet rigoureuses. Il existe des logiciels commerciaux disponibles, tels que Microsoft Project, pour aider à préparer et suivre la mise en œuvre d'un plan de travail.

Les plans de travail et les échéanciers sont présentés au mieux avec un graphique, une table ou une feuille de calcul. Si cela est fait correctement, l'échéancier aidera à démontrer visuellement la faisabilité du projet. Idéalement, le plan de travail doit inclure des détails clairs, identifier les tâches spécifiques et indiquer les responsabilités et la période où l'activité aura lieu. Les Figures 1 et 2 montrent certains des formats qu'on peut adopter pour les échéanciers de projets. Choisissez le style le plus approprié pour votre projet.

**Figure 1 : Échéancier d'un projet de RMO (exemple)**





Figure 2 : Diagramme de Gantt d'un projet de RMO (exemple)





### Plan de gestion des ressources

Un projet de recherche réussi nécessite des ressources humaines, logistiques, techniques et financières adéquates et bien gérées. Toutes les ressources doivent être mobilisées avant l'exécution du projet. Les sources de financement potentielles telles que les agences multilatérales, les bailleurs de fonds bilatéraux, les fondations privées et les trusts, ainsi que les sources locales, sont discutées dans le module « développer une proposition de RMO ».

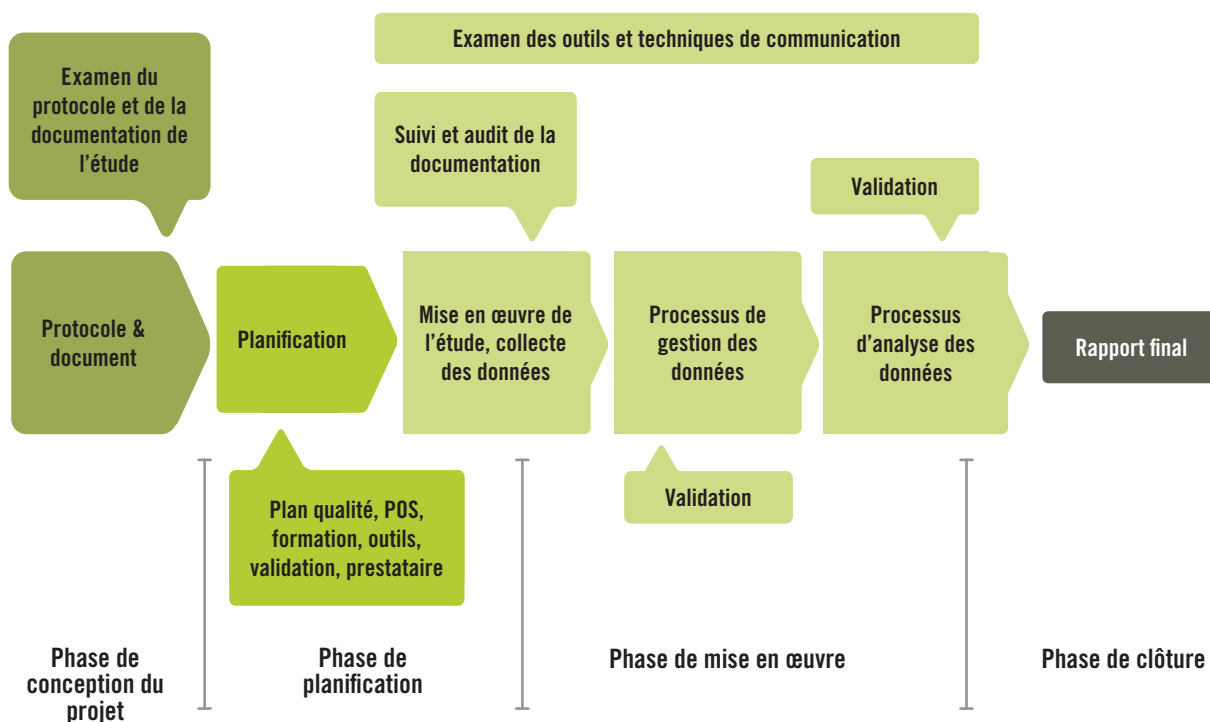
Il est conseillé de procéder à une évaluation détaillée de toutes les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du projet. Les ressources humaines doivent être suffisantes à la fois en termes de quantité et d'expérience / capacités. Pour chaque activité, les besoins en équipement et matériel doivent être établies. De même, les besoins financiers pour chaque élément – ainsi que le coût total pour entreprendre chaque activité dans le cadre du plan de projet – doivent être recensés et budgétisés en détail. En outre, il faut élaborer des plans de gestion pour les ressources humaines, la logistique et le budget. Les capacités techniques des membres de l'équipe doivent correspondre le plus possible aux tâches et besoins identifiés. En cas de disparité, des efforts visant à renforcer les capacités doivent être intégrés dans le plan du projet.

### Plan de gestion de la qualité

L'assurance qualité fait partie intégrante de toutes les activités de recherche et il est essentiel d'intégrer la gestion de la qualité dans le protocole et la planification. La gestion de la qualité est la responsabilité de toute personne engagée dans le projet et elle est essentielle pour assurer que le projet respecte ou dépasse les normes scientifiques, éthiques et réglementaires applicables. Le plan de gestion de la qualité doit indiquer clairement comment votre équipe de recherche prendra des mesures cohérentes et continues pour surveiller et évaluer la qualité et la rigueur de la recherche. Il doit indiquer comment vous évalueriez la qualité à différentes étapes. Par exemple, si le projet dure plus d'un an, vous pouvez stipuler que vous avez l'intention d'avoir des évaluations et des rapports annuels de suivi de la qualité. Afin de faciliter les ajustements et les corrections rapides, les procédures de qualité standard doivent être communiquées à toutes les parties prenantes. La gestion de la qualité doit également exprimer une préoccupation constante et cohérente pour les participants au projet de recherche, en abordant la façon dont vous allez protéger leur vie privée et leur sécurité. La Figure 3 fournit un exemple visuel de la manière dont des activités de gestion de la qualité continues et cohérentes peuvent être assurées.

**VOIR****MODULE -  
DÉVELOPPER UNE  
PROPOSITION DE  
RMO**

**Figure 3. Activités pour aborder les problèmes de qualité dans un projet de recherche**



Certaines des activités essentielles que vous pouvez intégrer dans votre projet de RMO pour améliorer sa qualité incluent :

- examen et approbation du protocole ;
- procédures opérationnelles standard (POS) ;
- validation des outils de recherche ;
- formation de l'équipe du projet ;
- contrôle et suivi de la qualité ;
- évaluation des services fournis ;
- évaluation de la performance des prestataires de services ;
- examen des rapports.

Les stratégies de suivi et d'évaluation qui peuvent aider à améliorer la qualité de votre projet de recherche incluent (voir aussi le Tableau 3) :

- Un registre d'information pour garder une trace des commentaires des parties prenantes, des actualités publiées et des articles écrits sur le projet, ainsi que le nombre de fois que cette recherche est citée dans la littérature scientifique.
- Documentation détaillée : un grand nombre des observations faites lors du suivi en continu des activités sont contextuelles et essentielles à l'interprétation des résultats.





- Une enquête peut être menée auprès des membres du public cible afin de générer des commentaires de rétro-information (feedback). Par exemple, des questionnaires peuvent être distribués en utilisant des moyens appropriés et économiques.
- Une série d'entretiens avec des informateurs clés à divers niveaux du système de santé peut permettre de déterminer si et comment la recherche a été utilisée.

**Tableau 3 : Descriptions de diverses stratégies de gestion de la qualité**

Stratégie	Description
Examen et approbation du protocole	La rigueur de la recherche comprend la stipulation de la façon dont vous protégerez les droits et le bien-être des participants à la recherche. Des protocoles peuvent également être établis pour assurer la cohérence pour la validation et la diligence dans les procédures liées à la collecte et aux données (outils normalisés, protocoles d'entretien cohérents). De plus il est recommandé d'instaurer des listes de contrôle et des protocoles établis pour assurer la cohérence et la rigueur de l'analyse des données entre les sites et entre des chercheurs.
Procédures opérationnelles standard (POS)	Le chercheur principal (PI = <i>principal investigator</i> ) doit mettre en place des protocoles pour établir la rigueur et la cohérence entre les chercheurs et les sites de recherche. Cela peut inclure des procédures de collecte de recherche normalisées (établissement d'un protocole ou d'une liste de contrôle) ; créer des outils normalisés et des protocoles d'entretiens à utiliser entre les sites et entre tous les chercheurs ; contrôles constants pour assurer que les procédures soient respectées consciencieusement ; et organiser des sessions de formation avec les chercheurs et les assistants de recherche.
Validation des outils de recherche	Indiquer si les outils de recherche sont standardisés et si des études et rapports antérieurs ont démontré leur fiabilité et leur validité (en ce qui concerne le contenu, les critères et la construction).
Formation de membres de l'équipe	Une formation adéquate est essentielle à la sécurité des participants, à la mise en œuvre du protocole et à l'assurance et amélioration de la qualité. Un point essentiel est la formation des chercheurs et des assistants aux procédures de collecte de données pour assurer la sécurité des participants, ainsi que pour assurer la cohérence et la rigueur de la recherche entre les sites.
Contrôle qualité et suivi	Le contrôle de la qualité est important pour garantir des résultats fiables et cohérents. Quelles procédures seront incorporées dans la conception de la recherche pour assurer la mise en œuvre de méthodes cohérentes pour la collecte de données entre les différents sites de recherche et entre les différents chercheurs ? La méthodologie proposée doit aider les enquêteurs à identifier les problèmes de qualité des données qui peuvent être corrigés pendant la collecte des données, ainsi qu'à identifier les biais de collecte des données qui peuvent être ajustés ultérieurement.



Stratégie	Description (suite)
Évaluation des services fournis par le projet	Le suivi et l'évaluation de la prestation de services sont essentiels pour analyser et, si possible, améliorer l'efficacité des services fournis. Établir des «limites critiques ou seuils» pour mesurer l'efficacité et la qualité des services fournis aux participants / clients / patients. Établir des systèmes d'archivage et de documentation appropriés. Effectuer des visites régulières sur site pour suivre les progrès et évaluer l'impact. Établir des mesures correctives. Évaluer, avec les professionnels de santé concernés, les succès et enseignement tirés, et appliquer les enseignements tirés aux dispositifs existants ou nouvellement mis en place.
Évaluation de la performance des prestataires de services	La génération et l'utilisation d'informations sur la performance des prestataires de services peuvent conduire à une amélioration substantielle de transparence et de responsabilité, ce qui favorise l'adhésion à des normes de qualité plus élevées en matière de prestation de services. Les outils d'évaluation s'appuient sur des experts externes qui mesurent la qualité et la performance par rapport à un ensemble prédéterminé d'indicateurs. Les outils de suivi et d'évaluation participatifs cherchent à engager les utilisateurs de services au-delà d'une simple rétro-information, afin qu'ils jouent également un rôle actif dans la planification et la mise en œuvre de l'évaluation. Cela aide à renforcer la capacité de la communauté locale à analyser, à engager une réflexion et à agir. Des fiches d'évaluation mises à la disposition de la communauté prévoient une participation active du groupe et permettent aux participants eux-mêmes d'identifier des indicateurs de qualité et de performance.
Examen des rapports	Les rapports doivent être rédigés et partagés suffisamment à l'avance pour permettre à tous les chercheurs et aux parties prenantes concernées de lire, réagir, commenter, réviser, corriger, contribuer et faire des commentaires. Différents formats seront requis pour différentes plateformes d'évaluation (par exemple des présentations Powerpoint et / ou des textes).

### Plan de gestion des risques

Les risques comprennent à la fois les menaces pesant sur les objectifs du projet et les possibilités d'améliorer ces objectifs. La gestion des risques est un processus systématique d'anticipation, d'identification, d'analyse et de réponse aux risques et menaces concernant le projet, et doit être considérée tout au long du projet. Un plan de gestion des risques décrit le processus d'identification des risques, d'analyse, de planification de réponse, ainsi que la façon dont le suivi et le contrôle seront structurés et réalisés pendant le projet.

Les risques doivent être hiérarchisés en fonction du niveau d'impact potentiel sur le projet. Les outils et les techniques d'identification des risques comprennent examen de documents, techniques de collecte d'informations telles que le brainstorming, entretiens, et analyses des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT), etc<sup>1</sup>.



Voici quelques exemples de risques dans un projet de recherche :

- Mauvaise qualité des données.
- Manque d'allocation de ressources.
- Coupes budgétaires inattendues.
- Perte de certains membres de l'équipe de recherche avant achèvement des tâches.
- Aucune contribution des parties prenantes.
- Mauvaise communication au sein de l'équipe.
- Appareils essentiels tombant en panne.
- Formation inadéquate de l'équipe de recherche.

Le Tableau 4 présente certaines des approches qui peuvent être adoptées pour atténuer les risques dans un projet de recherche.

**Tableau 4 : Activités d'atténuation des risques dans un projet de recherche**

Approche d'atténuation des risques	
Mauvaise qualité des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essais pilotes / pré-tests.</li> <li>• Examiner les données fréquemment.</li> <li>• Formation</li> </ul>
Perte de personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'urgence.</li> <li>• Formation d'autres membres du personnel du projet.</li> </ul>
Panne des appareils	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenance, inventaire des pièces de rechange.</li> <li>• Identifier d'autres sources possibles.</li> </ul>

### Plan de suivi

Le suivi de projet est important non seulement pour identifier les défis posés par la mise en œuvre, mais également pour prendre en compte des lacunes identifiées lors de l'exécution et apporter des modifications au plan du projet en conséquence. Prendre le temps de suivre les progrès du projet permet aux chercheurs et aux autres parties prenantes de comparer de manière systématique et réfléchie les progrès réalisés avec les étapes convenues, et de procéder aux ajustements nécessaires. Le plan de suivi décrit comment les activités du projet doivent être suivies et relie les informations stratégiques provenant de divers systèmes de collecte de données aux décisions de routine sur la façon d'améliorer le projet. Le plan de suivi contribue également à la normalisation et à la coordination, en rendant les procédures plus transparentes et en aidant à maintenir la mise en œuvre sur la bonne voie.

Bien que les activités de suivi et d'évaluation S&E soient des composantes importantes de la RMO, il faut savoir que S&E et RMO ne sont pas équivalents<sup>2</sup>. Bien que la plupart des plans de S&E fournissent un guide pour suivre un projet en entier, le plan de suivi dans ce contexte vise à suivre seulement les processus impliqués dans la mise en œuvre de la recherche et non pas les résultats de santé. Parce qu'un projet de RMO fait souvent partie d'un programme de



santé qui normalement a son propre système de S&E, les chercheurs doivent s'efforcer d'élaborer un plan de suivi spécialement conçu pour mesurer les résultats immédiats de la mise en œuvre du projet. Le processus d'élaboration d'un plan de suivi est décrit en détail dans la section suivante.

### Plan de communication et de plaidoyer



« Ce qui est mesuré est réalisé. »

"What Gets Measured – Gets Done".

L'objectif direct de communication et de plaidoyer axés sur le projet est d'assurer que les bonnes informations soient communiquées au bon public, et ce, pour une raison claire et de façon opportune. Les objectifs généraux sont de promouvoir l'appropriation et l'engagement dans la recherche des principales parties prenantes et, en fin de compte, de promouvoir et de faciliter l'adoption des résultats de la recherche dans les politiques et les programmes associées.

Avant de développer un plan de communication et de plaidoyer, vous devez avoir des objectifs clairs pour le projet ainsi qu'une compréhension claire des besoins d'information des différentes parties prenantes. Le plan de communication présente les objectifs de communication, les outils, le calendrier et les publics. Les membres du public cible principal sont les bénéficiaires directs de l'information, tandis que les membres du public cible secondaire sont ceux qui influencent directement le public cible principal. Pour faciliter l'adoption de vos résultats de recherche, votre plan doit indiquer comment vous avez l'intention d'informer toutes les parties prenantes de vos résultats de recherche à des étapes spécifiques de la recherche. Le processus d'élaboration d'un plan de communication est décrit plus en détail dans le module « communication et plaidoyer » de cette boîte à outils.

MODULE -  
COMMUNICATION  
ET PLAIDOYER

VOIR

Le Tableau 5 présente les grandes lignes d'un plan de communication et de plaidoyer pour un projet offrant la circoncision comme stratégie de prévention du VIH et le Tableau 6 montre un exemple de public cible secondaire pour le même projet.

#### Publics cibles primaires et secondaires

Une intervention visant à promouvoir la circoncision sécurisée pour la prévention du VIH avait pour but d'encourager les hommes à se présenter à la circoncision. Le public principal était les hommes non circoncis à risque d'infection par le VIH ; les publics secondaires comprenaient des agents de santé, des leaders d'opinion et les partenaires sexuels féminins. Dans ce contexte / environnement, chaque public avait besoin de son propre plan de communication ciblé.

Cependant, la même intervention visait également à mobiliser les décideurs pour qu'ils intègrent les politiques de circoncision dans le cadre de la politique de santé nationale existante. Dans ce contexte, les fonctionnaires du ministère de la Santé et le corps législatif, ainsi que d'autres leaders d'opinion, constituaient également un public cible principal.


**Tableau 5 : illustration d'un plan de communication et de plaidoyer pour le public principal**

Objectif de communication	Public principal	Stratégie de communication	Outils de diffusion	Échéances	Ressources	Personne responsable
Persuader les hommes d'opter pour la circoncision médicale sécurisée	Hommes	Ateliers de sensibilisation	Brochures, sketches dramatiques, « champions du changement »	3 mois	Agents de santé, mobilisateurs communautaires, financement	Chargé de communication du projet
Rechercher l'appui des décideurs pour incorporer la circoncision masculine dans les services de soins post-nataux.	Décideurs politiques	Séminaires	Note de politique	9 mois	Chercheur principal (PI), financement du programme	Chercheur principal (PI)

**Tableau 6 : illustration d'un plan de communication pour un public secondaire**

Objectif de communication	Public principal	Stratégie de communication	Outils de diffusion	Échéances	Ressources	Personne responsable
Rechercher le soutien des leaders d'opinion pour soutenir la circoncision médicale dans leurs communautés.	Leaders d'opinion	Campagnes de sensibilisation	« Champions du changement » Vidéos	3 mois	Responsables sanitaires, films, financement	Chargé de communication du projet
Persuader les hommes de solliciter une circoncision médicale sécurisée	Partenaires sexuels	Conseiller les partenaires	Brochures	6 mois	Conseillers, pièces pour conversations privées, financement	Conseiller de projet



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**En utilisant un format similaire aux Tableaux 5 et 6, élaborer un plan de communication pour les publics cibles primaires et secondaires de votre projet de recherche.**

#### Plan d'évaluation

Le plan d'évaluation montre comment les objectifs de la recherche seront atteints. Il indique également comment vous comptez suivre de près les changements dans le plan du projet et les problèmes rencontrés et résolus (ou non), afin que vous puissiez informer les parties prenantes et inclure cette information dans tous les rapports préliminaires et intermédiaires. Un plan d'évaluation a également les objectifs suivants : (i) identifier qui utilisera les résultats de l'évaluation ; (ii) décrire les informations nécessaires, sources et méthodes / outils d'évaluation utilisés ; (iii) examiner comment les objectifs du projet seront atteints ; (iv) suivre l'impact attendu de l'intervention ; et (v) démontrer que la portée de l'évaluation est appropriée.

Les équipes de recherche engagent souvent des consultants pour mener des évaluations de projets et les coûts associés représentent environ 10% du budget total. Dans votre plan, indiquez si l'évaluation sera effectuée par un membre de l'équipe interne ou un consultant externe. De plus, le plan d'évaluation doit se préoccuper de ce qui se passera après la fin de la période de financement. Par exemple, comment les initiatives lancées dans le cadre du projet seront-elles soutenues dans la durée ? Comment d'autres agences de coopération aideront-elles à poursuivre le projet après la fin de la période de financement ?



## Cas d'étude 1 Planification d'un projet de RMO, exécution et mesures d'assurance qualité

**Contexte :** L'Indonésie a lancé son programme national d'élimination de la filariose lymphatique (FL) en 2002, y compris le traitement médicamenteux de masse (TMM, couramment appelé simplement « traitement de masse ») annuel dans les régions endémiques. En 2014, certaines régions avaient mené au moins cinq séries de TMM efficaces et étaient donc admissibles pour les enquêtes d'évaluation de la transmission afin de déterminer si le TMM pouvait être interrompu. Dans le district d'Agam, malgré de multiples tournées de TMM, la couverture médicamenteuse était insuffisante et une transmission persistante de la FL était observée. À Depok City, le programme ne pouvait pas se qualifier pour les enquêtes d'évaluation de la transmission en raison d'une couverture médicamenteuse insuffisante lors de plusieurs tournées de TMM. Les raisons de l'insuffisance de la couverture dans la ville de Depok et la présence de la transmission continue de la FL dans le district d'Agam n'étaient pas comprises. C'est dans ce contexte que les chercheurs ont cherché à accroître leurs connaissances sur la façon de guider et d'aider ces zones à mettre en œuvre des tournées de TMM supplémentaires au-delà des 4-6 cycles initialement suggérés par le programme. Cela a été fait à travers le développement d'une nouvelle conception d'enquête pour recueillir des récits courts sur les expériences directes des gens avec le TMM pour la FL.

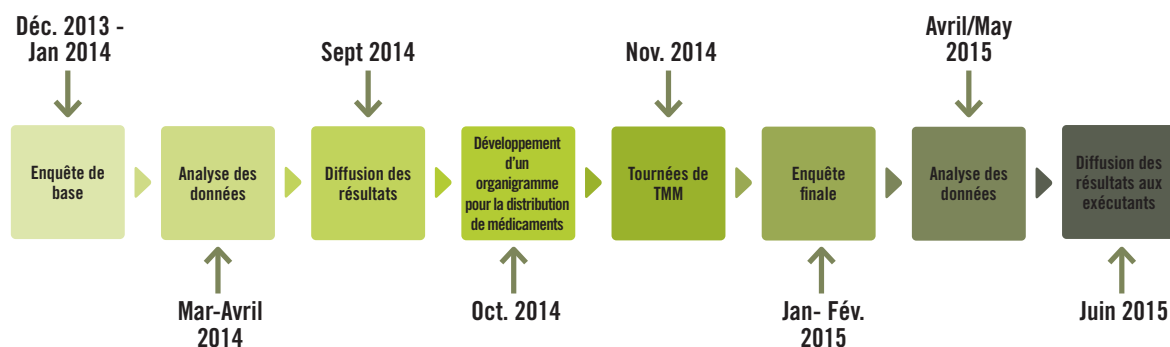
**Phase de planification :** En collaboration avec les responsables de la mise en œuvre du programme, l'équipe de recherche a développé un outil d'étude pour déterminer les facteurs qui pouvaient être responsables de la couverture sous-optimale dans les deux sites d'étude. Grâce à un processus de collaboration, des thèmes de recherche ont été identifiés, un plan de mise en œuvre du projet a été élaboré et des outils de collecte de données ont été conçus. Ce processus impliquait une communication régulière avec les équipes de santé du district afin de déterminer les dates importantes pour la formation des enquêteurs, les enquêtes communautaires, les activités de sensibilisation au TMM et les dates de TMM même. Avant les enquêtes, l'équipe de recherche a demandé l'approbation éthique de la Faculté de Santé de l'*Universitas Indonesia* pour la recherche dans les deux sites d'étude.

**Phase d'exécution :** Le projet a été mis en œuvre en trois phases. Dans la première phase (de base) les données ont été collectées, analysées et interprétées et des recommandations viables partagées entre les parties prenantes avant le prochain TMM. La deuxième phase (exécution) impliquait l'adoption de TMM en utilisant les recommandations basées sur les résultats de l'enquête de base. Ces recommandations ont servi à élaborer un organigramme pour aider les personnes qui distribuaient les médicaments. La troisième phase (évaluation) comportait un autre cycle de collecte de données (enquête finale) pour évaluer les changements qui pouvaient avoir eu lieu à la suite des recommandations de l'enquête de base. La figure ci-dessous montre la chronologie d'exécution du projet.



## Cas d'étude 1 Planification d'un projet de RMO, exécution et mesures d'assurance qualité

Figure. Chronologie d'exécution pour l'ensemble du projet



### Assurance qualité

Pour assurer la qualité des données :

- les questionnaires ont été pré-testés auprès d'une cohorte de personnes dans la ville de Depok avant la collecte des données ;
- les collecteurs de données ont été formés à la méthodologie de l'enquête ;
- tous les questionnaires ont été administrés par des agents recenseurs formés ;
- les superviseurs ont vérifié les questionnaires remplis à la fin de chaque journée ;
- le même cadre d'échantillonnage et la même méthodologie ont été utilisées dans les enquêtes de base et finale ;
- les données ont été saisies deux fois (à l'aide d'Epi-Info) ;
- les données ont été vérifiées pour le biais de réponse, les gammes de valeur et la cohérence.

**Conclusion** : Grâce au processus de collaboration décrit, les chercheurs et les responsables de la mise en œuvre ont développé un outil valide et efficace capable de détecter les problèmes opérationnels au sein des programmes de TMM. Ils ont également été en mesure d'élaborer un plan de mise en œuvre efficace.

**Enseignements** : La planification nécessite un travail d'équipe et une étroite collaboration entre les responsables de la mise en œuvre du programme et les chercheurs. Cette étroite collaboration permet d'aligner les activités de recherche sur les activités du programme. La qualité doit également être maintenue tout au long du cycle de vie du projet.

Source : 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.





## Plan de suivi du projet

La RMO a lieu dans des environnements complexes. Par conséquent, l'exécution du projet ne se déroule pas toujours comme prévu. Cela rend le développement d'un plan de suivi d'autant plus important pour les projets de RMO. Comme pour l'élaboration du plan de projet global, l'élaboration d'un plan de suivi doit être aussi itérative et participative que possible. Elle doit prendre en considération les besoins d'information de toutes les parties prenantes. Vous devez être conscient des objectifs du projet et des hypothèses qui sous-tendent son succès ou son échec.

Un plan de suivi est un « document vivant » qui doit être ajusté  
chaque fois que les activités du projet sont modifiées.

message clé

Le plan de suivi doit être élaboré de manière transparente afin que tous les membres de l'équipe et les parties prenantes soient au courant du plan et comprennent aussi leurs rôles et responsabilités respectifs. Un plan de suivi efficace doit prévenir toute erreur potentielle dans la pratique et se conformer à plusieurs normes associées :

- *Utilité* : il doit être utile et servir les besoins d'information pratiques et stratégiques des utilisateurs concernés pour entrer en action ; cela peut aller de l'évaluation de la performance du projet à l'allocation des ressources, etc.
- *Faisabilité* : il doit être réaliste et pratique. Compte tenu du manque habituel de ressources, le plan doit utiliser au mieux les systèmes de collecte de données existants. Cependant, si de nouveaux systèmes de collecte de données sont mis en place, les ressources (coût et capacité technique) doivent être soigneusement prises en compte.
- *Éthique* : le suivi implique la collecte de données, le stockage, l'analyse et la communication d'informations sur les participants. L'ensemble du processus doit donc respecter les principes éthiques en ce qui concerne les personnes engagées ou affectées par les activités de suivi.
- *Exactitude* : Les données doivent mesurer ce qui est prévu et le plan de suivi doit fournir des informations techniquement correctes et utiles pour la prise de décision et l'amélioration des projets.

Les composantes essentielles sur lesquelles le plan de suivi doit être construit sont :

- *Portée du suivi* : spécifier les objectifs du projet et développer le cadre conceptuel qui intègre apports, activités, produits et résultats.
- *Approche méthodologique* : décrire la méthodologie, les indicateurs, les sources de données et le plan d'analyse.
- *Plan de mise en œuvre* : décrire les rôles et responsabilités et les échéances pour les activités de suivi.
- *Plan de diffusion et utilisation des résultats* : description de la stratégie de diffusion, y compris une rétro-information aux parties prenantes concernées.



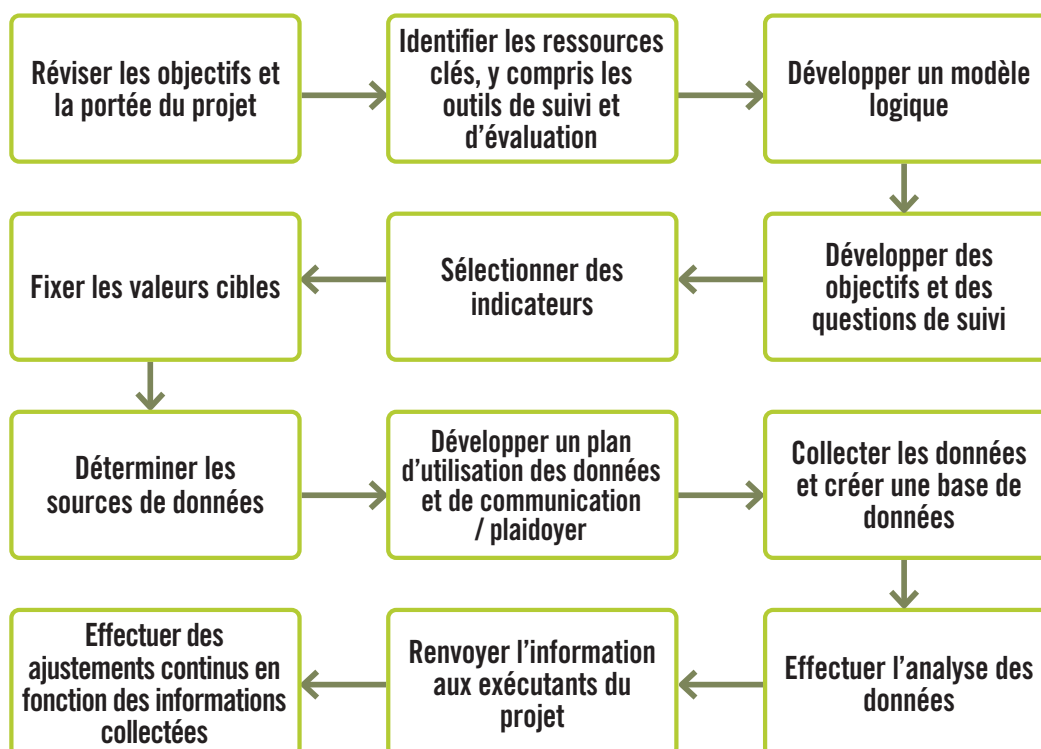
Un ensemble de questions clés utiles peut aider à guider un suivi efficace :

- Quelles informations sont nécessaires et quelles en sont les sources ?
- Qui doit être engagé dans le suivi ?
- Quand le suivi doit-il être effectué ?
- Quelle est la stratégie de communication et l'utilisation de données ?

### Étapes clés de l'élaboration d'un plan de suivi de projet

Avant de développer un plan de suivi, vous devez définir le but et les objectifs globaux du projet, le contexte dans lequel le projet opère et les principales parties prenantes. Des ressources et une capacité technique suffisantes pour mener les activités de suivi proposées et des échéances réalistes doivent également être établies. Puisque les activités de suivi impliquent la collecte de données sur des êtres humains, les principes éthiques doivent être observés tout au long du processus et doivent faire partie intégrante du protocole original. La Figure 4 résume les 13 étapes clés à prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan de suivi. Cependant, notez que ces étapes ne sont pas nécessairement indépendantes les unes des autres et qu'elles peuvent se chevaucher substantiellement.

Figure 4 : Étapes clés de l'élaboration d'un plan de suivi pour un projet de RMO



#### Réviser les objectifs et la portée du projet

L'examen des objectifs du projet et la manière dont leur succès peut être défini aide à la création d'une feuille de route pour le suivi des activités. Le plan de suivi doit prendre en compte les activités essentielles, le(s) public(s) cible(s), les principales activités de suivi et des échéances réalistes. La portée du projet se réfère à : i) la



couverture ou zone géographique ; ii) le niveau du système de santé dans lequel le projet est mis en œuvre (par exemple, établissement de santé, communauté) ; iii) la population cible ; et iv) les parties prenantes. Le tableau 7 illustre les objectifs et la portée d'un projet de recherche visant à améliorer la couverture vaccinale contre la poliomyélite dans un district du Nigéria, en mobilisant les autorités du gouvernement fédéral et local dans le cadre d'une campagne de mobilisation populaire intitulée « Majigi », avec un film présenté dans les collectivités locales en bord de route à l'aide de fourgonnettes mobiles<sup>3</sup>.

**Tableau 7 : Objectifs et portée d'un projet de recherche (exemple)**

Objectifs	
Objectif principal	Améliorer la couverture vaccinale contre la poliomyélite grâce à la mobilisation des autorités gouvernementales fédérales et locales.
Objectifs spécifiques	Engager activement les leaders traditionnels, religieux et politiques à tous les niveaux dans les activités de sensibilisation et de mobilisation.
Portée du projet	
Zone géographique	Conseil local de Gezawa dans l'Etat de Kano, Nigeria
Niveau du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissement de santé</li> <li>• Niveau communautaire</li> </ul>
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leaders d'opinion</li> <li>• Sentinelles communautaires</li> </ul>
Parties prenantes essentielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé</li> <li>• Leaders d'opinion</li> <li>• Sentinelles communautaires :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• dirigeants politiques</li> <li>• chefs traditionnels</li> <li>• chefs religieux</li> <li>• guérisseurs traditionnels</li> <li>• accoucheuses</li> <li>• chirurgiens traditionnels</li> </ul> </li> </ul>
Principales activités pour le projet et échéances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation communautaire</li> <li>• Campagne communautaire «Majigi»</li> <li>• Suivi des activités mensuelles de vaccination supplémentaires régulières</li> <li>• Documentation du taux de couverture vaccinale dans chaque localité pendant 6 mois</li> </ul>
Description du suivi	
Suivi des activités et échéances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi de la couverture vaccinale contre la poliomyélite pendant les 6 mois suivants.</li> <li>• Documentation du nombre de personnes vaccinées sur chaque site.</li> <li>• Documentation du nombre d'enfants qui n'ont jamais reçu de vaccination contre la poliomyélite.</li> </ul>



## Étude de cas 2

### Importance d'un suivi continu du traitement au zinc contre la diarrhée infantile lors de la mise à l'échelle nationale (Bangladesh)

**Contexte** : Les maladies diarrhéiques demeurent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Des essais cliniques montrent que le zinc, dans le cadre d'un traitement contre la diarrhée infantile, aide non seulement à réduire la gravité et la durée de la diarrhée, mais réduit également la probabilité d'un épisode répété dans le futur. En 2004, l'OMS / UNICEF a révisé la gestion clinique des directives relatives à la diarrhée infantile pour y inclure le zinc.

Le projet « *Scaling Up of Zinc for Young Children* » ou SUZY (c'est-à-dire : « du zinc à grande échelle pour les jeunes enfants ») a été établi au Bangladesh en 2003 pour fournir un traitement au zinc contre la diarrhée chez tous les enfants de moins de cinq ans. Le projet a été soutenu par des organisations publiques, privées et non gouvernementales, ainsi que par des agences multinationales. La campagne de mise à l'échelle comprenait la production et la distribution de comprimés de zinc, la formation de professionnels de la santé pour assurer le traitement au zinc et la création de campagnes médiatiques (TV et radio) pour sensibiliser et promouvoir l'utilisation du zinc dans le traitement de la diarrhée. Pour établir l'efficacité et le succès de la campagne nationale et mettre en évidence les problèmes potentiels lors de la mise en œuvre des initiatives de soins dans les zones défavorisées, quatre sites d'enquête ont été mis en place pour suivre les résultats des deux premières années de la campagne SUZY. Chacune des zones étudiées représentait un segment différent de la population au Bangladesh : bidonvilles urbains, zones urbaines de non-bidonvilles, zones municipales (petites villes) et milieux ruraux. La population étudiée sur ces sites était d'environ 1,5 million d'enfants de moins de cinq ans. Sur chaque site, sept enquêtes ont été menées entre septembre 2006 et octobre 2008. Au cours de chaque enquête, environ 3200 enfants atteints de diarrhée ont participé à l'étude à partir de ménages sélectionnés au hasard.

**Résultats** : Au départ, la sensibilisation au traitement du zinc était inférieure à 10% dans toutes les communautés. 10 mois plus tard, ce pourcentage a atteint 90%, 74%, 66% et 50% dans les zones urbaines de non-bidonvilles, les zones municipales, les bidonvilles urbains et les zones rurales, respectivement. Après 23 mois, seulement 25% des enfants de moins de cinq ans en zones urbaines de non-bidonvilles, 20% dans les bidonvilles municipaux et urbains et 10% en milieux ruraux utilisaient du zinc pour traiter la diarrhée infantile. L'utilisation de zinc s'est avérée sûre, avec peu d'effets secondaires, et n'a pas affecté l'utilisation des traitements traditionnels. Cependant, de nombreux enfants n'ont pas reçu le traitement correct de dix jours et 50% des parents ont reçu sept comprimés de zinc ou moins. Les résultats ont également montré que bien que la première campagne nationale de promotion du traitement du zinc contre la diarrhée infantile au Bangladesh ait connu un certain succès, la forte sensibilisation au zinc ne s'est pas traduite par un usage intensif. La campagne de mise à l'échelle n'a eu aucun effet négatif sur l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO). Toutefois, il y avait des disparités dans la couverture du traitement au zinc qui favorisait les ménages urbains à revenu élevé.

**Conclusions** : L'étude a identifié des domaines où davantage de travail était nécessaire pour assurer des niveaux de couverture plus élevés. Par exemple, il était nécessaire de lier les messages des médias avec ceux des prestataires de soins de santé pour aider à renforcer et à promouvoir leurs connaissances sur l'utilisation du zinc. Un changement d'orientation des messages médiatiques passant de la sensibilisation à la promotion de la prise de décision au niveau des ménages a favorisé l'adoption du traitement au zinc contre la diarrhée infantile et l'amélioration de l'observance.

**Étude de cas 2****Importance d'un suivi continu du traitement au zinc contre la diarrhée infantile lors de la mise à l'échelle nationale (Bangladesh)**

**Enseignements** : Le suivi à long terme des programmes de mise à l'échelle peut identifier d'importantes lacunes dans la couverture de traitement et fournir les informations nécessaires sur les résultats attendus et imprévus, informations qui sont utiles pour guider des prises de décision adaptées.

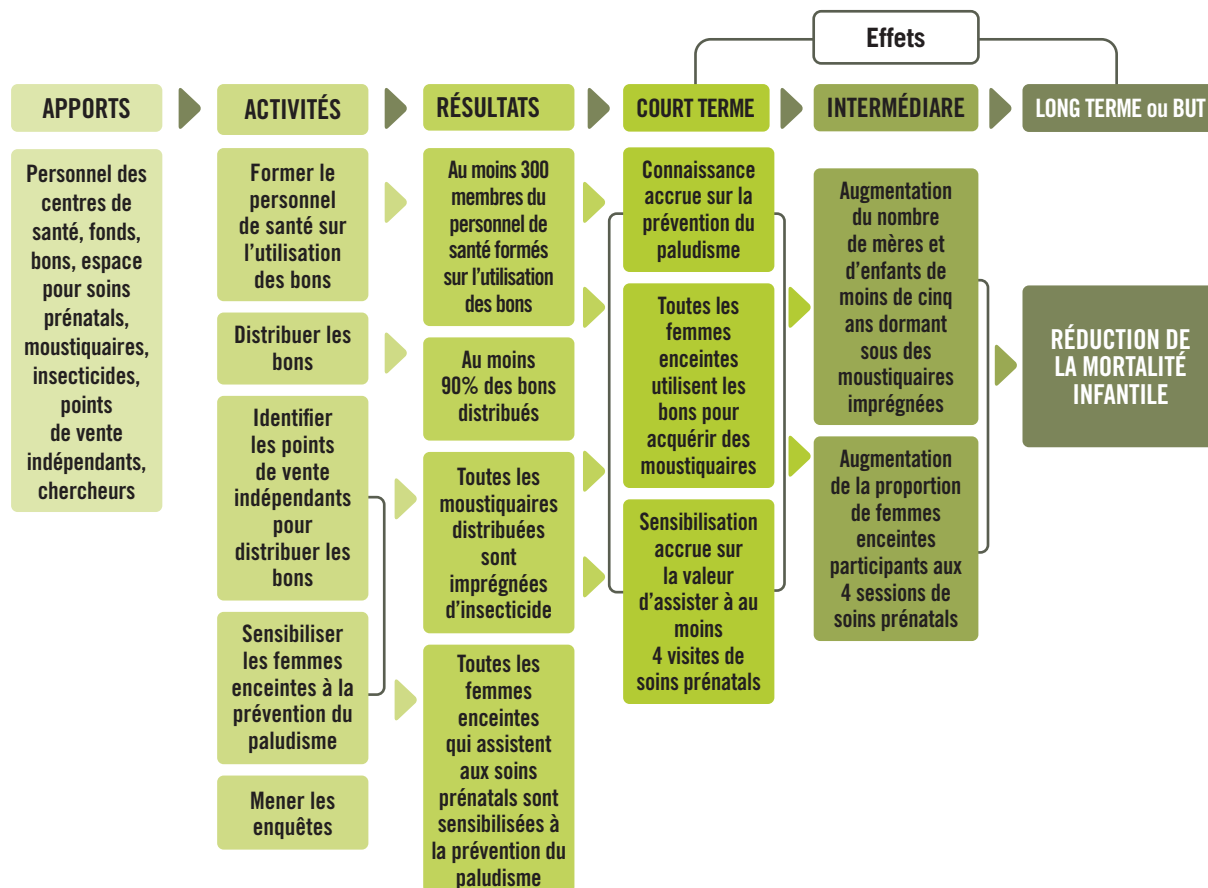
Source : Larson C.P., Saha U.R., and Nazrul H. Impact monitoring of the national scale up of zinc treatment for childhood diarrhea in Bangladesh: repeat ecologic surveys. PLoS Medicine. 2009; 6(11):e1000175.

**Développement d'un modèle logique**

Le modèle logique (basé sur la chaîne apports-résultats-effets) relie le but et les objectifs du projet aux paramètres du projet. Il fournit une référence pour expliquer pourquoi l'exercice de suivi est entrepris et ce qu'il a l'intention d'accomplir. Les paramètres directeurs pour développer le modèle logique sont les suivants : i) définir l'intervention, la couverture et la population cible – cela aide l'équipe à concentrer ses efforts de suivi et fournit un « ancrage » pour l'identification des ressources et des processus requis ; ii) préciser les réalisations attendues (c.-à-d. les produits et les résultats immédiats) ; et iii) définir le calendrier (pour la mise en œuvre du projet, pas seulement pour l'exercice de suivi). Cependant, il faut savoir qu'une description « linéaire » d'un problème ou d'une approche complexe peut restreindre la flexibilité et la possibilité d'amélioration en continu s'il n'y a pas de mise à jour pendant la mise en œuvre. La Figure 5 montre les différents niveaux d'un modèle logique pour un projet de recherche en Tanzanie où les femmes enceintes qui se rendaient aux soins prénatals pouvait utiliser des bons à échanger contre des moustiquaires dans des points de vente indépendants<sup>4</sup>.



Figure 5 : Modèle logique d'un projet de recherche



### Hypothèses relatives au contexte externe

### Définitions

**Effets (Outcome)** – Les effets ou les changements ultimes anticipés à la suite du projet :

- **à long terme / But(s)** : Les objectifs de plus haut niveau que le projet est censé atteindre ou auquel il peut contribuer. Ceux-ci peuvent être au-delà de la portée du projet (par exemple, réduire le taux de mortalité infantile).
- **intermédiaires** : Changements de comportement, d'actions, de pratique. Souvent visible seulement un certain temps après la mise en œuvre du projet (par exemple augmentation de l'utilisation de moustiquaires imprégnées, ou des services de vaccination).
- **à court terme** : Résultats immédiats ou conséquences des résultats du projet (par exemple, augmentation des connaissances, sensibilisation, motivation (par exemple, utilisation des services de vaccination)).

**Résultats (output)** : Observations / paramètres pouvant être directement influencés par le projet et sous la responsabilité de l'équipe de recherche ou de mise en œuvre (par exemple un meilleur accès à la vaccination).

**Activités** : Actions / engagements spécifiques qui sont réalisés dans le cadre du projet afin de produire les résultats escomptés (par exemple formation, élaboration de brochures, enquête, sensibilisation, etc.).

**Apports (input)** : Ressources essentielles nécessaires pour soutenir le projet (personnel, équipement, financement, etc.).



## Présomptions

Le modèle logique exige également l'identification de conditions ou d'événements importants qui échappent au contrôle de l'équipe de recherche et qui sont considérés comme essentiels :

- pour contribuer à l'objectif ;
- pour la réalisation de résultats spécifiques ;
- pour la production des résultats escomptés ;
- pour que la mise en œuvre commence et se poursuive de manière durable.

Les présomptions revêtent un intérêt particulier pour la RMO car elles sont particulièrement pertinentes en ce qui concerne le potentiel de réplique, de mise à l'échelle ou de transfert de l'intervention en question. Certaines questions clés pour aider à améliorer les hypothèses que vous documentez peuvent inclure :

- Les hypothèses énoncées sont-elles plausibles dans le contexte existant ?
- Dans quelle mesure les hypothèses sont-elles spécifiques au contexte de cette recherche ?
- Y a-t-il d'importantes hypothèses implicites (non identifiées) ?
- Quelles peuvent être les conséquences d'hypothèses incorrectes ?
- Au cours du projet, certaines hypothèses se sont-elles révélées incorrectes ?



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Développez un modèle logique décrivant chacun des éléments suivants pour votre projet de RMO :**

- **Apports**
- **Activités**
- **Résultats**
- **Effets**
- **Hypothèses**



## **Développement des questions de suivi**

Le suivi des objectifs et des questions vous aident à évaluer objectivement si le projet progresse selon le calendrier, le budget et les critères de qualité convenus. L'« objectif de suivi » décrit et définit l'objectif général de la conduite des activités de suivi. Il doit être spécifique, réaliste et dans les limites de durée et de portée spécifiées du projet. Utilisez le modèle logique du projet comme guide pour identifier les objectifs et les questions de suivi adaptés aux différents niveaux du modèle. La Figure 6 illustre certaines des questions de suivi (par niveau de modèle logique) pour un projet visant à réduire la mortalité infantile en distribuant des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes en utilisant un système de bons dans le cadre d'un partenariat public-privé en Tanzanie (comme mentionné dans la section « développer un modèle logique »).

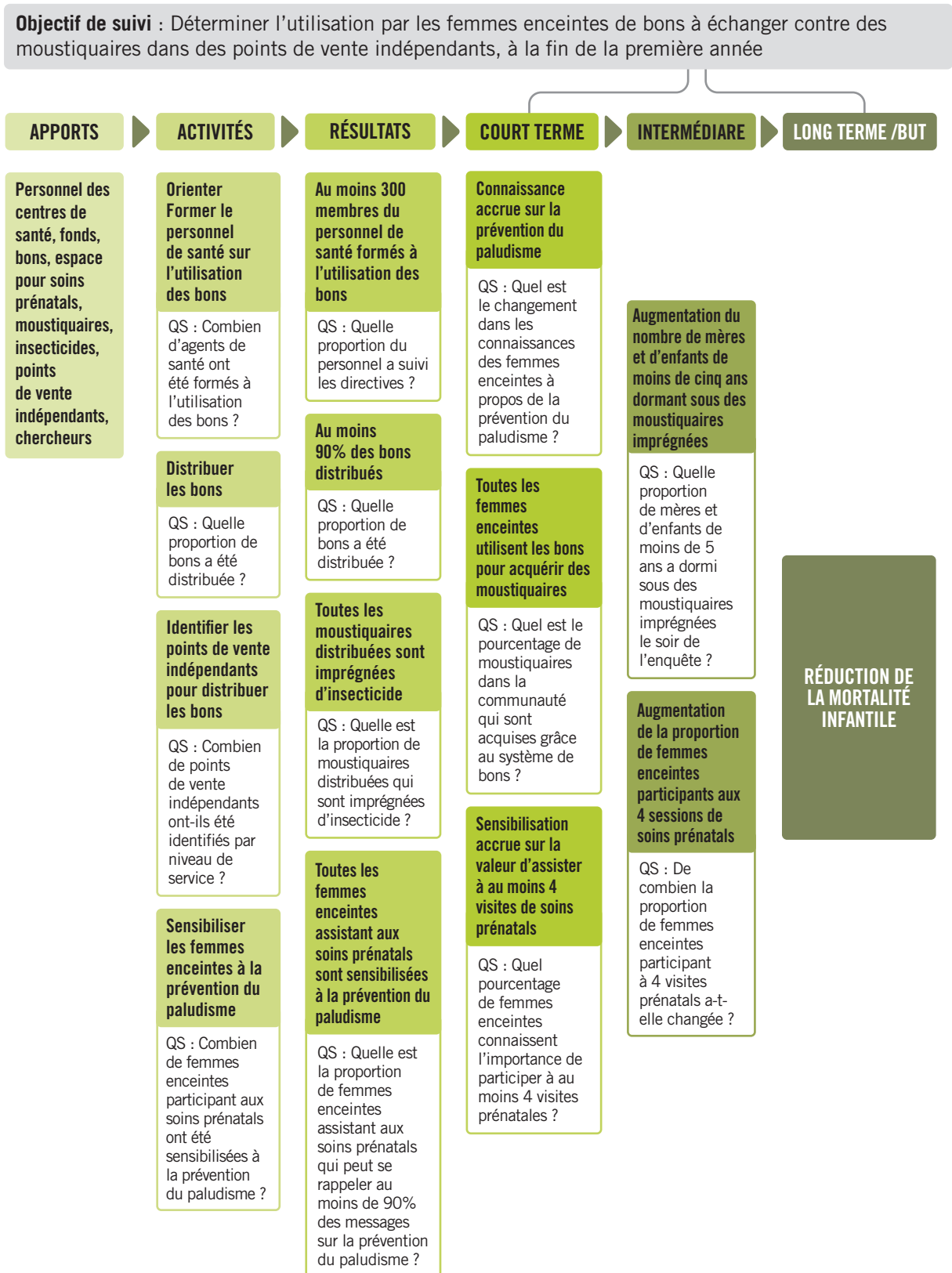
### **Identifier les ressources pour mettre en œuvre le plan de suivi**

L'élaboration et la mise en œuvre du plan de suivi nécessitent des ressources humaines et financières suffisantes, ainsi que des systèmes de gestion de l'information. Il est recommandé d'évaluer les ressources disponibles pour la coordination des activités, la collecte des données, la gestion de la qualité, l'analyse et la diffusion de l'information avant le début des activités de suivi. Cependant, compte tenu du manque habituel de ressources, il est généralement judicieux de tirer parti des ressources disponibles pour le suivi et l'évaluation (S&E), comme les guides d'indicateurs, le matériel et les outils de communication de S&E plutôt que d'en développer de nouveaux, pour mettre en œuvre le plan de suivi du projet.





Figure 6 : Exemple de suivi



QS = question de suivi



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**Ajoutez des questions de suivi pertinentes et spécifiques au cadre logique que vous avez déjà développé pour votre projet dans la section précédente.**

#### Sélection d'indicateurs clés

L'une des étapes essentielles de l'élaboration d'un plan de suivi consiste à traduire les objectifs de la recherche en indicateurs pouvant être mesurés facilement et objectivement. Ces indicateurs doivent être définis avant le début de la mise en œuvre du projet et comprendre une combinaison d'indicateurs axés soit sur les processus soit sur les résultats. Ils doivent être basés sur la question de recherche et les objectifs du projet, et leur justification doit être fondée sur le modèle logique et les besoins d'information des décideurs. Les indicateurs doivent être pertinents, précis, réalisables, distinctifs et utiles, et conformes aux normes internationales ou nationales. La sélection d'indicateurs appropriés est itérative et participative et doit engager les parties prenantes concernées. Il est utile de développer une matrice d'indicateurs résumant les indicateurs du plan de suivi. Le Tableau 8 décrit les sources de données pour les indicateurs à divers niveaux du modèle logique.


**Tableau 8 : Matrice des indicateurs (exemple)**

Niveau dans le modèle logique	Indicateur de question de suivi	Données	Source
<b>Apports (input)</b>			
• Bons	Combien de bons ont été achetés ?	Nombre de bons achetés	Registres du projet
• Moustiquaires	Combien de moustiquaires ont été achetées ?	Nombre de moustiquaires achetées	Registres du projet
<b>Activités</b>			
• Formation du personnel de santé	Combien d'agents de santé ont été formés à l'utilisation des bons ?	Proportion d'agents de santé formés	Journal d'activité
• Distribution de bons	Quelle proportion des bons a été distribuée ?	Proportion des bons distribuée	Registres du projet
• Identifier des points de vente indépendants pour distribuer les moustiquaires	Combien de points de vente indépendants ont été identifiés ?	Proportion de points de vente indépendants choisie par niveau de service ?	Registres du projet Enquête
• Sensibiliser les femmes qui assistent aux consultations prénatales à la prévention du paludisme	Combien de femmes participant aux soins prénatals ont été sensibilisées à la prévention du paludisme ?	Nombre de femmes enceintes assistant aux visites prénatales sensibilisées à la prévention du paludisme.	Entretiens de sortie
• Mener les enquêtes	Les enquêtes ont-elles été menées comme prévu ?	Nombre d'enquêtes menées.	Registres du projet
<b>Résultats (output)</b>			
• 300 agents de santé formés à l'utilisation des bons d'échange.	Quelle proportion du personnel formé applique les directives lors de la distribution de bons ?	Pourcentage des agents de santé suivant les directives.	Enquête dans les centres de santé
• Au moins 90% des bons ont été distribués.	Quelle proportion des bons est distribuée ?	Pourcentage de bons distribués.	Registres du projet
• Toutes les moustiquaires distribuées sont des moustiquaires imprégnées d'insecticide.	Quelle est la proportion de moustiquaires qui sont imprégnées d'insecticides ?	Nombre de moustiquaires distribuées étant imprégnées d'insecticide.	Enquête Registres du projet



Niveau dans le modèle logique	Indicateur de question de suivi	Données	Source
Résultats/ effets ( <i>Outcome</i> )	Les connaissances de la communauté sur la prévention du paludisme se sont-elles été améliorées ?	Pourcentage de la communauté ayant des connaissances sur la prévention du paludisme.	Enquête
<b>Effets à court terme (immédiatement)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissances accrues sur la prévention du paludisme</li> </ul>	Quel est le changement dans les connaissances des femmes enceintes en matière de mesures préventives contre paludisme ?	Niveaux de connaissance comparés à l'enquête de base.	Entretiens de sortie
<ul style="list-style-type: none"> <li>90% des moustiquaires sont achetées via le système de bons.</li> </ul>	Quelle proportion / nombre de moustiquaires sont acquises via le système de bons ?	Proportion / nombre de moustiquaires acquises grâce au système de bons.	Enquête, Enquête dans les centres de santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>Au moins 4 visites prénatales</li> </ul>	Quelle proportion de femmes enceintes connaît l'importance de participer à au moins 4 visites prénatales ?	Proportion de femmes enceintes participant à au moins quatre visites prénatales.	Enquête
<b>Effets à moyen terme /Intermédiaire (1 à 2 ans)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation du nombre de mères et d'enfants dormant sous les moustiquaires</li> </ul>	Quelle est la couverture de moustiquaires dans la communauté ?	Proportion de mères et d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires.	Enquête
Augmentation du nombre de femmes enceintes assistant à au moins 4 visites prénatales	De combien a changé la proportion de femmes enceintes assistant à au moins 4 visites prénatales ?	Proportion / nombre de femmes enceintes effectuant 4 visites prénatales ou plus	Enquête



**Des questions spécifiques et des indicateurs mesurables facilitent le suivi.**



### Fixer des valeurs cibles

Fixer des valeurs cibles est un élément essentiel de la planification du suivi et de l'évaluation. Afin de déterminer la variance (c.à.d. le pourcentage de valeurs cibles atteintes), il est nécessaire non seulement de mesurer l'indicateur, mais aussi de prédéterminer une valeur cible pour cet indicateur. Les valeurs cibles doivent être fixées en consultation avec toutes les parties prenantes afin que tous comprennent ce que le projet s'engage à réaliser. En fixant des valeurs cibles, on établit une mesure concrète pour juger si le projet progresse comme prévu ou s'il est nécessaire d'ajuster la mise en œuvre ou le calendrier. Les valeurs cibles doivent être réalistes, mais doivent aussi être suffisamment ambitieuses pour encourager le personnel et les parties prenantes à réfléchir aux accomplissements potentiels pendant le cycle de vie du projet. Les facteurs à prendre en considération lors de la définition des valeurs cibles comprennent : les niveaux de base ; les tendances passées ; les avis d'experts ; les résultats de recherche ; ce qui a été accompli ailleurs ; les attentes des clients ; la capacité et la logistique à disposition pour atteindre les objectifs. Les valeurs cibles fixées au moment du développement du protocole – qui peuvent avoir été basées sur des informations de données secondaires – peuvent être affinées après la collecte des valeurs de base. De plus, les valeurs cibles peuvent continuer à changer pendant la mise en œuvre, en raison d'influences externes échappant au contrôle des chercheurs. Dans tous les cas, toute modification des valeurs cibles doit être communiquée aux parties prenantes et toute modification apportée doit suivre les procédures et les autorisations appropriées.

### Établir des sources de données, des systèmes d'analyse et de rapport

Afin de prendre des décisions fondées sur des preuves, les décideurs ont besoin d'informations provenant de diverses sources. Malgré de nombreuses sources potentielles de données pour le suivi, celles-ci peuvent ne pas être suffisamment complètes ou appropriées pour informer un projet de RMO, en particulier compte tenu des considérations contextuelles. Les données peuvent également être collectées à différents niveaux du système de santé, en fonction des objectifs spécifiques du projet. Les sources de données existantes et les outils de collecte de données peuvent inclure : statistiques de service, dossiers administratifs ou programmatiques, systèmes d'information géographique, évaluations des installations, entretiens qualitatifs, observations et questionnaires / enquêtes.

De manière générale, le suivi de la mise en œuvre doit être relativement rapide et simple, avec une collecte de données plus importante et plus coûteuse réservée à la mesure des résultats ou de l'impact. La valeur des données qualitatives ne doit pas non plus être négligée. En considérant la perception et les expériences des principaux intervenants du projet (par exemple, participants et parties prenantes), les réussites, enseignements fondamentaux et expériences des parties prenantes ou des photographies peuvent compléter utilement les faits et les chiffres, combler des lacunes et fournir des renseignements et des connaissances complémentaires aux statistiques. En règle générale, le suivi du processus peut nécessiter l'utilisation de sources de données différentes de celles qui sont souvent utilisées pour suivre les résultats du projet (voir le Tableau 8).

La fréquence de collecte des données doit être suffisante pour appuyer les décisions de gestion, mais pas trop fréquentes pour éviter de surcharger les membres de l'équipe. En outre, les mêmes sources de données doivent être utilisées pour mesurer les indicateurs tout au long du cycle de suivi.

Des exemples de collecte de données pour le suivi de projet comprennent :

- Examen de données de routine recueillies régulièrement, avec par exemple le système d'information sanitaire (SIS) (par exemple, nombre de traitements contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans).
- Nouvelles données collectées pour suivre la mise en œuvre du projet (par exemple, entretiens avec des agents de santé engagés dans un projet de conseil aux mères d'enfants de moins de 5 ans).
- Examen des données collectées spécifiquement pour le projet de RMO (par exemple, discussions de groupe avec des guérisseurs traditionnels sur le traitement du paludisme et avec des personnes référées au centre de santé pour les enfants de moins de 5 ans).

Un système de suivi doit être capable de relier la collecte de données, son analyse et son utilisation. Il doit également stocker, gérer et accéder de manière systématique et fiable aux données de suivi et d'évaluation. Ainsi, le plan de suivi doit comporter une composante d'analyse de données détaillée indiquant comment les résultats seront analysés et présentés. Cette procédure nécessite un examen critique des ressources pour l'analyse et le stockage des données. Pour une prise de décision efficace, la gestion des données doit être opportune, sécurisée et dans un format pratique et facile à utiliser.

**Figure 7. Un coup d'œil humoristique aux excès d'un système de suivi<sup>5</sup>**



**NE PAS LAISSER LE SUIVI ET  
L'ÉVALUATION ALOURDIR LE PROGRAMME  
QU'IL EST CENSÉ SOUTENIR !!**



Surveiller et évaluer uniquement ce qui est nécessaire et suffisant pour la gestion et les obligations du projet.



## Utilisation des données et rapports

Bien que l'objectif ultime du suivi soit d'améliorer l'efficacité du processus de mise en œuvre, les résultats des efforts de suivi ne doivent pas être gaspillés ou mal utilisés. Les données doivent être traitées de manière appropriée et ensuite partagées au sein de l'équipe de projet et avec les autres parties prenantes. L'information doit être adaptée aux intérêts et aux besoins spécifiques des parties prenantes afin qu'elle puisse être réintroduite dans le projet en temps opportun pour soutenir la prise de décision et les ajustements du projet.

L'utilisation efficace des données ou informations dépend des décisions des destinataires quant au moment et à la manière de les utiliser. Des stratégies telles que la tenue de dialogues avec les parties prenantes, des plans d'action ou réunion du management, des journaux de bord de décisions et d'actions peuvent tous être adoptés pour améliorer l'assimilation des connaissances et leur utilisation éventuelle pour agir. Le moment choisi pour la diffusion des données ou informations a une incidence significative sur leurs adoptions, et il convient donc d'identifier la fréquence et les opportunités les plus propices à la communication des données. Le Tableau 9 illustre l'utilisation des données et le plan de rapport pour l'exemple de projet de moustiquaires.

### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

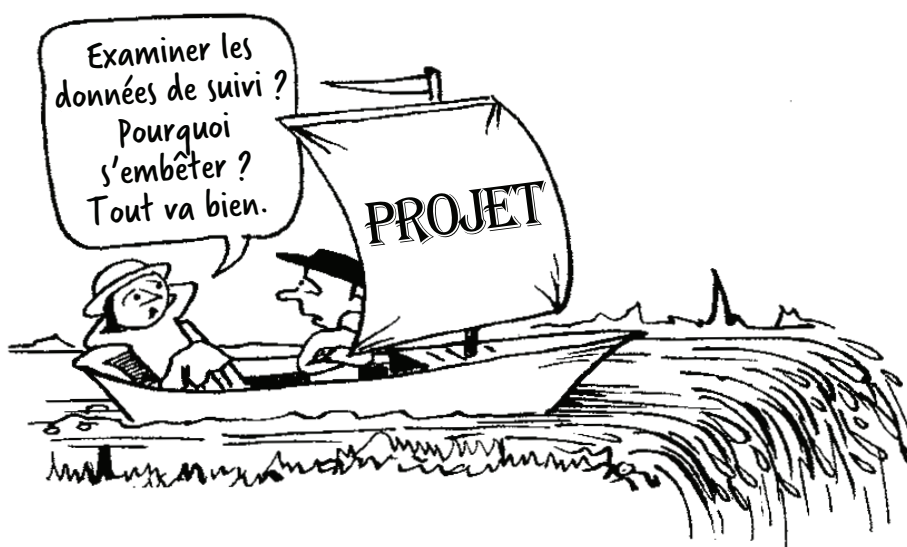


**Élaborer une matrice de plan de suivi pour votre projet de recherche. Inclure questions de suivi, indicateurs, sources de données, méthodes de collecte de données, la manière dont les résultats seront diffusés, le ou les publics cibles pour les résultats spécifiques et comment ces résultats seront utilisés.**

**Tableau 9 : Illustration de l'utilisation des données et du plan de rapports**

Indicateur	Personne responsable	Origine des données	Comment présenter les résultats ?	Comment diffuser les résultats ?	Publics cibles	Utilisation
Proportion de bons échangés	Chargé de S&E	PI et équipe de recherche	Rapport de recherche	Réunions	Personnel du ministère et propriétaires de points de vente indépendants	Ajuster en fonction des résultats
Proportion de femmes enceintes dormant sous moustiquaires	Chargé de S&E	PI et équipe de recherche	Graphiques à barres	Réunions communautaires	Leaders communautaires et femmes enceintes	Renforcer les campagnes de sensibilisation

**Figure 8. De l'importance d'utiliser et d'agir sur les données de suivi et d'évaluation (S&E)**



**RAPPELEZ-VOUS, LES INFORMATIONS DE S&E NE SONT UTILES QUE SI ON LES UTILISE !**





## Exécution du projet

L'exécution du projet de recherche implique à la fois la conduite et le suivi des activités proposées, ainsi que la mise à jour et la révision du plan du projet en fonction des enseignements et / ou des conditions émergentes. Les activités comprennent : assembler l'équipe de recherche, répondre aux besoins logistiques et répartir les tâches. Le choix des sites de recherche, le calendrier de chaque activité de recherche et les procédures de collecte des données doivent tous être bien établis. La phase d'exécution du projet comprend également la clôture et l'évaluation du projet, ainsi que la communication et la diffusion des processus et des résultats de la recherche.

Comme cela a déjà été souligné dans ce module, le processus de suivi du projet se déroule de manière continue tout au long du projet de recherche. De même, une communication régulière et efficace entre les membres de l'équipe est cruciale tout au long du processus. L'équipe de recherche doit se réunir régulièrement pour discuter de l'avancement du projet et des problèmes et solutions éventuels à mesure qu'ils apparaissent. La section suivante couvre le processus de démarrage de l'exécution du projet et de suivi du projet.

### Démarrer l'exécution d'un projet de recherche

Lorsque les plans de travail du projet sont terminés, acceptés par toutes les parties concernées et approuvés par les groupes de gestion impliqués et les comités d'éthique, l'exécution du projet de recherche peut commencer. Il est recommandé que toute l'équipe de recherche (incluant les parties prenantes, les partenaires et les intervenants de première ligne) participe au lancement du projet. Leur participation renforce l'appropriation et favorise la responsabilisation. Lors du lancement, les membres de l'équipe peuvent, une fois de plus, revoir le but, les objectifs, les indicateurs et les plans de travail du projet. Ils peuvent également aborder les problèmes potentiellement litigieux restants et mettre en place des mécanismes de communication et de résolution de conflits, pour aider à renforcer le travail d'équipe pendant la phase d'exécution. Le chargé de projet doit s'assurer que les travaux commencent en temps voulu et que les standards de performance convenus soient respectés dans les limites budgétaires approuvées. Les détails relatifs à l'élaboration d'un budget sont abordés dans le module « développer une proposition de RMO ».

VOIR

MODULE -  
DÉVELOPPER UNE  
PROPOSITION DE  
RMO



### Étude de cas 3 Analyse des contraintes et catalyseurs dans l'exécution du projet

**Contexte** : L'exécution des projets de RMO rencontre de nombreuses contraintes potentielles, en particulier dans les contextes à ressources limitées. Il est essentiel que de telles contraintes soient identifiées avant que la recherche ne commence. Plusieurs cadres conceptuels et lignes directrices ont été élaborés pour aider à identifier les contraintes et catalyseurs spécifiques aux différents niveaux d'exécution du projet. Un tel cadre, développé par Gericke et ses collègues, peut être appliqué à un large éventail d'interventions pour aider à identifier les obstacles potentiels à l'exécution du projet. Le cadre conceptuel décrit : (i) les caractéristiques d'intervention (par exemple, conception du produit, matériel et équipement) ; (ii) les caractéristiques de mise en place (par exemple, installations, ressources humaines, communications et transports) ; (iii) la capacité du gouvernement (par exemple, réglementation, systèmes de gestion, action concertée) ; et (iv) les caractéristiques d'utilisation (par exemple, facilité d'utilisation, demande préexistante et risques liés au marché noir). Ce cadre conceptuel – avec une catégorie supplémentaire pour répondre aux capacités du secteur privé (fabrication, marketing, prestataires de soins de santé, ménages) – a été utilisé pour identifier les contraintes et catalyseurs du succès du traitement au zinc pour la diarrhée infantile au Bangladesh. Ces contraintes et certains des catalyseurs qui ont influencé la mise à l'échelle du projet de zinc sont résumés dans le tableau.

**Tableau. Résumé des contraintes et des catalyseurs influant la mise à l'échelle du traitement au zinc contre la diarrhée infantile au Bangladesh**

Catégorie	Critère	Statut de l'intervention	Niveau de contrainte
<b>1. Caractéristiques d'intervention</b>			
1.1 Conception du produit	Stabilité	<ul style="list-style-type: none"><li>Stable dans des conditions d'humidité et de température élevées jusqu'à 3 ans dans des plaquettes thermoformées en aluminium-PVC</li></ul>	Bas
	Facilité de stockage	<ul style="list-style-type: none"><li>Pas d'exigences particulières</li></ul>	Bas
1.2 Matériel	Besoins d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"><li>Doit maintenir un approvisionnement continu avec réapprovisionnement régulier des points de vente au détail ou des établissements de soins de santé avec des conditions de demande de produits incertaines</li></ul>	Modéré
1.3 Équipement	Équipement technologique	<ul style="list-style-type: none"><li>Aucun équipement ou infrastructure de haute technologie nécessaire</li><li>Les ménages ont besoin d'une cuillère ou d'un petit récipient</li></ul>	Bas
<b>2. Caractéristiques de mise en place</b>			
2.1 Installations	Niveaux du secteur de la vente au détail	<ul style="list-style-type: none"><li>Réalisable, compte tenu du système de distribution existant</li><li>Réalisable à tous les niveaux des établissements de soins et dans les ménages</li></ul>	Bas


**Étude de cas 3 Analyse des contraintes et catalyseurs dans l'exécution du projet**

Catégorie	Critère	Statut de l'intervention	Niveau de contrainte
2.2 Ressources humaines	Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite une formation du prestataire, aidée par un référentiel de questions fréquemment posées avec des réponses standardisées</li> </ul>	Modéré
	Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite des personnes compétentes dans le suivi et l'entretien de l'approvisionnement du produit</li> </ul>	Modéré
2.3 Communications et transport	Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite une infrastructure de promotion et de distribution du produit qui doit atteindre les points de vente au détail et approvisionne les établissements de santé</li> </ul>	Modéré
<b>3. Capacité du gouvernement</b>			
3.1 Réglementation / législation	Réglementation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs considérations réglementaires : par exemple</li> <li>Enregistrement de la formulation de comprimé au zinc</li> <li>Enregistrement / autorisation de l'image de marque et de l'emballage du produit</li> <li>Autorisation de vente sans ordonnance ou dérogation</li> <li>Autorisation de la publicité dans les médias de masse</li> </ul>	
3.2 Systèmes de gestion	Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité requise pour suivre efficacement la qualité des produits au zinc disponibles sans ordonnance</li> </ul>	Modéré
3.3 Collaborative action	Intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doit pouvoir maintenir des prix équitables et socialement adaptés qui sont accessibles aux pauvres</li> </ul>	Modéré
	Financement externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'il y a une forte demande de zinc dans le secteur public, l'achat de zinc nécessitera un financement externe (à moins que les coûts ne soient répercutés sur le consommateur)</li> </ul>	Modéré
<b>4. Capacité du secteur privé</b>			
4.1 Fabrication	Production	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite un laboratoire pharmaceutique qui peut maintenir une certification de bonnes pratiques de fabrication (BPF), de préférence dans le pays</li> </ul>	Modéré
	Distribution	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite des systèmes de distribution qui permettent aux médicaments d'atteindre les points de vente au détail</li> </ul>	Modéré
4.2 Marketing	Réseaux de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'accès généralisé aux réseaux de médias de masse (TV, radio), en particulier pour les ménages pauvres et ruraux, est nécessaire</li> </ul>	Modéré
	Compétence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite des compétences professionnelles pour préparer et diffuser des messages marketing ciblant les ménages les plus à risque (dans les bidonvilles urbains et les milieux ruraux pauvres)</li> </ul>	Modéré



### Étude de cas 3 Analyse des contraintes et catalyseurs dans l'exécution du projet

Catégorie	Critère	Statut de l'intervention	Niveau de contrainte
4.3 Prestataires de soins de santé	Réglementation / formation continue	<ul style="list-style-type: none"> <li>La grande majorité des prestataires de santé au Bangladesh ne sont pas agréés et sont mal réglementés, mais ils sont représentés par des groupes d'intérêts spéciaux qui peuvent organiser une formation continue.</li> <li>La principale source d'information provient des représentants médicaux du secteur privé (vendeurs de médicaments)</li> </ul>	Modéré
	Access	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accès facile et disponibilité généralisée de prestataires non réglementés à peu de frais</li> </ul>	Bas
4.4 Ménages	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coût</li> <li>Recherche de soins en santé</li> <li>Exigences</li> <li>Dépenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestataires privés sous licence sont limités aux zones urbaines</li> <li>Les aidants demandent des soins principalement dans le secteur privé</li> <li>Les consommateurs exigent et attendent un traitement curatif</li> <li>Si la charge de coût pour le zinc est transférée aux ménages, il est probable que le traitement n'atteindra pas la plupart des ménages les plus pauvres</li> </ul>	Modéré

#### 5. Caractéristiques d'utilisation

5.1 Facilité d'utilisation	Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le zinc, en tant que traitement de la diarrhée infantile, sera universellement inconnu des soignants et de la plupart des prestataires, ce qui nécessite une formation complète des prestataires et une formation des soignants.</li> <li>L'observance des soignants pour suivre les instructions concernant la préparation est élevée (98%) mais est faible concernant la durée prescrite (&lt;50%)</li> </ul>	Haut
5.2 Demande préexistante	Besoin de promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une intervention largement inconnue, nécessitant par conséquent une promotion à grande échelle par les prestataires et les médias.</li> </ul>	Modéré
5.3 Risques du marché noir	Revente / contrefaçon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le produit est fourni gratuitement dans les installations du secteur public, le risque de revente existe (les plaquettes thermoformées fournies par le Ministère de la Santé sont étiquetées « ne peut être vendu »)</li> <li>La formulation de comprimé dispersable peut être contrefaite, avec des produits de qualité inférieure mettant en péril la réputation de l'intervention</li> </ul>	Bas

**Enseignements** : Les différentes catégories de contraintes liées à l'exécution du projet doivent être identifiées avant la recherche afin de concevoir des mesures d'atténuation pour un plan d'exécution complet.

Source : Larson C.P., Koehlmoos T.P. and Sack DA., Scaling Up of Zinc for Young Children (SUZY) Project Team. Scaling up zinc treatment of childhood diarrhoea in Bangladesh : theoretical and practical considerations guiding the SUZY Project. Health policy and planning. 2012 ; 27(2) :102-14.



### Suivi des activités de recherche

Dès que le démarrage du projet de recherche, il faut commencer à utiliser le plan de suivi. Parce que les mesures de suivi progressent et peuvent créer un écart par rapport au plan du projet à tout moment, il est impératif que les indicateurs de base soient établis avant le début du projet. Ceux-ci sont utilisés comme points de référence pour évaluer les progrès vers le but et les objectifs, et aussi pour mesurer le niveau et la direction de tout changement. Les activités de suivi comprennent la collecte de données, l'analyse, l'interprétation, la diffusion et l'utilisation des données pour la prise de décision (Figure 9). De plus, le projet de recherche doit faire l'objet d'un suivi en ce qui concerne le respect des échéances, des budgets et de la qualité (Figure 10).

**Figure 9 : Suivi des activités d'un projet**

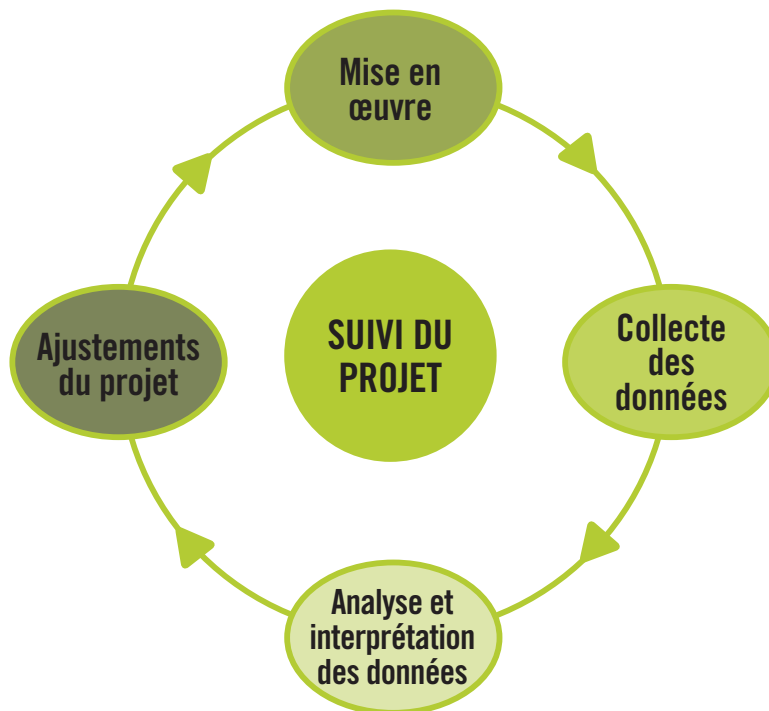
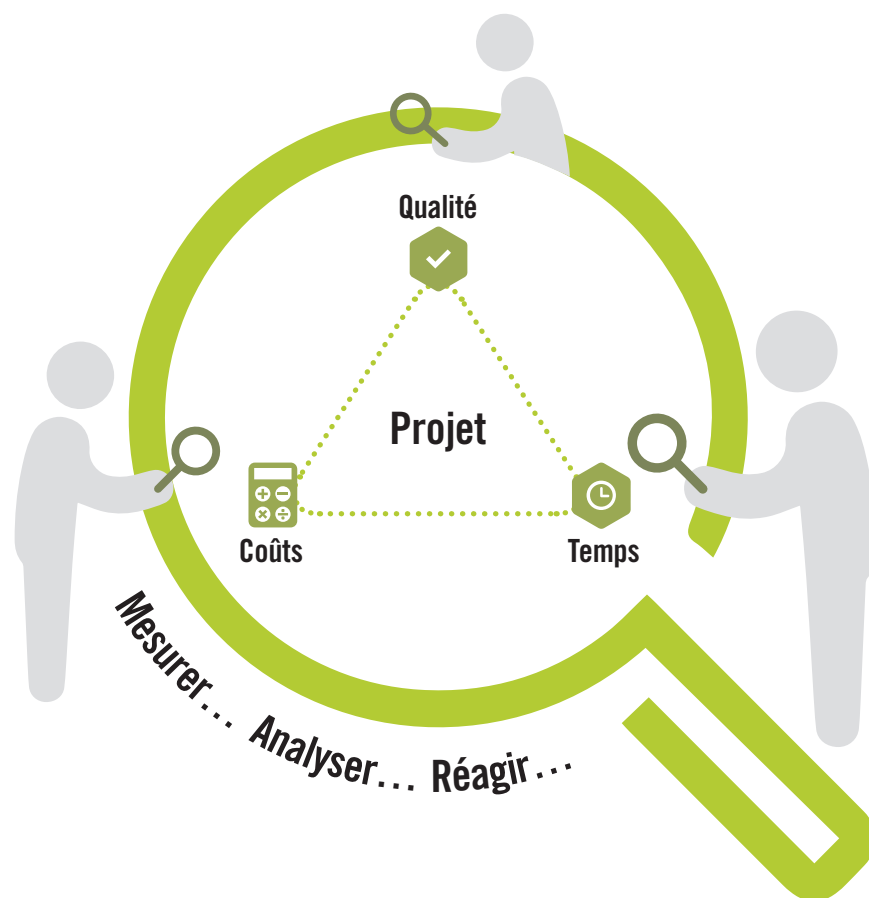


Figure 10 : Paramètres à surveiller dans un projet



Le processus de suivi se déroule en trois étapes, à savoir : i) vérifier et mesurer les progrès ; ii) analyser la situation ; et iii) réagir aux nouveaux événements, opportunités et problèmes. Ceux-ci sont décrits en détail ci-dessous. Cliquez sur chacune des rubriques pour voir les détails.

### Contrôler et mesurer les progrès

Idéalement, le suivi se concentre sur les trois principales caractéristiques de tout projet : qualité, temps et coût. Le chargé de projet coordonne l'équipe du projet et doit toujours être au courant de l'état du projet. Lors du contrôle et de la mesure des progrès, le chargé de projet doit communiquer avec tous les membres de l'équipe pour évaluer si les activités prévues sont mises en œuvre à temps et dans le respect des normes de qualité et du budget convenus. L'atteinte des jalons est mesurée et reflète les progrès du projet.

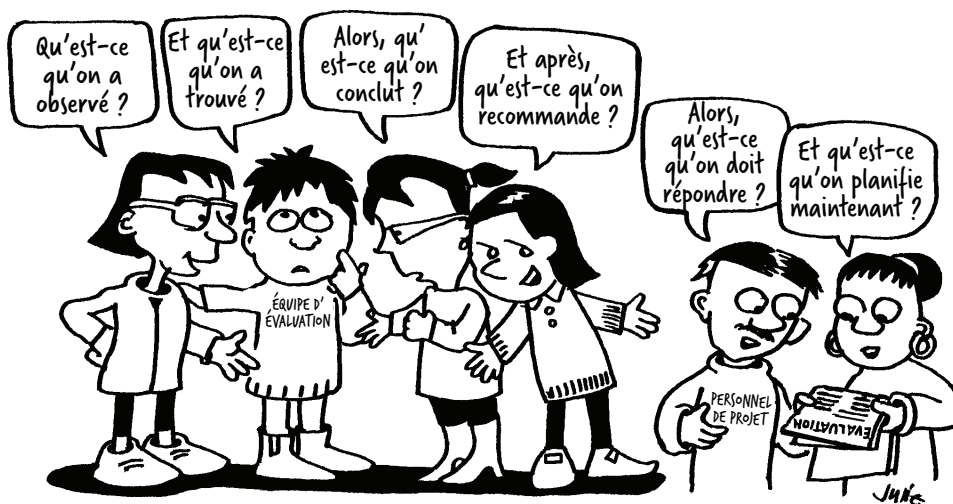
### Analyser la situation

La deuxième étape du suivi consiste à analyser la situation. L'état d'avancement du projet par rapport au plan initial – ainsi que les causes et les impacts des écarts potentiels ou observés – sont identifiés et analysés. Des actions sont identifiées pour traiter les causes et les impacts.

Ci-dessous sont des exemples de questions qui peuvent aider votre équipe de recherche à analyser les progrès de votre projet de recherche.

- Les activités du projet progressent-elles comme prévu ?
- Les questions de suivi sont-elles suffisamment abordées ?
- Y a-t-il des facteurs externes (politiques, environnementaux) qui affectent le processus d'exécution ?
- Y a-t-il encore assez de ressources disponibles, y compris en terme de personnel, pour mettre en œuvre les activités de suivi ?
- Les résultats du suivi sont-ils diffusés et utilisés par les parties prenantes pour les prises de décision et l'amélioration du projet ?

**Figure 11. Analyse des causes et des impacts des écarts par rapport au plan**



### Réagir aux nouveaux événements, opportunités et problèmes

Il est important d'anticiper et de réagir rapidement aux nouvelles situations, événements, opportunités et problèmes, et d'identifier les actions possibles à entreprendre. S'il y a lieu, diverses options sont examinées et discutées au sein de l'équipe de projet et une décision est prise concernant les mesures les plus appropriées à prendre.

La collecte de données est un gaspillage de ressources, à moins que les données ne soient analysées, interprétées et prises en considération pour faire des ajustements dans le projet.





### Mettre à jour le plan de suivi du projet

Le plan de suivi doit être considéré comme un document dynamique qui reflète continuellement la réalité de ce qui est connu et compris. Chaque fois qu'un écart par rapport au plan original est identifié – que cela nécessite ou non d'autres mesures – le plan doit être révisé et les changements doivent être documentés en conséquence. Le plan révisé doit refléter la nouvelle situation et démontrer également l'impact potentiel de cet écart sur l'ensemble du projet de recherche.

Pour une exécution efficace, une bonne communication est essentielle entre l'équipe de recherche, les bailleurs de fonds et toutes les parties prenantes. L'adaptation continue du plan facilite également la gestion des finances du projet. Toute l'équipe du projet et les autres parties prenantes essentielles doivent être impliquées dans la mise à jour du plan de projet et la révision du plan de travail (y compris les coûts) ; les prises de décision doivent être méticuleusement documentées. Le plan révisé doit être distribué à toutes les parties prenantes, y compris aux comités d'éthique ou conseils d'examen institutionnels, en soulignant les changements et leur impact potentiel sur le projet. L'équipe de recherche doit obtenir l'approbation des modifications du plan de projet de toutes les parties concernées.

### Évaluation et clôture d'un projet de recherche

La décision sur le type d'évaluation à effectuer dépend du type, des objectifs et du calendrier du projet. L'évaluation peut être de nature formative ou sommative :

- *L'évaluation formative* vise à améliorer les performances et est principalement réalisée pendant les phases de conception et / ou d'exécution des projets.
- *L'évaluation sommative* est effectuée à la fin d'une intervention afin de déterminer dans quelle mesure les résultats escomptés ont été obtenus.

Les évaluations formatives sont très importantes dans les projets de RMO et doivent être menées au moins une fois au cours d'un projet. Les processus d'évaluation doivent être déterminés pendant la phase de planification du projet et environ 10% du budget du projet y sont alloués en conséquence. L'évaluation peut être réalisée en interne par l'équipe de projet ou de manière indépendante par des évaluateurs externes. Une fois le projet achevé, il doit être formellement clos, y compris les rapports techniques et financiers finaux, rédigés et soumis aux parties prenantes et aux bailleurs de fond (le cas échéant). Le rapport technique final doit être distribué aux membres de l'équipe de recherche et à tous les autres intervenants.



Chaque projet a un début et une fin.





## Questions éthiques

Comme toute recherche impliquant des êtres humains (participants), la RMO doit protéger les droits, la dignité et la sécurité des participants. En adhérant aux normes éthiques, la RMO favorise l'intégrité scientifique et aide à assurer que les chercheurs rendent des comptes au public. De plus, étant donné que la RMO nécessite beaucoup de coopération et de coordination entre de nombreuses parties prenantes, des normes éthiques rigoureuses pour promouvoir le travail collaboratif sont essentielles. La RMO doit suivre strictement le principe d'autonomie qui permet aux participants de participer volontairement sans aucune coercition, de plus la vie privée doit être protégée en observant la confidentialité et l'anonymat. Cependant, les chercheurs doivent être conscients que la RMO présente une perspective éthique unique car elle implique – dans la plupart des cas – de multiples parties prenantes et est connecté au système de santé et / ou aux services de soins. Dans cette optique, les chercheurs en RMO peuvent trouver difficile de faire la différence entre les soins de santé de routine et le processus de recherche. Si les lignes de démarcation ne sont pas claires entre la recherche et les activités de routine, il peut être difficile d'identifier les risques potentiels associés à la recherche, en particulier dans la recherche participative.

Les principes éthiques établis tels que l'autonomie et le respect des participants à la recherche, le rapport risque / bienfaisance et la justice doivent être respectés tout au long du cycle de vie du projet. Ces principes sont décrits dans la section suivante. Cliquez sur chacune des rubriques ci-dessous pour explorer chacun des principes éthiques.

### Défis éthiques associés à l'examen des protocoles de RMO

Dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des projets de RMO, les considérations éthiques susceptibles d'être du ressort des comités d'éthique ou des conseils d'examen institutionnels doivent être anticipées, identifiées et les solutions possibles clairement définies. Même si la majorité des défis éthiques dans les projets de RMO dépendront du contexte, certains problèmes génériques sont associés à la RMO. Cela inclut la nécessité de faire une distinction très nette entre ce qui est fait lors des soins de routine et ce qui est proposé comme composantes de l'étude de recherche. Ceci est souvent difficile car la RMO prend place au sein du système de santé et doit fournir une rétro-information directe (feedback) et des moyens d'utiliser les résultats de la recherche. Cette distinction souligne également l'importance de fournir des informations détaillées et de justifier l'implication (le cas échéant) du personnel de santé dans les activités liées à la RMO.

Un autre défi souvent rencontré lors de l'examen des protocoles de RMO est le manque général d'expertise en RMO parmi la plupart des panels des comités d'éthique. De plus, les outils ou formulaires d'examen du protocole (directives) sont généralement conçus pour évaluer la qualité de la recherche biomédicale et clinique plus «courante». Lorsque de telles directives sont utilisées pour les protocoles de RMO, le résultat peut être défavorable, pas nécessairement en raison de la qualité des propositions, mais à la suite d'une évaluation inappropriée.



L'autre limite la plus fréquente est l'incapacité de l'équipe de recherche à expliquer le calcul de la taille de l'échantillon pour une recherche qualitative (ou mixte). Cet inconvénient est étroitement lié à la nature multidisciplinaire et parfois intersectorielle des protocoles de RMO. Les retards dans l'examen de tels protocoles peuvent être minimisés en commençant par des études moins complexes et en sensibilisant les membres du comité d'éthique aux méthodologies et résultats qui sont attendus et applicables dans la RMO.

Pour relever ces défis, l'équipe de recherche doit déployer des efforts afin d'élaborer des protocoles de recherche qui permettront d'identifier et de proposer des solutions aux problèmes d'éthique bien avant leur soumission au comité d'éthique. Il est également prudent que les comités d'éthique élargissent leurs effectifs afin d'inclure dans les commissions d'examen l'expertise nécessaire en matière de RMO. Dans certains contextes, les comités d'éthique ont mis en place un panel d'évaluation parallèle et des outils pour évaluer la qualité des protocoles liés à la RMO. Des exemples de défis éthiques associés aux protocoles de RMO soumis à un examen par le comité d'éthique sont illustrés dans le Tableau 10.

**Tableau 10 : Exemples de commentaires d'un comité d'éthique sur un protocole de RMO**

<b>Commentaire général : le comité a considéré cette étude intéressante pouvant aider à optimiser les approches préventives actuelles et améliorer l'algorithme clinique de l'échinococcose kystique (EK) dans le pays.</b>	
<b>Commentaires spécifiques : Nécessite une réponse et des modifications de protocole</b>	
<b>1. Protocole</b>	
1.1	Veillez fournir une proposition modifiée spécifiant le numéro de version et /ou date sur chaque page.
1.2	Il est entendu en se référant au protocole que seuls les adultes seront inclus dans l'étude et que pour la collecte d'informations sur les patients pédiatriques, leurs parents ou tuteurs (âgés de plus de 18 ans) seront invités à prendre part à l'entretien. Veuillez préciser les actions que l'équipe d'étude prendra dans les cas où le parent / soignant de l'enfant est au-dessous 18 ans (par exemple, un autre membre de la famille âgé de plus de 18 ans sera-t-il invité à participer à l'interview ? l'information sur cet enfant ne sera-t-elle pas collectée ? etc.)
1.3	Selon le protocole, les femmes sont plus exposées aux animaux domestiques et courent donc un risque plus élevé d'EK. Afin de s'assurer que les risques et bénéfices de l'étude soient équitablement répartis dans la population :
1.3.1	Veillez décrire les mesures que l'équipe de recherche prendra pour promouvoir une représentation adéquate des femmes parmi les 50 patients par province qui participeront aux entretiens.



**Commentaire général : le comité a considéré cette étude intéressante pouvant aider à optimiser les approches préventives actuelles et améliorer l'algorithme clinique de l'échinococcose kystique (EK) dans le pays.**

**Commentaires spécifiques : Nécessite une réponse et des modifications de protocole**

1.3.2	Veillez expliquer comment la taille de l'échantillon de 50 a été déterminée.
1.3.3	Veillez préciser si une analyse comparative entre les sexes des données obtenues sera appliquée afin d'éclairer l'élaboration de programmes de contrôle de l'EK sensibles au genre à l'avenir.
1.4	Veillez préciser les mesures que les chercheurs prendront dans le cas où les patients interviewés n'ont pas encore reçu les soins et le traitement adéquats pour l'EK.
1.5	En termes de confidentialité des données :
1.5.1	D'après le protocole, «une évaluation approfondie dans cinq hôpitaux provinciaux pour enregistrer les cas nouvellement diagnostiqués» sera effectuée. Veillez préciser si les chercheurs auront accès à ces données ou si des membres du personnel de santé dont les activités quotidiennes se rapportent à la gestion des dossiers cliniques extrairont cette information, l'anonymiseront et la communiqueront ensuite à l'équipe d'étude.
1.5.2	Veillez préciser où seront stockées les données collectées dans l'étude, qui y aura accès et à quel moment elles seront détruites.

## 2. Formulaires de consentement éclairés

2.1	Les documents de consentement utilisent des mots techniques qui peuvent ne pas être compris par un public général (par exemple EK, zoonose, imagerie échographique, etc.). Ces termes doivent être définis et / ou remplacés afin que les participants éventuels puissent comprendre pleinement l'étude.
2.2	Formulaire de consentement pour l'enquête auprès des patients :
2.2.1	Dans la section « Sélection des participants », veuillez préciser que si le patient est mineur, l'entretien sera mené avec un de ses parents ou soignants.
2.2.2	Le formulaire de consentement doit indiquer que les enfants peuvent être inclus indirectement dans l'étude. Par exemple, la phrase : « Je consens volontairement à participer à cette étude » pourrait être remplacée par : « Je consens volontairement à participer à cette étude [et à répondre à l'entretien concernant ma santé ou celle de mon enfant] ».



### Demande d'autorisation éthique avant l'exécution du projet

Les organismes de financement de la recherche exigent l'obtention de l'approbation des protocoles de recherche par les comités d'éthique appropriés avant que les fonds du projet ne soient mis à disposition. Selon les circonstances, un examen par le comité d'éthique peut être exigé de la part de plusieurs comités. Par exemple, l'approbation éthique peut être exigée d'un comité d'éthique institutionnel ou national, ou par plusieurs institutions de recherche ou établissements sanitaires dans le cas de projets collaboratifs. Les comités d'éthique examineront le protocole d'étude et exigeront des détails complets sur la conception de l'étude et les procédures. Les comités portent une attention particulière à la façon dont le consentement sera obtenu de la part des participants prospectifs et examinent soigneusement tous les documents de consentement éclairé. Cependant, étant donné que la RMO est menée dans des situations réelles, il peut arriver que surviennent des circonstances imprévues non prises en compte avant la présentation du projet pour l'examen par le comité d'éthique. En conséquence, tout changement dans l'étude, au cours du cycle de vie du projet, tel que l'ajout de nouveaux objectifs, l'extension de la zone d'étude, l'ajout ou la suppression de critères d'inclusion ou d'exclusion devront être approuvés par le ou les comité(s) d'éthique.



Il est important de considérer les aspects éthiques de l'étude de recherche depuis la phase initiale de planification du projet jusqu'à sa clôture.

### Soumission du protocole de recherche pour l'examen par le comité d'éthique

Cette section fournit des informations sur la préparation de la soumission du protocole d'étude pour un examen par le comité d'éthique. Le processus d'examen par le comité d'éthique est essentiel pour assurer que le projet de recherche protège la dignité, les droits, la sécurité et le bien-être des participants à la recherche. Par conséquent, avant d'entreprendre une étude, une autorisation éthique écrite du protocole doit être obtenue auprès des comités d'éthique appropriés. L'équipe doit chercher, à partir de ressources appropriées (sites Web institutionnels, par exemple), à s'informer des exigences de soumission, du processus d'examen du comité d'éthique ainsi que de qui est en jeu ou des étapes ultérieures requises une fois l'approbation éthique initiale accordée. Il incombe au chargé de projet / chercheur principal (PI) de s'assurer que le protocole est soumis et de s'assurer de la conformité au protocole d'étude convenu par le bailleur de fond et l'autorité de réglementation (le cas échéant), et approuvé par les comités scientifiques et éthiques.



Le Tableau 11 présente les documents qui doivent généralement être soumis au comité d'éthique. Le chercheur doit savoir que les exigences peuvent varier d'un comité à l'autre. Il est important de vérifier la documentation spécifique et les exigences du protocole avec le ou le(s) comité(s) d'éthique auxquels vous postulez.

**Tableau 11 : Certains des documents à soumettre au(x) comité(s) d'éthique**

Lettre de motivation décrivant brièvement le protocole de recherche et les questions éthiques en jeu, le cas échéant.

Protocole de recherche complet incluant justification, problème de recherche, revue de la littérature, méthodologie, outils de collecte de données, procédures, budget et résultats attendus.

Analyse des risques et bénéfices potentiels, y compris la protection de la vie privée et de la confidentialité.

Processus détaillé de recrutement des participants et population cible.

Consentement éclairé, ou assentiment pour les mineurs, disponible dans la langue locale.

Processus de communication des résultats de la recherche aux participants et aux communautés.

Plan pour traiter les obligations après l'étude, telles que :

- amélioration des soins de santé et des installations de santé ;
- mise à disposition d'interventions nouvellement testées pour les participants ;
- suivi à long terme ;
- renforcement de l'expertise de recherche locale.

Curriculum vitae du chargé de projet / chercheur principal et des autres membres de l'équipe de recherche.

Proposition de diffusion des résultats de l'étude.

### Pratiques éthiques lors de l'exécution d'un projet de RMO

Les principes éthiques concernant l'autonomie, de rapport risque / bienfaisance et la justice doivent être respectés lors de l'exécution du projet de recherche. Cette section traite des questions concernant l'obtention du consentement éclairé, la vie privée et la confidentialité, et les questions éthiques au cours de l'exécution du projet.

#### Obtenir un consentement éclairé

Le consentement éclairé (CE) est reconnu comme une exigence éthique fondamentale pour mener des recherches impliquant des sujets humains<sup>6</sup>. Le consentement éclairé garantit que les individus peuvent librement décider de participer en fonction de leurs intérêts personnels, de leurs valeurs et de leurs priorités. Le consentement éclairé est plus qu'une obligation contractuelle et doit être compris comme un processus qui commence avec le contact initial avec le participant à la recherche (durant le processus de recrutement), et qui se poursuit jusqu'à la fin de l'implication du participant dans le projet.



L'établissement du processus nécessite quatre éléments de base : i) la mise à disposition d'informations précises et appropriées ; ii) la capacité du participant à comprendre le but et les procédures du processus de recherche ; iii) la capacité du participant à consentir ; et iv) la participation volontaire et la possibilité de retrait sans conséquences néfastes.

Pour obtenir un consentement éclairé efficace, les informations complètes doivent être expliquées dans la langue des participants. En outre, des mots locaux ou simplifiés (c'est-à-dire plutôt qu'un jargon scientifique et professionnel) doivent être utilisés. Le formulaire de consentement doit également inclure des informations sur la recherche, la procédure, les résultats attendus et les avantages potentiels, ainsi que le document de consentement (voir le Tableau 12).

**Tableau 12. Éléments d'un document de consentement éclairé**

<b>Partie 1 : Fiche d'information</b>
Présentation du chargé de projet / chercheur principal et de son institution.
But de la recherche.
Type d'intervention de recherche.
Sélection du participant.
Participation volontaire.
Procédures (entretien, discussions de groupe, où les entretiens auront lieu, questions de vie privée et de confidentialité).
Durée des procédures et des entretiens, durée de l'intervention y compris le suivi.
Risques anticipés.
Bénéfices à différents niveaux (individuel, communautaire ou sociétal).
Remboursements (le cas échéant).
Confidentialité (remarque : les discussions de groupe constituent un défi particulier pour la confidentialité, car une fois que quelque chose est dit dans le groupe, cela peut devenir public et être relié à une personne).
Partage des résultats de la recherche (processus qui sera utilisé pour partager les résultats de la recherche) avec toutes les parties prenantes.
Droit de refuser ou de se retirer.
Qui contacter (par exemple pour toute information supplémentaire ou en cas de plainte).
<b>Partie 2 : Formulaire de consentement</b>
Cette section doit être écrite à la première personne.
Doit inclure quelques brèves déclarations au sujet de la recherche et être suivi d'une déclaration, indiquant que le participant a lu ou que l'information lui a été lue, qu'il comprend, et participe volontairement.
Si le participant est analphabète, mais fournit un consentement oral, un témoin doit signer et dater.
Le chercheur ou la personne chargée d'obtenir le consentement éclairé doit signer et dater chaque formulaire de consentement.



### **Vie privée, confidentialité, anonymat**

Protéger l'anonymat et la confidentialité des participants à la recherche est une autre composante pratique de l'éthique de la recherche. La divulgation de renseignements personnels peut, dans certaines circonstances, constituer un risque de discrimination ou de préjudice. Les participants à la recherche doivent avoir le droit de rester anonymes et de faire respecter leurs droits à une vie privée et à la confidentialité. La protection de la vie privée et de la confidentialité des participants relève de la responsabilité du chercheur<sup>7</sup>. La protection de l'anonymat et de la confidentialité des participants à la recherche implique le respect des procédures éthiques lors de la collecte, du stockage et de l'analyse des données.

Au cours de la collecte des données, le participant doit se voir accorder le plus haut niveau de confidentialité possible afin d'assurer que les informations fournies ne soient pas partagées avec d'autres sans l'autorisation explicite du participant. À moins que le participant n'en donne la permission, l'identité du participant ne doit en aucun cas être divulguée à un tiers pendant la collecte, le stockage ou l'analyse des données, ou même pendant la diffusion ou la publication. L'identité des répondants peut être associée à des identifiants anonymes qui ne peuvent pas être liés à des individus. Cependant, la sauvegarde de l'anonymat tout au long du cycle de vie de l'étude peut constituer un défi, par exemple dans les situations où les participants prennent part à des mesures à plusieurs points de référence dans le temps (par exemple, pré- et post-étude) ou lorsque des données de différentes bases de données (par exemple, résultats de laboratoire et registres cliniques) doivent être reliées. Néanmoins, tous les efforts possibles doivent être faits pour garantir l'anonymat de tous les participants à la recherche.

### **Autorisation éthique lors de l'exécution d'un projet de RMO**

Des questions d'éthique sont intégrées dans tous les aspects des processus et des étapes de la RMO. Une fois que le protocole a été examiné et approuvé par le(s) comité(s) d'éthique, le certificat d'autorisation informe le chargé de projet / chercheur principal de toute mesure ultérieure, ceci peut nécessiter des examens réguliers ou de suivi par le comité d'éthique. Alors que dans la plupart des études, le protocole de recherche original est suivi avec précision, en RMO, l'équipe de recherche surveille et examine en permanence les activités d'intervention pour garantir des résultats utiles et pratiques pour la planification et l'exécution du projet. Au cours de ce processus, des circonstances inattendues peuvent survenir entraînant des changements dans le plan de recherche original (dans l'intérêt du projet et / ou des participants). Dans de telles situations, un certain nombre de modifications sont susceptibles d'être apportées au protocole initial soumis pour examen par le comité d'éthique. Par conséquent, l'équipe de RMO doit informer le comité d'éthique de tout changement du protocole ou des procédures de recherche d'origine. Par exemple, lors de la soumission initiale du protocole au comité d'éthique, l'équipe de recherche peut indiquer que les patients recevront des injections quotidiennes par l'infirmière en charge du centre de santé. Cependant, au cours du processus de recherche, les injections quotidiennes prévues peuvent ne pas être faisables en raison de problèmes imprévus. Lorsque de tels problèmes



surviennent, le comité d'éthique doit être informé de tout changement proposé dans la procédure et de ces problèmes imprévus. Les trois types d'examen de suivi par le comité d'éthique comprennent les examens par le comité d'éthique périodiques, intermédiaires et de fin de projet (finaux) :

- Des contrôles périodiques peuvent être demandés puisque la plupart des comités d'éthique exigent un suivi pour assurer la conformité avec la procédure prévue afin d'évaluer tout écart de protocole. La plupart des autorisations éthiques ont une durée limitée, généralement un an. Cependant, la fréquence et les procédures de suivi et de contrôle des opérations se font au cas par cas.
- Un contrôle éthique intermédiaire peut être nécessaire dans des circonstances particulières en raison de changements importants dans la conception de l'étude ou lorsque l'information utilisée pour l'autorisation initiale du protocole a changé.
- Le contrôle éthique final est un processus par lequel le chargé de projet du projet / chercheur principal communique la conclusion du projet au comité d'éthique, avec un rapport d'avancement qui couvre la période depuis la dernière autorisation éthique, un résumé des résultats de l'étude et les plans de diffusion des résultats.



**ACTIVITÉ DE RÉFLEXION**

Un anthropologue menait une étude ethnographique sur les ulcères de Buruli dans un centre de réhabilitation. L'ulcère de Buruli est une maladie cutanée nécrotique débiliteuse infectieuse causée par *Mycobacterium ulcerans*. Un traitement précoce avec une combinaison d'antibiotiques peut grandement améliorer l'issue de la maladie. L'étude a été conçue de telle sorte qu'un agent de santé du centre de santé voisin devait effectuer une visite quotidienne pour administrer des injections. Cependant, en raison de la grande distance entre le centre de réhabilitation et l'établissement de santé le plus proche, l'agent de santé ne pouvait pas effectuer les déplacements quotidiens nécessaires. (Notez que l'anthropologue résidait dans la communauté où le centre de réhabilitation se trouvait). Discutez des problèmes éthiques soulevés par le scénario décrit ci-dessus et de la façon dont votre équipe les traiterait. Par exemple :

- L'agent de santé doit-il former l'anthropologue à administrer les injections quotidiennes aux patients ?
- Quelles questions éthiques l'équipe de recherche du projet doit-elle prendre en compte ?

Réponses attendues :

- L'agent de santé ne devrait pas former l'anthropologue aux injections quotidiennes.
- Toute l'équipe de recherche devrait examiner et discuter du problème de mise en œuvre et prendre des mesures adéquates.
- Une autorisation éthique devrait être demandée aux comités d'éthique concernés, les informant des problèmes de mise en œuvre et des actions proposées (par exemple l'embauche d'un autre agent de santé compétent pour administrer les injections quotidiennes).
- Les implications budgétaires devraient être communiquées aux bailleurs de fond, le cas échéant.
- La recherche ne devrait continuer qu'après avoir consulté les comités d'éthique.



Il faut planifier correctement, documenter, suivre en continu et utiliser l'information pour prendre des décisions appropriées.

## Bonnes pratiques en matière de planification et de conduite de la RMO

La RMO n'est pas moins une science (ou un art) que n'importe quel autre type de recherche et doit donc générer des données crédibles. Une bonne pratique de recherche peut garantir des données crédibles en réduisant le risque d'obtenir des résultats non concluants à cause d'incertitudes. L'incertitude se manifeste lorsque l'intervention est inefficace ou que les procédures de mise en œuvre ne sont pas claires<sup>8</sup>. Des bonnes pratiques doivent être inscrites tout au long du processus afin de produire des données valides, fiables, correctes, complètes et actualisées pouvant contribuer à améliorer les services de santé. Cette section décrit certaines des bonnes pratiques les plus importantes liées à la recherche. Cliquez sur chacune des rubriques ci-dessous pour voir les détails.

### Documentation des processus

La RMO est un processus dynamique qui nécessite souvent des adaptations, de la flexibilité et de l'innovation au cours de l'exécution. De tels changements et adaptations au processus de recherche doivent être bien documentés, coordonnés et contrôlés pour assurer crédibilité et exactitude.

Les questions suivantes doivent étayer la documentation des projets de RMO :

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

Il est important d'être objectif lors de la documentation des processus et de rapporter à la fois les expériences négatives et positives. Cela facilitera l'apprentissage et produira des preuves pour appuyer des rapports anecdotiques antérieurs. 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 des résultats.



### Former les chercheurs

Les plans ne se déroulent pas toujours comme prévu dans les projets de RMO. Des adaptations sont souvent nécessaires au fur et à mesure que le processus d'exécution progresse et que davantage d'informations sont obtenues et comprises. Les procédures désignées (par exemple, les outils d'échantillonnage ou de collecte de données) doivent être revues régulièrement pour comparer ce qui se passe en pratique avec la procédure initialement prévue et les observations attendues, de sorte qu'on puisse apporter tous les ajustements nécessaires. La formation du personnel est un élément essentiel de ce processus et contribue à faire en sorte que les procédures soient comprises et respectées. La formation pour toutes les procédures essentielles doit être standardisée et ciblée sur le personnel concerné.

Pour assurer un processus d'apprentissage continu, la formation doit être suivie par des activités de mentorat et / ou de supervision du soutien. Les chercheurs doivent s'assurer que les procédures établies soient respectées pendant la formation, et que le matériel prescrits et les versions les plus récentes des outils et outils de collecte de données soient utilisés.

Comme pour toute recherche, la RMO comporte la possibilité d'avoir des événements indésirables ou de conséquences imprévues découlant de l'intervention. Les événements indésirables peuvent avoir un impact négatif sur l'adoption et l'approche durable de l'intervention, en particulier lorsque ces événements surviennent au cours de la phase initiale de la mise en œuvre du projet. La résistance au changement, l'inertie et l'investissement existant dans le statu quo – associés à la difficulté et complexité intrinsèque d'une nouvelle tâche – peuvent affecter l'adoption d'une nouvelle pratique.

### Renforcement des capacités

Un projet réussi dépend de la capacité technique de l'équipe de recherche, et tout manque de capacité identifié doit être traité rapidement par la formation, le mentorat et / ou la supervision du soutien. Néanmoins, une capacité de recherche limitée a été identifiée comme l'une des contraintes pour aborder les priorités de soins en santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire<sup>9</sup>.

Générer des preuves appropriées et fiables dépend de l'existence d'une bonne infrastructure de recherche. Les stratégies de renforcement des capacités doivent se concentrer sur les besoins globaux des institutions, y compris les compétences et le développement professionnel des chercheurs, le développement du leadership, la gouvernance et les systèmes administratifs, et le renforcement des réseaux au sein de la communauté de recherche nationale et internationale.

### Engagement continu avec les parties prenantes

Il est crucial de s'assurer que vous gagnez la confiance des parties prenantes afin de faciliter le processus de mise en œuvre et l'adoption des résultats de la recherche. Les détails sur la façon dont les parties prenantes peuvent être engagées sont décrits dans les modules « comprendre la RMO » et « Intégrer la RMO dans le système de santé » de cette boîte à outils.

VOIR

MODULE -  
COMPRENDRE LA  
RMO

VOIR

MODULE -  
INTÉGRER LA RMO  
DANS LE SYSTÈME  
DE SANTÉ



## Bonnes pratiques lors de la collecte de données

### Pré-test

Dans tout projet de recherche, un pré-test est généralement effectué pour vérifier la validité et la fiabilité d'un outil de collecte de données. Le pré-test permet à l'équipe de recherche de vérifier si les instructions et les questions de recherche sont suffisamment claires, spécifiques au contexte et si le temps nécessaire à l'administration du questionnaire est suffisant.

MODULE -  
MÉTHODES DE  
RECHERCHE ET  
GESTION DES  
DONNÉES

VOIR

### Gestion de données

La collecte, le stockage et la documentation de résultats correctement enregistrés et consultables sont essentiels pour toute recherche. De bonnes pratiques de collecte de données garantiront que les données peuvent être tracées jusqu'à leur source.

### Gestion de la qualité des données

La qualité des données est essentielle pour avoir des données authentiques et robustes. Pour cela, il faut la prendre très au sérieux. Des activités telles que la formation du personnel, la supervision de soutien et la rétro-information sur les données sont utiles pour améliorer la qualité des données<sup>9</sup>.

### Partage de données

Le partage de données devient obligatoire dans de nombreux domaines afin d'assurer la transparence, d'éviter la duplication et de réduire le plagiat. Étant donné que la RMO peut impliquer différentes institutions / organisations, les directives pour le partage et l'appropriation des données doivent être clairement énoncées au début du projet grâce à des accords formels tels que des protocoles d'accord. Le partage des données doit suivre un processus clair et peut être effectué entre les institutions de recherche (mais pas entre individus).

### Communiquer les résultats de la recherche

La communication des résultats de la RMO aux parties prenantes concernées n'a pas à attendre la clôture du projet. Au contraire, en RMO, les transferts de connaissances et la traduction font partie intégrante du processus de recherche et se déroulent tout au long du cycle de vie du projet. La communication doit passer par des canaux de communication, des formats et un langage adaptés aux publics cibles. Elle doit être opportune et l'information doit être utilisée pour contribuer à l'amélioration de la prestation des services de santé. Les détails sont décrits dans le module « communication et plaidoyer pour la RMO » de cette boîte à outils.

MODULE -  
COMMUNICATION  
ET PLAIDOYER  
POUR LA RMO

VOIR

MODULE -  
INTÉGRER LA  
RMO DANS LE  
SYSTÈME DE  
SANTÉ

VOIR

### Surveillance continue et rétro-information (feedback)

Le suivi continu et la rétro-information doivent être intégrés dans le cycle de vie du projet et les informations générées doivent être réinjectées dans le système de santé pour renseigner le processus d'action. Les détails sont discutés dans le module « intégrer la RMO dans le système de santé » de cette boîte à outils.



## Références

1. A guide to Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide) (Fifth edition). Newton Square: Project Management Institute Inc.; 2000.
2. Fundamentals of implementation research. Chapel Hill: MEASURE Evaluation Implementation Research Technical Working Group; 2015. (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-55>, accessed 16 October 2017).
3. Nasiru, S.G. et al. Breaking community barriers to polio vaccination in Northern Nigeria: the impact of a grass roots mobilization campaign (Majigi). *Pathogens and Global Health*. 2012; 106(3):166–71.
4. Hanson, K., et al. Vouchers for scaling up insecticide-treated nets in Tanzania: methods for monitoring and evaluation of a national health system intervention. *BMC Public Health*. 2008; 8:205.
5. Reproduced from: Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2011.
6. Neff M.J. Informed consent: what is it? Who can give it? How do we improve it? *Respiratory Care*. 2008; 53(10):1337–41.
7. Giordano J., et al. Confidentiality and autonomy: the challenge(s) of offering research participants a choice of disclosing their identity. *Qual Health Research*. 2007; 17(2): 264–75.
8. Handbook: Good laboratory practice (2nd edition). Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR); 2001 (<http://www.who.int/tdr/publications/training-guideline-publications/good-laboratory-practice-handbook/en/>, accessed 17 October 2017).
9. Travis P. et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*. 2004; 364(9437): 900–6.



## **Lectures supplémentaires**

- ChapBase SG. Monitoring and Evaluation Planning. American Red Cross/CRS M&E Module Series. Washington, DC and Baltimore, MD: American Red Cross and Catholic Relief Services; 2008.
- Effective Project Planning and Evaluation in Biomedical research. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR); 2005.
- Faden RR et al. An ethics framework for a learning health care system: a departure from traditional research ethics and clinical ethics. Hastings Center Report, 2013. 43(s1):S16–S27.
- Fundamentals of implementation research. Chapel Hill: MEASURE Evaluation Implementation Research Technical Working Group; 2015. PDF document available for download at <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-55>.
- Adamou B et al. Guide for monitoring scale-up of health practices and interventions. Chapel Hill: MEASURE Evaluation; 2013.
- Kass NE et al. The research treatment distinction: A problematic approach for determining which activities should have ethical oversight. Hastings Center Report, 2013. 43:s1.
- Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide. Geneva: International Federation of red Cross and Red Crescent Societies; 2011.
- Sample monitoring and evaluation of scale-up strategy for a gender-integrated health governance project. Chapel Hill: MEASURE Evaluation; 2013.

# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE



## Communication et plaidoyer pour la recherche de mise en œuvre

Tim France, Margaret Gyapong et Olumide Ogundahunsi

Dialogue constructif	254
Application des connaissances	255
Adoption des résultats probants de la recherche : obstacles et catalyseurs	256
Plaidoyer politique et communication stratégique	258
Développement d'une stratégie de communication	266
Étapes pour élaborer une stratégie de communication	267
Matériels et plateformes de communication	275
Références	277
Lectures supplémentaires	278

# Communication et plaidoyer pour la recherche de mise en œuvre

Communication et plaidoyer liés à la RMO sont pertinents à tous les stades de la recherche de mise en œuvre et impliquent l'utilisation d'un large éventail de matériel de mobilisation et sensibilisation. De bons outils de communication et plaidoyer sont essentiels pour un dialogue constructif et un engagement avec les parties prenantes, pour une planification et une mise en œuvre efficaces des projets, pour la traduction et le partage des résultats, et pour l'intégration des conclusions de la recherche dans les politiques et pratiques locales, nationales ou internationales<sup>1</sup>.

Ce large cadre souligne comment communication et plaidoyer prennent place à toutes les étapes d'un projet de RMO et comprennent de nombreux types d'approches de communication spécifiques, y compris le leadership, la visualisation des données, le mentorat, la facilitation du développement de propositions de recherche et de messages sur les réseaux sociaux ainsi que du matériel d'information spécifiques tels que des lignes directrices sur les rapports de recherche, articles évalués par les pairs, communiqués de presse, sites Web, présentations de réunions / conférences et notes de politique<sup>2</sup>.





La transparence, l'ouverture et l'engagement – parmi les membres de l'équipe de RMO et plus généralement avec les parties prenantes et les participants du projet – sont essentiels. Ils sous-tendent une reconnaissance précise des problèmes qui entravent les interventions sanitaires, encouragent le développement et le partage des questions et des approches de recherche, et favorisent la diffusion continue des expériences, enseignements et résultats. Aller au-delà de la diffusion traditionnelle de la recherche « à sens unique » – grâce à un dialogue continu « dans les deux sens », un plaidoyer ciblé et des communications stratégiques – aide à transférer la sensibilisation, les connaissances et les capacités liées à la RMO aux parties prenantes et aux participants, et permet d'identifier plus facilement les obstacles existants à l'adoption des résultats probants de la recherche<sup>3</sup>.

Ce lien continu entre le processus de recherche et la communication ouverte est une caractéristique déterminante de la RMO. Cette approche est essentielle pour promouvoir l'appropriation du processus de recherche, pour faciliter l'adoption des résultats et des conclusions de la recherche, et finalement pour faciliter leur traduction en actions durables et en améliorations pour la santé.



Les objectifs spécifiques de ce module sont de permettre :

- d'apprécier l'importance de l'engagement continu des parties prenantes et de la communication pour l'application et l'utilisation des résultats de la RMO.
- de reconnaître l'intérêt d'élaborer une stratégie de communication détaillée en tant que partie intégrante du processus général de la RMO.
- de comprendre l'importance des outils de plaidoyer et de communication adaptés pour engager les parties prenantes et des publics spécifiques puis partager les résultats avec eux.

## Dialogue constructif

La qualité essentielle du dialogue constructif est que l'équipe de RMO et les parties prenantes clés se réunissent pour comprendre le point de vue de chacun<sup>4</sup>, afin de développer de nouvelles options pour traiter un problème communément identifié et reconnu. Le **dialogue** est distinct des deux autres « D » – **discussion et débat** – dans la mesure où il vise à promouvoir une conversation avec un centre, plutôt que des camps opposés.

**Figure 1 : La distinction entre débat, discussion et dialogue**





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 résultats probants, 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. Pour en savoir plus sur le dialogue constructif voir la section « intégrer la recherche de mise en œuvre dans le système de santé ».

VOIR

MODULE - INTÉGRER  
LA RMO DANS LE  
SYSTÈME DE SANTÉ

## Application des connaissances

Les techniques d'application des connaissances (AC) peuvent aider les chercheurs à devenir plus actifs, sensibles au contexte et collaboratifs dans le partage de la planification, de la mise en œuvre et des résultats de la recherche. L'application de ces techniques permet de rendre la recherche et ses conclusions plus pertinentes pour les parties prenantes et les publics cibles, et en fin de compte plus utiles<sup>5</sup>.

Il y a essentiellement deux types d'activités d'AC : l'application des connaissances intégrée (ACI) et l'application des connaissances de « fin de subvention ».

Les approches d'AC intégrée (ACI) permettent une plus grande part d'innovation et sont efficaces pour apporter des solutions opportunes aux problèmes de mise en œuvre, y compris pendant la planification ou la réalisation de la recherche. Cette approche est un mélange d'art et de science, et illustre certaines caractéristiques fondamentales de la RMO elle-même. Par exemple, elle est multipartite et multidisciplinaire, dynamique et interactive<sup>6</sup>. L'approche intégrée exige que les membres de l'équipe et les parties prenantes partagent, au fur et à mesure de leur production, les nouvelles connaissances et données avec les utilisateurs finaux clés qui sont invités à partager leur interprétation et contribution. Parce que les résultats reflètent alors les besoins en connaissances des utilisateurs, ils ont beaucoup plus de chance d'être reconnus, augmentés et utilisés.

L'application des connaissances intégrée (ACI) comprend également des activités régulières telles que la définition et l'ajustement des priorités, le développement de produits d'information intermédiaires, le plaidoyer auprès des décideurs, et le développement / déploiement de plateformes d'application des connaissances ou de services d'intervention rapide, le cas échéant. Les approches intégrées ne traitent pas les connaissances comme quelque chose qui est généré, diffusé puis appliqué. Au contraire, l'ACI considère les connaissances issues de la recherche – de leur création à leur application – comme une entreprise collective résultant de la contribution de sources multiples<sup>7</sup>. L'ACI respecte l'environnement dynamique, élargi et à « double sens » dans lequel les résultats probants de la recherche sont créés, façonnés et finalement utilisés par de nombreuses parties prenantes, participants et exécutants de programmes.



Cette approche prend largement le contrepied de « l'autorité » typique des chercheurs : les équipes de RMO ne possèdent pas un contrôle exclusif des données de la recherche mais fonctionnent de manière beaucoup plus transparente et responsable. Afin de rendre les résultats probants et les conclusions de la recherche plus pertinents et plus réactives, les approches d'ACI impliquent les praticiens, les planificateurs et gestionnaires de programme (entre autres) dans le processus d'identification, de conception et de conduite de la recherche. Cela donne à la RMO une place unique en tant que processus taillé sur mesure et adapté au contexte et qui répond aux besoins et aux demandes des parties prenantes et participants.

Les activités d'application des connaissances (AC) de « fin de subvention » sont plus caractéristiques de divers types de recherche biomédicale conventionnelle et sont souvent intégrées dans les propositions de financement<sup>8</sup>. Comme leur nom l'indique, ces activités sont généralement menées à la fin de la recherche, ou pendant un processus de « création de connaissances ». Ces activités se concentrent sur l'application des connaissances en produits d'information plus conventionnels et sur leur diffusion à des publics généralement plus larges et sur une période plus longue. Elles comprennent des articles évalués par des pairs, des directives, des présentations à des conférences, des communiqués de presse, des spots radio, etc. Ces activités présentent essentiellement des résultats finalisés, résumés de manière appropriée pour un public donné. Bien que les activités d'AC de fin de subvention puissent être menées dans le cadre de la RMO, il s'agit généralement d'une activité limitée<sup>9</sup> car elle tend à être retardée par rapport à la conclusion de la recherche et les résultats peuvent ne pas être applicables à temps pour résoudre le défi de mise en œuvre visé.

## Adoption des résultats probants de la recherche : obstacles et catalyseurs

Il existe divers obstacles et catalyseurs au regard de l'utilisation des résultats de recherche. De nombreux utilisateurs de résultats de recherche (par exemple, les gestionnaires de programmes et les exécutants) opèrent dans un environnement soumis à des pressions et à des impératifs particuliers. Leurs délais d'action peuvent être très courts. Ces utilisateurs opèrent souvent dans des environnements difficiles et dynamiques façonnés par de multiples facteurs et des parties prenantes internes et externes, et leur expertise à appliquer et équilibrer différentes contributions pour résoudre les problèmes peut être limitée.

Les obstacles qui ont été identifiés vont des barrières à l'accès aux résultats et à la recherche, au manque de systèmes institutionnels favorables et de mécanismes de soutien pour la recherche, jusqu'aux obstacles individuels, tels que décrits ci-dessous.

- **Compétences insuffisantes** (en particulier les compétences de recherche ou d'évaluation des résultats probants) parmi les praticiens, soit pour évaluer les résultats probants de la recherche, soit pour faire la part des choses face



à des sources d'influence concurrentes<sup>10</sup>. Ceci peut inclure des praticiens qui n'ont pas une idée précise de comment avoir accès à des informations pertinentes et adaptées à leurs besoins, de comment reconnaître la qualité des sources de données de recherche, et finalement de comment utiliser ces résultats probants<sup>11</sup>. Après tout, « les résultats probants parlent avec de nombreuses voix différentes », et chaque preuve peut avoir des interprétations multiples (voire contradictoires) et des implications différentes<sup>12</sup>. Certains résultats peuvent être ambigus et échouer dans l'estimation précise des effets attendus<sup>13</sup>.

- **Culture organisationnelle** : comment une organisation prend-elle des décisions ? Comment l'information circule-t-elle dans une organisation ? Quelles sont ses capacités à interagir avec les résultats probants de la recherche<sup>14,15</sup> ? La « pensée de groupe » ou une attitude de « c'est comme ça que ça se passe par ici » peuvent également ralentir ou fausser l'utilisation des données de recherche. Le contexte administratif qui prévaut peut aussi soustraire les gestionnaires de programmes, les exécutants ou les agents techniques des efforts de plaidoyer des chercheurs, et ils peuvent ne pas ressentir de responsabilité envers la communauté en général.
- **Perception de la recherche par les praticiens** : cela peut inclure le coût perçu et respect des délais dans la recherche. Compte tenu du peu de temps dont disposent de nombreux praticiens pour prendre des décisions, la recherche peut être considérée comme trop coûteuse, prenant trop de temps ou comme un luxe pour avoir une réelle valeur pratique.
- **Surcharge d'information** : les praticiens, les gestionnaires de programmes et les exécutants peuvent être submergés par de trop nombreuses sources d'information, ou être soumis à d'autres influences (par exemple, des lobbyistes ou d'autres groupes d'intérêts ayant des ressources financières, des capacités ou des connaissances internes pour faire progresser un projet particulier).
- **Séparation de disciplines spécifiques en « silos »** : dans tous les secteurs (ou silos) de la santé et du développement, la compétition et la rivalité entre institutions sont monnaie courante. Non seulement les organisations sont obligées par les bailleurs de fonds de se faire concurrence pour obtenir un financement, mais certaines institutions peuvent être appelées à entrer en concurrence pour une raison de crédibilité ou à cause de leur mandat dans un domaine donné. Différents silos disciplinaires, incluant secteurs et institutions, manquent souvent d'une culture ou d'un langage commun qui sont essentiels pour collaborer efficacement. Cela peut provoquer hésitation ou réticence de la part de certaines institutions à s'engager dans une collaboration intersectorielle de peur d'être exposées à des pairs mieux informés ou à des critiques valides.

Les catalyseurs menant à une adoption plus large des résultats probants de recherche peuvent inclure les points suivants:

- La **nécessité nationale** est souvent considérée comme le moteur essentiel de l'adoption et de l'application des résultats probants de la recherche. Lorsqu'un système de santé national ou provincial subit un changement de



politique spécifique ou connaît des besoins de santé nouveaux ou émergents, les exigences de la situation conduisent souvent à une recherche active de résultats probants et pertinents pour en guider la mise en œuvre dans de nouveaux domaines.

- Les chercheurs peuvent également « **recadrer** » **les problèmes** de pratique actuels pour les aligner sur les preuves existantes ou les priorités nationales émergentes. Le recadrage d'un problème de mise en œuvre est souvent une étape essentielle dans les activités d'application des connaissances (par exemple, une note de politique) et peut rassembler de nombreux types de preuves pour répondre à une pratique particulière ou à un besoin de mise en œuvre<sup>16</sup>.
- **Renforcer les capacités des praticiens** : il faut exiger des données de recherche qui répondent à leurs besoins et les aident ; il faut que les praticiens puissent accéder aux résultats probants de la recherche, les évaluer, les adapter et les appliquer dans leur travail quotidien.
- **Encourager la collaboration entre chercheurs et praticiens** : pour générer des informations clés, encourager le partage actif de connaissances, et identifier les priorités urgentes.
- **Créer des messages ciblés** (par exemple, notes de politique, communiqués de presse) soulignant le rôle que les résultats probants de la recherche peuvent jouer pour contribuer à de meilleurs programmes ou à l'amélioration des interventions<sup>17</sup>. Les preuves de recherche peuvent être communiquées plus efficacement en les transformant en histoires convaincantes. Par exemple, en comparant « les coûts de l'action à ceux de l'inaction », la probabilité que les résultats probants influent sur la prise de décision peut être beaucoup plus élevée.
- **Encourager les contacts interpersonnels et développer la confiance entre chercheurs et praticiens** : la confiance construite à partir de relations personnelles peut être un ingrédient essentiel reliant le monde de la recherche à celui de la pratique.

## Plaidoyer politique et communication stratégique

### Plaidoyer

Bien qu'il existe de nombreuses interprétations possibles, nous nous concentrons ici sur les approches de plaidoyer adoptées par les équipes RMO pour modifier (ou maintenir) les approches ou les programmes de mise en œuvre. Cet objectif spécifique est souvent appelé « plaidoyer politique » et comprend le processus de prise de conscience et de sensibilisation grâce auquel les leaders d'opinion et les décideurs s'approprient les résultats probants et les conclusions de la recherche, et finalement prennent des mesures en conséquence<sup>18</sup>.

Le plaidoyer politique peut être caractérisé comme :

- Une stratégie visant à influencer des changements de politique (ou leur mise en œuvre) ou des mesures politiques – et qui est conçue spécifiquement pour amorcer et diriger (ou empêcher) un changement spécifique dans une politique de mise en œuvre.



- Un processus pour influencer ceux qui détiennent le pouvoir de décision ou ceux qui les informent.
- Un processus délibéré de communication persuasive – destiné à aider le(s) public(s) primaire(s) à comprendre, à se convaincre et à s'appropriier les résultats probants présentés. Essayer de changer les politiques publiques peut être un processus relativement lent car le changement d'attitude et de position peut nécessiter un engagement, un dialogue et une négociation continus.

En substance, le plaidoyer dans le contexte de la RMO vise à élaborer l'appropriation des nouveaux résultats probants de recherche, des concepts fondamentaux et des recommandations de mise en œuvre.

### Communication stratégique

La base traditionnelle de la recherche et de la communication scientifique est de partager les résultats de la recherche avec précision et objectivité, afin de faciliter son examen rationnel et détaillé par les pairs – c'est le processus d'évaluation par les pairs. Bien que l'évaluation par les pairs demeure une composante valide de la RMO (telle que décrite ci-dessus dans le cadre des activités d'AC en fin de subvention), la communication stratégique implique le partage d'informations et d'idées avec un objectif ou une intention distincts.

Comme cela a déjà été mentionné, l'objectif peut être la sensibilisation ou le plaidoyer politique, par exemple, et l'approche spécifique de communication stratégique adoptée sera déterminée en fonction de la meilleure façon d'atteindre cet objectif. La communication dans la RMO va au-delà de la simple « livraison » des résultats probants de la recherche. Elle prend en compte l'approche optimale pour la sélection, la conception et la promotion de types ou de domaines d'information spécifiques. Cela augmente les chances d'atteindre l'objectif souhaité.

La communication stratégique peut être considérée comme l'antithèse des formes traditionnelles de publications scientifiques et des rigueurs de l'évaluation par les pairs ; cela peut donc ne pas aller de soi pour les chercheurs. Pour cette raison, il est important d'inclure dès le début des professionnels de la communication dans l'équipe RMO, le cas échéant.

### Présentation et visualisation des données

La RMO génèrent souvent de gros volumes de données qui nécessitent une organisation, un résumé et une visualisation pour pouvoir être utilisés pour différents types de communication et de plaidoyer, et pour différents objectifs et / ou audiences. Pour aider le public à comprendre et à interpréter la signification de données spécifiques, on transforme souvent les chiffres bruts pour les présenter sous différents formats visuels. Cela rend plus faciles à détecter des motifs, tendances ou corrélations auparavant indiscernables ou invisibles dans les données. Comme toute forme de présentation visuelle, la méthode choisie pour visualiser les données peut mettre en valeur des caractéristiques spécifiques d'un ensemble de données déterminé ; il faut donc choisir une approche objective qui répond à votre



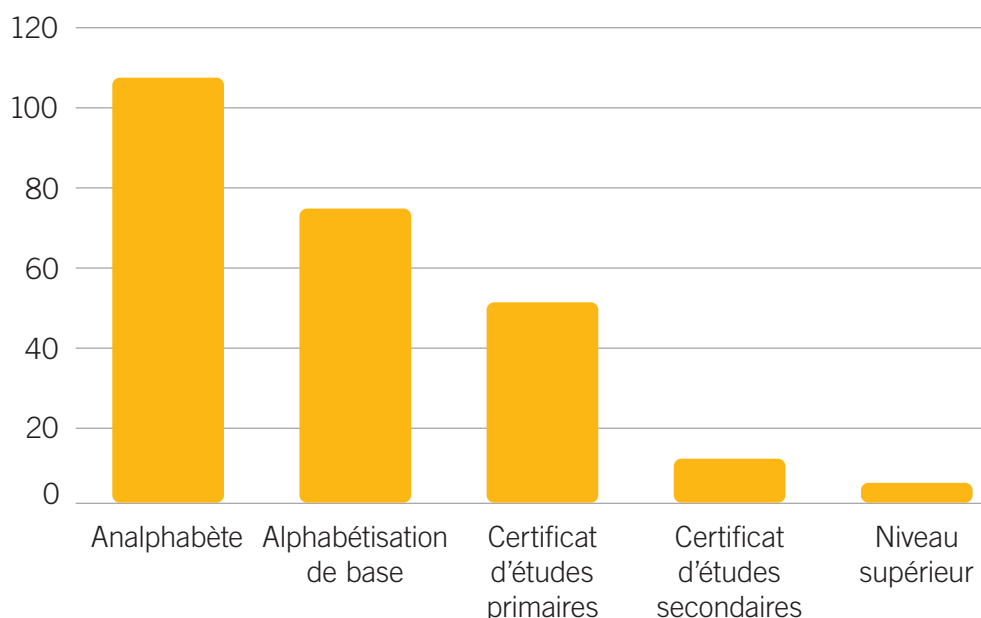
objectif et aux besoins d'un public spécifique, n'affecte pas l'intégrité des données elles-mêmes, et ne présente pas une perspective biaisée.

Une série d'exemples est fournie pour illustrer diverses approches de visualisation de données et l'influence que cela a sur la façon dont un ensemble de données relativement simple est interprété. Les Tableaux 1a à 1b et 2c à 2e présentent et désagrègent de diverses manières un seul ensemble de données quantitatives. Les figures 2a à 2c sont des exemples de la façon dont ces mêmes données peuvent être visualisées.

**Tableau 1a : Niveaux de scolarité des clients exprimés en tableau de fréquences.**

Niveau de scolarité des clients	Fréquence
Analphabète	106
Alphabétisation de base	74
Certificat d'études primaires	57
Certificat d'études secondaires	11
Niveau supérieur	2
<b>Total</b>	<b>250</b>

**Figure 2a : Niveaux de scolarité des clients exprimés sous forme d'histogramme / graphique**



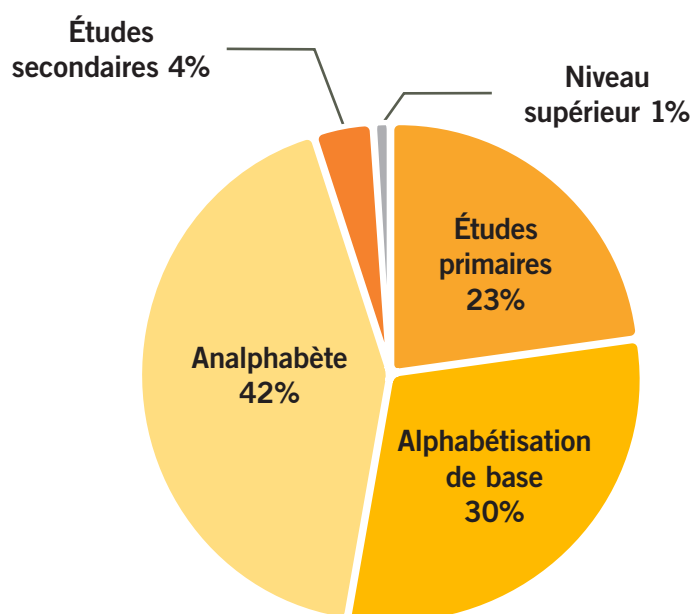




**Tableau 1b : Niveaux de scolarité des clients exprimés en termes de proportion, pourcentage et pourcentage cumulé**

Niveau de scolarité	Proportion	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Analphabète	0.424	42.4%	42.4%
Alphabétisation de base	0.296	29.6%	72%
Études primaires	0.228	22.8%	94.8%
Études secondaires	0.044	4.4%	99.2%
Niveau supérieur	0.008	0.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>1.00</b>	<b>100.0%</b>	

**Figure 2b : Niveaux de scolarité des clients exprimés sous forme de camembert**



**Tableau 2c : Niveaux de scolarité des clients exprimés en distributions de fréquences pour deux variables ou plus**

Niveau le plus élevé	Hommes	Femmes	Total
Analphabète	42	64	106
Alphabétisation de base	45	29	74
Études primaires	32	25	57
Études secondaires	8	3	11
Niveau supérieur	1	1	2
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>122</b>	<b>250</b>



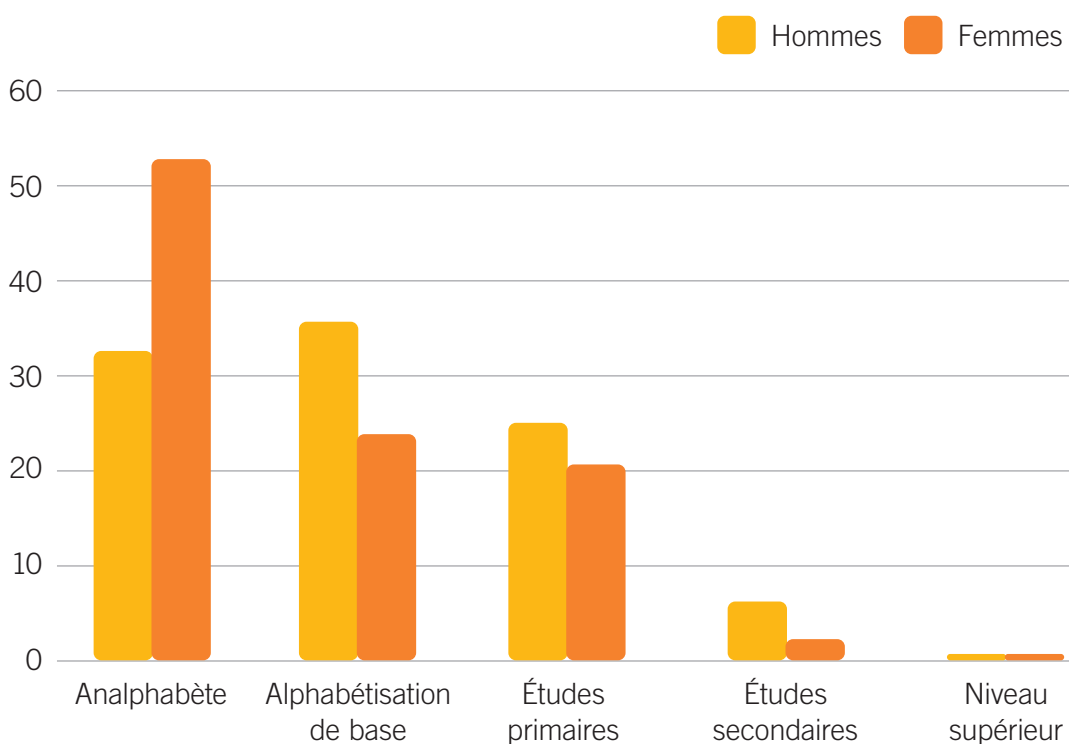
**Tableau 2d : Niveaux de scolarité des clients exprimés en pourcentage de ligne**

Niveau le plus élevé	Hommes	Femmes	Total
Analphabète	39.6%	60.4%	100.0%
Alphabétisation de base	60.8%	39.2%	100.0%
Études primaires	56.1%	43.9%	100.0%
Études secondaires	72.7%	27.3%	100.0%
Niveau supérieur	50.0%	50.0%	100.0%
<b>Total</b>	<b>51.2%</b>	<b>48.8%</b>	<b>100.0%</b>

**Tableau 2e : Niveaux de scolarité des clients exprimés en pourcentage de colonne**

Niveau le plus élevé	Hommes	Femmes	Total
Analphabète	32.8%	52.5%	42.4%
Alphabétisation de base	35.2%	23.8%	29.6%
Études primaires	25.0%	20.5%	22.8%
Études secondaires	6.3%	2.5%	4.4%
Niveau supérieur	0.8%	0.8%	0.8%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**Figure 2c : Niveaux de scolarité des clients exprimés en pourcentage de colonne**





## Étude de cas 1 Diffusion des résultats de la recherche pour différents publics

**Contexte :** La recherche de mise en œuvre (RMO) génère fréquemment de gros volumes de données qui nécessitent organisation, résumé et visualisation pour pouvoir être utilisées pour différents types de communication et de plaidoyer à des fins et / ou des publics différents. Pour aider le public à comprendre et à interpréter la signification des données spécifiques, elles sont souvent transformées, en partant des chiffres bruts, pour être présentées sous différents formats visuels. La méthode choisie pour visualiser les données peut mettre en valeur des caractéristiques spécifiques d'un ensemble de données déterminé ; il faut donc choisir une approche objective qui répond à votre objectif et aux besoins d'un public spécifique, n'affecte pas l'intégrité des données elles-mêmes, et ne présente pas une perspective biaisée. Le choix de la présentation des données doit être fait en fonction de sa simplicité et de son interprétabilité car les parties prenantes ont besoin de comprendre les informations fournies et de pouvoir les interpréter correctement.

L'exemple suivant illustre la manière dont le public cible détermine l'approche de visualisation des données. Les mêmes données provenant d'une enquête visant à évaluer la performance des distributeurs communautaires de médicaments (DCM), lors de la mise en place d'une prise en charge intégrée des cas de paludisme dans la communauté en utilisant des trousse de diagnostic rapide, sont présentées sous différents formats pour les différents publics prioritaires. Les données sur la performance ont été stratifiées selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité. Le format sous forme de tableau convient à un auditoire scientifique, le graphique à barres aux publics alphabétisés (par exemple les décideurs et les exécutants de projets), tandis que le diagramme peut être utilisé pour les publics analphabètes au niveau communautaire.

**Conclusion :** De gros volumes de données peuvent être organisés et résumés sous forme de figures, de tableaux ou de diagrammes / graphiques et utilisés comme outils variés de communication.

**Enseignements :** La présentation des résultats doit être soigneusement examinée pour éviter des interprétations potentiellement erronées qui peuvent mener à des conclusions et / ou des réponses inappropriées. Le choix du format doit être simple, clair et attrayant pour le public cible.

**Tableau. Caractéristiques des distributeurs communautaires de médicaments (DCM) et respect des directives de traitement du paludisme**

Sexe des DCM	Hommes, nombre (%)	Femmes, nombre (%)	Total
Gestion correcte des cas	130 (89.0)	486 (97.6)	616
Gestion incorrecte des cas	16 (11.0)	12 (2.4)	28
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>498</b>	<b>644</b>
(Test exact de Fisher P valeur bilatérale <0.0001)			
Âge des DCM	< 36 ans, nombre (%)	>36 ans, nombre (%)	
Gestion correcte des cas	294 (92.7)	322 (98.4)	616
Gestion incorrecte des cas	23 (7.3)	5 (1.6)	28
<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>327</b>	<b>644</b>
(Test exact de Fisher P valeur bilatérale = 0.0004)			
Niveau de scolarité des DCM	Primaire, nombre (%)	Secondaire et plus, nombre (%)	
Gestion correcte des cas	83 (92.2)	533 (96.2)	616
Gestion incorrecte des cas	7 (7.8)	21 (3.8)	28
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>544</b>	<b>6434</b>
(Test exact de Fisher P valeur bilatérale = 0.0947)			



## Étude de cas 1 Diffusion des résultats de la recherche pour différents publics

Figure Caractéristiques des distributeurs communautaires de médicaments (DCM) et respect des directives de traitement du paludisme

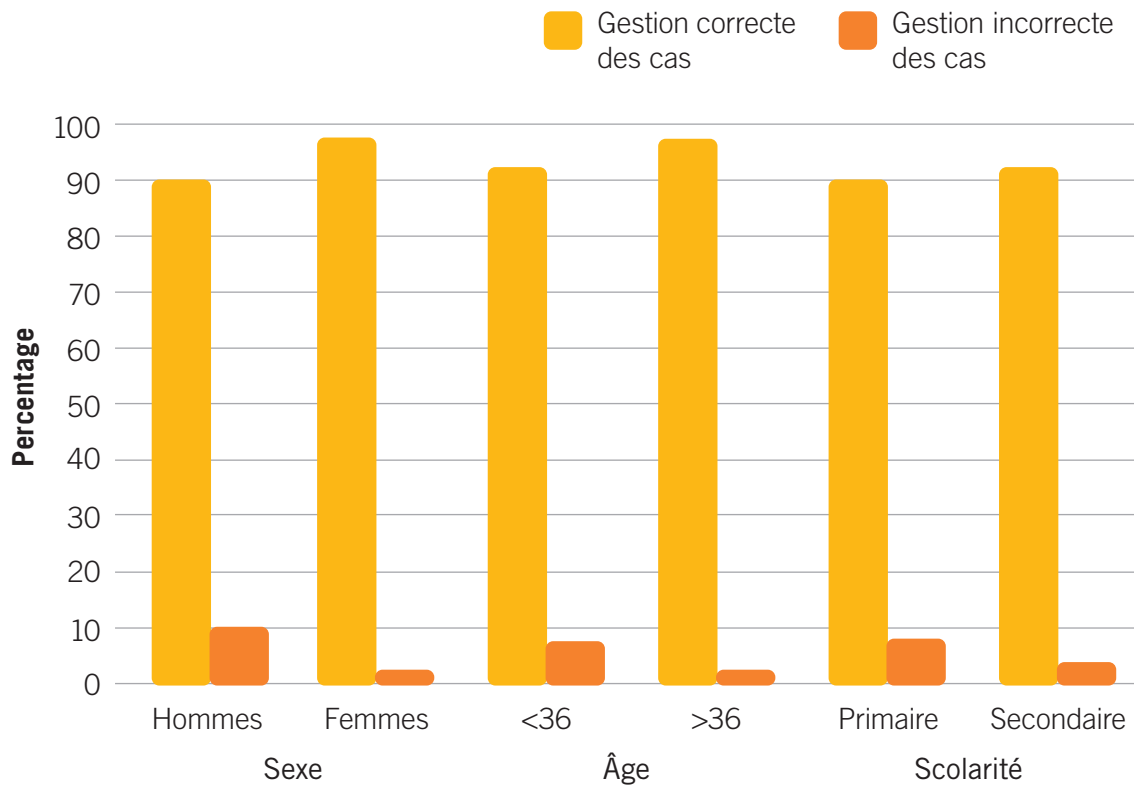
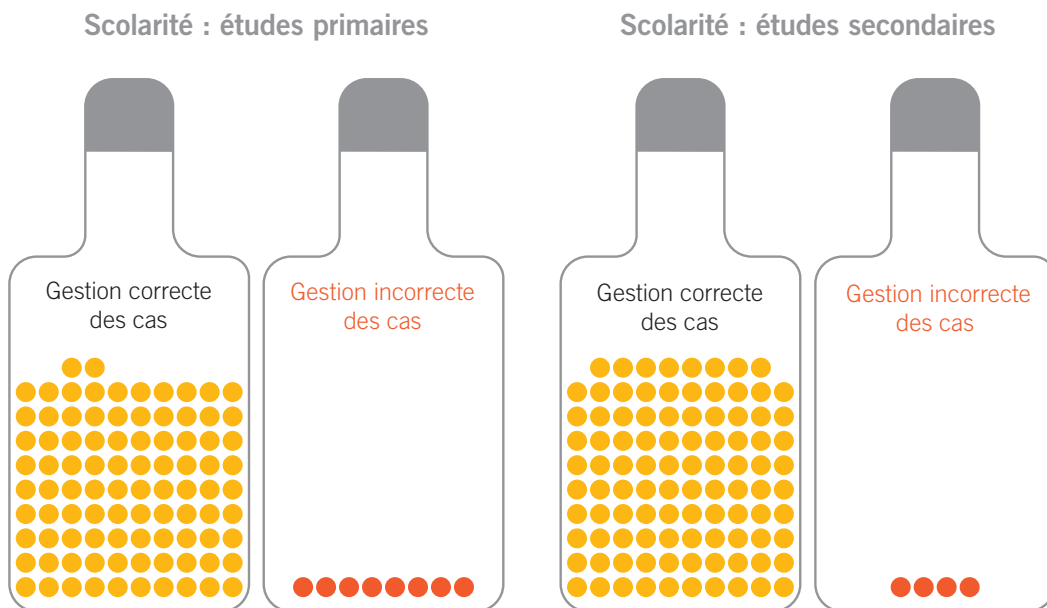


Diagramme Pourcentage de DCM ayant respecté les directives de traitement du paludisme par niveau de scolarité



Source : Orji BC, et al. Community health workers provide integrated community case management using malaria rapid diagnostic test kits. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. (2016) ; 13(4) :875–879.



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

**À l'aide de l'étude de cas présentée ci-dessous, considérez quels étaient les principaux obstacles et catalyseurs concernant l'utilisation des preuves que le zinc est un traitement efficace contre la diarrhée chez les enfants. Il sera utile d'identifier les parties prenantes essentielles qui ont été impliquées dans un dialogue constructif menant à un changement de politique et de discuter pourquoi elles ont pu résister ou accepter ces nouvelles preuves.**

*Un exemple de recherche de mise en œuvre soutenant l'AC au Bangladesh*

La mise à l'échelle de l'utilisation du zinc contre la diarrhée infantile au Bangladesh illustre l'utilisation des stratégies d'AC pour encourager l'adoption de la recherche de mise en œuvre par les décideurs. Des revues systématiques de la littérature scientifique et une recommandation conjointe UNICEF / OMS ont établi que le zinc constitue un traitement très efficace contre la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, en réduisant la sévérité et la durée de la diarrhée ainsi que la probabilité d'épisode diarrhéiques futurs et le besoin d'hospitalisation. Il a été estimé que le traitement au zinc pourrait sauver la vie de 30 000 à 75 000 enfants par an rien qu'au Bangladesh.

Comme premier pas vers la mise en œuvre de cette intervention prometteuse, deux comités ont été créés : un comité consultatif national dirigé par le secrétaire d'État à la santé et un comité de planification et de mise en œuvre dirigé par le co-secrétaire en santé publique et l'OMS. Ces comités ont servi de plateforme pour la collaboration entre les décideurs et les chercheurs, facilitant le partage des connaissances tacites et des positions politiques ainsi que la définition de priorités et d'objectifs communs.

Sur la base des résultats probants disponibles, le comité consultatif national a approuvé la politique sur l'utilisation du zinc en plus de la solution de réhydratation orale (SRO) pour les enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée, et a incorporé le zinc dans une directive nationale révisée sur le traitement de la diarrhée. La recherche a également guidé le développement du produit, une tablette de zinc dispersable, ainsi que son prix, ce qui a mené à entériner, dans les politiques nationales, les changements suivants basés sur des résultats probants :

- Préparation de comprimés au zinc par l'Administration des Médicaments du Bangladesh.
- Nom de marque du produit établi comme « Baby Zinc ».
- Dérogation pour la vente du produit sans ordonnance.
- Promotion de « Baby Zinc » dans les médias.



## Développement d'une stratégie de communication

Le processus de communication doit être une composante régulière et continue du processus global du projet de RMO depuis la préparation à la mise en œuvre, pendant toute la mise en œuvre jusqu'au stade de l'évaluation finale. L'implication précoce des parties prenantes dans le processus de développement améliorera l'appropriation du processus et l'adoption finale des résultats et des conclusions de la recherche. Des étapes spécifiques sont recommandées pour les équipes de recherche qui discutent et identifient leur stratégie de communication et les besoins associés des parties prenantes. Ceci est conçu comme une ligne directrice générique qui peut être adaptée et personnalisée pour des projets spécifiques. Le résultat final doit être une stratégie contextuelle conçue pour intentionnellement engager des parties prenantes spécifiques et communiquer avec elles, puis pour diffuser du matériel d'information à des publics cibles prédéterminés.

Il n'y a pas de « raccourci » pour faciliter et promouvoir le plaidoyer et la communication dans d'un projet de RMO. L'équipe de recherche peut être tentée, par exemple, de se concentrer sur la création de produits d'information spécifiques puis de simplement les diffuser. Cependant, du matériel d'information unidirectionnel ne constitue pas une stratégie de communication.

Des stratégies de communication solides aident à promouvoir et à faciliter :

- un dialogue constructif au sein de l'équipe RMO, et avec les parties prenantes et les partenaires clés ;
- un échange actif à double sens sur les expériences et les enseignements (pas seulement venant des chercheurs ou parties prenantes clés vers un public donné, mais aussi en sollicitant activement les rétro-informations et l'engagement de publics spécifiques, y compris les participants à la RMO et les utilisateurs finaux) ;
- des messages et du matériel d'information adaptés et ciblés, qui sont appropriés pour des publics particuliers ; et
- des mécanismes pour évaluer des indicateurs et des résultats pertinents, afin que la stratégie et ses produits puissent être révisés et améliorés.

*Une diffusion efficace et l'application des connaissances améliorent le processus d'exécution d'un projet de RMO donné, ainsi que l'utilisation des résultats. Une stratégie de diffusion doit être élaborée pendant la phase de planification du projet et doit impliquer les parties prenantes concernées. Les résultats de la recherche doivent être partagés avec les parties prenantes de façon continue tout au long du cycle du projet en utilisant des outils de diffusion appropriés.*





## Étapes pour élaborer une stratégie de communication

Les dix étapes distinctes que les équipes de recherche doivent prendre en compte dans l'élaboration d'une stratégie de communication sont résumées sur la Figure 3. Dans les sections ci-dessous, les dix étapes sont décrites plus en détail.

**Figure 3. Étapes de l'élaboration d'une stratégie de diffusion**





### **Étape 1 : Revoir les efforts de communication passés**

Lors de l'élaboration d'une stratégie de communication, il est prudent de commencer par regarder ce qui a été fait par le passé. Comment l'équipe de recherche a-t-elle diffusé l'information par le passé ? Quels produits ont été créés ? Lesquels ont eu du succès ? Comment des publics donnés ont-ils réagi ? Cela peut être fait comme un exercice de brainstorming interne, par examen de documents pertinents, ou avec une enquête (formelle ou informelle) avec les intervenants qui ont reçu les messages de communication de l'équipe dans le passé. Sinon, une vérification formelle des efforts de communication précédents (souvent menée par un tiers) peut évaluer la performance et, surtout, évaluer les perceptions des principales parties prenantes sur la recherche de l'équipe et sur le contexte entourant la recherche, y compris les occasions actuelles ou à venir. Ce type d'information peut influencer de manière significative la sélection des futurs outils et canaux de communication.

### **Étape 2 : Concevoir les priorités et les objectifs de communication**

L'équipe de recherche doit réfléchir à ce qu'elle espère réaliser en partageant les résultats de la RMO et en s'engageant avec les parties prenantes clés et les décideurs. Pourquoi l'équipe souhaite-t-elle communiquer des processus ou des résultats spécifiques à des publics donnés ? Le but de la communication est-il d'accroître la sensibilisation, l'assimilation, l'action ou de soutenir la participation des parties prenantes locales ? Ces objectifs peuvent être séparés en priorités à court et à moyen terme.

### **Étape 3 : Identifier les publics clés**

La détermination des publics primaires et secondaires appropriés est un aspect essentiel de la stratégie de communication. L'équipe de recherche doit comprendre qui sont les publics, comment ils préfèrent absorber l'information (y compris, mais pas exclusivement, les résultats probants de la recherche), leurs échéanciers, leurs besoins, etc. Cela augmentera considérablement la probabilité que la stratégie de communication atteigne ses objectifs.

Chaque projet de RMO a divers publics avec des capacités et des besoins spécifiques. Les approches et les messages de communication doivent être adaptés judicieusement pour en tenir compte.

Une manière prouvée pour s'assurer que l'équipe répond aux besoins de toutes les parties prenantes dans le processus de communication est de les classer en publics primaires et secondaires. Les publics primaires sont ceux qui doivent au final prendre une décision de mise en œuvre, politique ou faire un changement associé. Les publics secondaires sont ceux qui sont en mesure d'influencer les décisions ou les actions du public principal. Le type de public (primaire ou secondaire) détermine les objectifs de communication ; chacun de ces publics est distinct des membres de l'équipe RMO mais peut inclure des parties prenantes clés.





#### Étape 4 : Développer les messages

Les messages sont au cœur de toute stratégie de communication. Ils doivent être directs, simples et expliquer le problème que la recherche vise à résoudre. En outre, les messages doivent saisir l'approche ainsi que les solutions que la recherche a pu générer, les implications particulières des résultats de la recherche, et / ou ce qui peut être attendu de différents publics à la suite de ces résultats. Les projets de RMO aboutissent souvent à plusieurs messages clés. Bien qu'ils ne représentent pas la recherche dans sa totalité, ces messages peuvent transmettre l'essence de la recherche et ses implications avec des mots choisis et des formules concises.

Les messages doivent être tournés vers le public et rédigés exclusivement pour un public donné, en tenant compte des besoins du public et de ses capacités de lecture et d'écriture, en fonction de la recherche et des résultats probants qu'elle génère.

#### Étape 5 : Décider des approches de communication

Une façon de choisir les approches de communication consiste à amorcer plusieurs étapes ou « couches de conversation » avec chaque public spécifique. L'approche « entrée graduée »<sup>14</sup> offre ce type de possibilité. Comme contribution initiale de cette approche, l'équipe de recherche développe un document court (une page ou moins) pour un public clé. Le document doit se concentrer exclusivement sur les aspects les plus importants du problème de recherche et / ou des résultats pour ce public spécifique, et sur leurs implications majeures. En supposant une réaction positive du public, un document de trois pages plus détaillé peut alors suivre, fournissant plus de détails sur le projet de recherche lui-même, et positionnant les implications par rapport au contexte et aux autres preuves scientifiques, etc. Puis un document de 25 pages (et / ou un document revu par des pairs) qui explique des questions techniques telles que la méthodologie peut y faire suite. Cette approche peut être adaptée pour réaliser une combinaison d'approches sur papier ou en ligne, sur les réseaux sociaux ou par présentations en face à face, en fonction de la nature de chaque public, des occasions attendues ou des moments stratégiques.

#### Étape 6 : Évaluer et gérer les risques liés à la communication

Quelle que soit la manière détaillée et minutieuse avec laquelle votre communication est planifiée, il est probable qu'il y ait des questions, des réponses ou des critiques imprévues sur le projet, qui peuvent nuire aux objectifs de votre stratégie de communication, voire les compromettre. Cela vaut la peine d'investir du temps pour identifier et analyser les menaces potentielles.

Organisez une discussion / analyse au sein de l'équipe de RMO pour identifier les risques potentiels qu'il peut y avoir en ciblant des publics spécifiques avec certains messages. Par exemple, y a-t-il un risque que les messages soient mésinterprétés comme des critiques envers les décideurs ou les approches actuelles ? La discussion d'un enjeu ou d'un problème actuels pourrait-elle être considérée comme ouvertement critique envers les autorités locales ou nationales ? Y a-t-il eu des occasions qui ont peut-être été manquées pour faire explicitement l'éloge de réalisations actuelles



ou passées et qui pourraient maintenant être utiles pour favoriser une relation constructive avec les publics primaires ? Réfléchissez également aux obstacles au succès, délais difficiles à tenir et autres activités des parties prenantes qui peuvent rendre difficiles les actions ou changements sur votre priorité à un moment donné.

Réexaminer ces risques potentiels chaque fois que vous vous lancez dans un nouvel aspect de la stratégie de communication. Chaque fois que vous le faites, examinez la probabilité qu'un risque potentiel se produise et l'impact qu'il pourrait avoir sur vos activités de communication et votre succès éventuel.

### **Étape 7 : Identifier les occasions et moments stratégiques pour diffuser les messages**

Sur la base de ce que vous connaissez des publics clés que vous souhaitez atteindre, il peut également être possible d'identifier / d'anticiper des occasions stratégiques pour positionner et diffuser les messages clés. Cela peut inclure des processus ou des événements de planification nationaux à venir, des réunions de haut niveau et des rassemblements de membres clés du public, ou des dates stratégiques lors desquelles des questions spécifiques sont susceptibles d'être soulevées ou discutées.

Gardez à l'esprit que même si ces événements incluent des événements nationaux ou sous-nationaux ou d'autres occasions, l'accès aux décideurs peut être plus facile lors de réunions dans la capitale ou même dans un autre pays, lorsque les principales parties prenantes sont éloignées des pressions quotidiennes liées au travail et lorsque les priorités locales ou provinciales sont considérées dans un contexte national, régional ou international.

Les avantages d'avoir un calendrier clair pour le développement et le partage de produits d'information peuvent sembler évidents, mais cela vaut la peine d'être répété. L'utilisation de canaux / structures existants peut mettre en évidence des occasions stratégiques spécifiques et peut réduire les coûts et la charge de travail. Par exemple, un événement à venir peut être l'occasion d'atteindre plusieurs objectifs de communication différents et d'organiser des interactions en face-à-face.

Dans l'ensemble, l'équipe de RMO doit prêter attention aux questions du calendrier de communication. Cela implique d'être conscient de changements au sein d'un public (suggérant une plus grande réceptivité au travail de votre équipe, par exemple), d'occasions stratégiques qui peuvent surgir soudainement et auxquelles l'équipe doit répondre rapidement. De plus, des activités avec des chercheurs et des institutions partageant votre vision peuvent aider à faire avancer le programme de votre équipe.

### **Étape 8 : Déterminer les canaux de diffusion**

Quel que soit le niveau de développement et de raffinement des messages ou du matériel d'information, leur impact sera compromis s'ils ne sont pas diffusés via les canaux les plus adaptés et les plus efficaces. Par exemple, un document bien



rédigé a peu de chances d'être lu par un décideur de haut niveau à moins qu'il ne soit succinct et pertinent, et à moins qu'un conseiller ne l'ait déjà lu et l'ait apprécié. Une vidéo magnifiquement produite qui capture le détail et l'ampleur de l'impact d'un projet de recherche ne sera pas visionnée si les membres du public visé n'ont pas de lecteur de DVD ou si une occasion adaptée de visionnage n'est identifiée, en l'incluant, par exemple, dans le programme d'une réunion donnée.

La diffusion des messages et du matériel d'information doit être spécifique, intentionnelle et active, afin que l'équipe de RMO sache, avec un haut degré de certitude, comment et quand ils seront distribués et présentés. Dans le contexte actuel de surcharge d'information, se fier à un seul canal de diffusion comme moyen de diffusion passive – et simplement se limiter à mettre les produits d'information à la portée du public – ne permet pas d'atteindre les résultats et l'engagement souhaités.

De même, se fier uniquement à une seule langue ou à la distribution en ligne peut faire supposer de manière erronée à un statut d'accès ou de connectivité pour des parties prenantes spécifiques mais peut en fait, exclure certains publics.

La prise en compte des canaux de diffusion adaptés est une étape essentielle car elle permet de circonscrire, de manière très réaliste, les plateformes et les outils de communication qui sont utiles, atteignent les publics cibles et sont dans les limites des budgets disponibles. Au-delà de toute autre considération, le choix des canaux de diffusion détermine qui reçoit les messages (et par la même occasion qui pourra agir en conséquence). Notez que vous devrez peut-être utiliser plusieurs canaux et approches de diffusion pour répondre aux besoins de vos principaux publics cibles. En outre, varier les plateformes et les approches est susceptible d'augmenter les chances de succès.

### **Étape 9 : Consulter les ressources et les capacités disponibles**

Il est important de considérer les ressources et les capacités à la disposition de l'équipe de RMO pour les activités de communication. Quels matériels sont disponibles pour ce travail ? Qui peut le faire et quels types de compétences ont-ils ? Combien de financement est disponible pour créer et mettre en œuvre cette stratégie ? L'une de ces variables va-t-elle changer à mesure que la stratégie sera mise en œuvre ?

Une raison pour laquelle les équipes de recherche ont tendance à ne pas partager leurs résultats est que la diffusion peut être coûteuse à réaliser. Certaines approches de communication nécessitent des ressources importantes, y compris du temps et un haut niveau de capacité. Les produits de communication peuvent également comporter des coûts cachés, tels que la traduction de documents en plusieurs langues ou des coûts pour des compétences spécialisées telles que la conception graphique, etc. Plus l'équipe est réaliste et précise sur tous ces coûts au stade de la planification stratégique, plus les attentes pour ce travail seront réalistes. Le mieux est d'établir, dès le début, des budgets détaillés pour chaque partie de la stratégie.



## Étape 10 : Faire le point, évaluer la progression / l'impact et identifier les lacunes

Comme pour tous les aspects du processus de RMO, la communication sur les causes de blocages de la mise en œuvre dans les services de santé, sur les priorités de recherche, sur les résultats et leurs implications nécessite une évaluation et une rétro-information attentives. La communication doit être soigneusement planifiée afin que les publics visés soient spécifiquement atteints. Au cours de la mise en œuvre de la stratégie de communication, des ajustements seront nécessaires pour assurer un retour maximal sur investissement ainsi que l'intérêt et l'attention des parties prenantes. Une question pouvant guider utilement toute l'approche de communication est la suivante : qu'est-ce qui va changer si les stratégies de communication réussissent complètement ? Ce qu'on veut, ce n'est pas simplement que les résultats soient présentés au public, c'est qu'un public spécifique et parfois même des individus spécifiques reçoivent ces résultats et agissent en conséquence. Alors il est bon d'identifier quel type d'action, au sein des publics clés, équivaut à un succès.

L'évaluation des implications budgétaires est également importante. En reconnaissant les efforts nécessaires à une communication réussie, il faut s'assurer qu'on a utilisé les bons messages, trouvé le bon équilibre entre les plateformes / canaux disponibles et reçu suffisamment de rétro-information de la part des utilisateurs finaux. Cela peut être recueilli au moyen d'enquêtes et d'entretiens formels avec des informateurs clés, et être une source de d'information inestimable pour la planification des futures approches de communication. Un « journal d'impact » peut être une autre façon d'obtenir un feedback sur les stratégies de communication. Habituellement fait de manière informelle, un journal d'impacts documente les réactions des parties prenantes, les références médiatiques, les références scientifiques évaluées par les pairs, etc.

L'équipe de recherche peut ensuite synthétiser toutes ces informations dans un résumé des « leçons tirées » ou dans un document sur les bonnes pratiques. Dans certains cas, le feedback peut immédiatement recentrer ou modifier certains du matériel d'information pour assurer qu'ils atteignent le bon public avec les bons messages.

Il est important que le plan de communication et de plaidoyer qui en résulte soit considéré comme faisant partie intégrale du processus de recherche lui-même. L'intégration des activités de communication et de plaidoyer de cette manière est décrite dans le module « Planification et conduite de la recherche de mise en œuvre » de cette boîte à outils.

MODULE –  
PLANIFICATION  
ET CONDUITE  
DE LA RMO

VOIR

**Cas d'étude 2****Une stratégie de diffusion d'un projet de RMO : un cas du projet Nigraan, Pakistan**

**Contexte** : La diffusion des résultats de la recherche est essentielle pour faciliter l'adoption des résultats de la recherche et pour les traduire en action. Pour que la diffusion soit efficace, les outils doivent être adaptés au public cible et le message doit être clair et succinct. De plus, le message doit arriver à un moment opportun. De plus, pour que des améliorations sur la santé puissent être observées, la diffusion doit aller au-delà de la simple communication, elle doit viser à transmettre de nouvelles connaissances et à favoriser une bonne assimilation par le public cible, afin que ce dernier puisse être en position de prendre les mesures nécessaires.

**Méthodes** : NIGRAAN, un projet communautaire de RMO dans les zones rurales au Pakistan, a été mené par le Département des Sciences de la Santé Communautaire de l'Université Aga Khan (AKU) à Karachi, en collaboration avec le Département Provincial de la Santé du Sindh. Nigraan est un mot ourdou qui signifie « superviseur ». Ce projet RMO de deux ans visait à identifier les moyens de renforcer la supervision structurée et de soutien des femmes agents de santé (LHW = *lady health workers*) par les femmes superviseurs de santé (LHS = *lady health supervisors*) afin d'améliorer la prise en charge communautaire de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Badin dans la Province de Sindh. La stratégie de diffusion du projet NIGRAAN a été élaborée en se basant sur le cadre de diffusion de la boîte à outils pour la RMO développée par TDR / OMS. Les publics cibles concernés (membres de la communauté, LHW, LHS, gestionnaires de programmes, responsables de la mise en œuvre et la communauté scientifique) ont été impliqués aux échéances appropriées pendant le cycle de vie du projet.

**Conclusion** : Une stratégie de diffusion a été développée pendant la phase de planification du projet et les parties prenantes concernées ont été activement impliquées. De plus, les outils de diffusion étaient spécifiques aux objectifs de diffusion et au public cible.

**Enseignements** : En créant un plan de diffusion, les chercheurs doivent considérer l'objectif du projet, le public cible, le support et le plan d'exécution. L'élaboration d'une stratégie explicite de diffusion à l'avance guide le processus d'application des connaissances. Deuxièmement, pour améliorer l'utilisation des résultats de la recherche, la diffusion ne doit pas être une activité de diffusion de fin de projet, mais doit adopter une approche continue et intégrée de l'application des connaissances. De plus, l'approche multidisciplinaire et collective utilisée pour diffuser les résultats de façon continue renforce la confiance des parties prenantes.



**Cas d'étude 2**

**Une stratégie de diffusion d'un projet de RMO : un cas du projet Nigraan, Pakistan**

**Table. Stratégie de diffusion du projet Nigraany**

Objective de diffusion	Contenu	Outil de diffusion	Public cible	Calendrier
Sensibiliser la communauté sur le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valeur du projet</li> <li>Avantages potentiels pour la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions communautaires</li> <li>Médias électroniques (journaux, radio)</li> </ul>	Membres de la communauté	Dès le début du projet
Sensibiliser les décideurs politiques sur le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aperçu général et technique du projet</li> <li>Intégration dans les systèmes / structures existants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunion de l'équipe exécutive de gestion de projet</li> <li>Brochure du projet</li> <li>Notes de politique</li> </ul>	Décideurs politiques au niveau du district et de la province	Au lancement du projet
Sensibiliser la communauté sur la progression du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que se passe-t-il ?</li> <li>Réponse de la communauté au projet</li> <li>Enjeux sur le terrain et demandes de soutien à la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médias locaux (radio, journaux)</li> <li>Réunions d'évaluation des femmes superviseurs (LHS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communauté</li> <li>Organismes communautaires</li> </ul>	En continu
Sensibiliser les femmes agents de santé (LHW = <i>lady health workers</i> ) et les femmes superviseurs de santé (LHS= <i>lady health supervisors</i> ) sur le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aperçu du projet et de l'intervention</li> <li>A quoi peut-on s'attendre ?</li> <li>Rôles et responsabilités</li> <li>Attentes des parties prenantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atelier de formation</li> <li>Séminaires de diffusion officiels pour les femmes superviseurs à l'AKU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femmes agents de santé (LHW)</li> <li>Femmes superviseurs (LHS)</li> </ul>	Intermittent
Informers les décideurs et leaders communautaires sur la progression du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mises à jour sur le terrain (que se passe-t-il ? / Progression)</li> <li>Tout problème survenant à l'intérieur du système et / ou de la communauté affectant la structure technique du projet</li> <li>Demande de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien du projet, Réunions d'équipe</li> <li>Réunions de l'équipe de district de gestion de projet</li> </ul>	Décideurs politiques, représentants de la communauté, autres parties prenantes ayant un intérêt actif dans le projet	Périodes intermittentes
Informers l'agence de financement sur l'avancement du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progression des activités du projet</li> <li>Problèmes techniques éventuels</li> <li>Aspects financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'étape</li> <li>Courriels, appels téléphoniques</li> </ul>	Organisation Mondiale de la Santé	Annuellement et à la fin du projet
Contribuer à l'augmentation des connaissances scientifiques existantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processus de recherche</li> <li>Résultats de la recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Articles publiés</li> </ul>	Communauté scientifique	En continu
Informers le personnel de l'AKU sur la progression du projet	Activités, réussites, défis et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions du corps professoral</li> <li>Présentations à l'Université</li> </ul>	Personnel de l'AKU	Intermittent
Contribuer au curriculum du « Dossier d'Apprentissage pour la Santé des Femmes »	Manuel du formateur pour améliorer la gestion des cas de pneumonie et de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel du formateur</li> </ul>	Femmes superviseurs (LHS)	Après la phase de formation

Source : Rabbani F et al. Improving community case management of diarrhoea and pneumonia in district Badin, Pakistan through a cluster randomised study--the NIGRAAN trial protocol. Implement Science. 2014 ; 9 :186.



### Cas d'étude 3

## Éducation sanitaire participative innovante : promouvoir la santé reproductive dans des situations d'après-conflit au Soudan

**Contexte** : Malgré les efforts déployés pour améliorer la santé maternelle, le Soudan du Sud a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde. Des décennies de guerre, la faiblesse des infrastructures, la pénurie d'agents de santé et le manque de ressources ont eu des effets négatifs sur le système de santé en général et sur la santé reproductive en particulier, comme en témoigne un comportement de recours aux services de santé généralement insuffisant. Un projet de deux ans financé par « Global Health Through Education, Training and Services » a été mené dans l'État du Haut-Nil, dans le district de Renk au Soudan du Sud. Des études ethnographiques participatives antérieures sur la santé reproductive et infantile ont permis de mieux comprendre les questions contextuelles entourant le problème, les perceptions de la santé maternelle et les dynamiques interactives influençant les décisions des patients. Une intervention (éducation sanitaire) a été conçue pour cibler toute la communauté en abordant les problèmes de santé maternelle dans le contexte d'après-conflit. L'intervention a intégré le « Dossier d'Apprentissage pour la Santé des Femmes » (DASF ; en anglais *Women Health Learning Package ou WHLP*) dans une approche participative impliquant des femmes de la communauté locale, des organisations non gouvernementales et les membres d'une troupe de théâtre.

**Résultats** : Des matériels adaptés au contexte ont été élaborés et diffusés conjointement sous forme de chansons, de pièces de théâtre et de pictogrammes afin de promouvoir les connaissances dans les communautés sur les questions de santé maternelle auprès de divers publics. Tous les matériels/produits d'information ont été développés dans des dialectes locaux.

**Conclusion** : L'engagement effectif de la communauté dans le projet – dès l'identification initiale du problème et le développement du message – a renforcé le sentiment d'appropriation locale. Il a également abouti à la mise au point de matériels éducatifs adaptés au contexte afin de promouvoir la santé des femmes dans un tel contexte d'après-conflit.

**Enseignements** : Pour qu'une communication soit efficace, des approches de diffusion innovantes doivent être adoptées, l'engagement de la communauté est vital, et le message et les outils de diffusion doivent être adaptés au contexte local.

Source : Elmusharaf K. et al. Innovative Participatory Health Education (video). Disponible : [https://www.webmedcentral.com/View\\_video/225](https://www.webmedcentral.com/View_video/225).

## Matériels et plateformes de communication

De nombreux produits et plateformes sont à la disposition des équipes de recherche qui s'efforcent de faire assimiler l'information et les résultats liés à la recherche. Ils doivent être considérés en fonction des publics et des messages prioritaires, moins comme des entités indépendantes que comme faisant partie d'une approche globale. Chaque produit, chaque plateforme a des forces et faiblesses différentes pour atteindre le public. Par conséquent il est judicieux d'utiliser plusieurs approches pour qu'elles puissent se compléter et produire une « empreinte » de communication efficace. Dans de nombreux cas, le travail de développement d'un produit ou d'une plateforme donné peut être facilement reproduit ou modifié pour d'autres approches. Augmenter le nombre de façons qui permettent aux résultats de recherche d'atteindre les publics clés augmente les chances d'adoption et d'action.



Figure 4. Différentes options complémentaires pour les produits d'information et les canaux de diffusion



### ACTIVITÉ DE RÉFLEXION



Suivez les dix étapes décrites dans ce module pour élaborer un plan de communication et de plaidoyer pour votre projet de recherche.





## Références

1. Panisset U. et al. Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Research Policy and Systems*. 2012; 10:20.
2. Stamatakis K.A. et al. Developing the next generation of dissemination and implementation researchers: insights from initial trainees. *Implementation Science*. 2013; 8:29.
3. Lomas J. Diffusion, dissemination and implementation: Who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1993; 703:226–35.
4. Isaacs W. *Dialogue and the art of thinking together*. New York: Currency Publications; 1999.
5. Tetroe JM et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. *The Milbank Quarterly*. 2008; 86(1):125–155.
6. Lapaige V. Integrated knowledge translation” for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2010; 3:33.
7. Lomas J. Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: from summative to interpretive synthesis. *Healthcare Policy*. 2005; 1:55–71.
8. McGrath P.J. et al. Integrated knowledge translation in mental health: family help as an example. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 18(1):30.
9. Bero L.A. et al. Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*. 1998; 317(7156):465.
10. Lois O. et al. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS One*. 2011; 6(7):e21704.
11. Jewell C.J. and Bero L.A. Developing Good Taste in Evidence: Facilitators of and Hindrances to Evidence Informed Health Policymaking in State Government. *Milbank Quarterly*. 2008; 86(2):177–208.
12. Klein R. Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2003; 96(9):429–431.
13. Rowson R.C. et al. Researchers and policymakers: travelers in parallel universes. *American journal of preventive medicine*. 2006; 30(2):164–172.
14. Bowen S. and Zwi A.B. Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS medicine*. 2005; 2(7):e166.
15. Dobbins M. et al. Uncovering tacit knowledge: A pilot study to broaden the concept of knowledge in knowledge translation. *BMC Health Services Research*. 2011; 11(1): 198.
16. Dobbins M. Use of systematic reviews in the development of new provincial public health policies in Ontario. *International journal of technology assessment in health care*. 2004; 20(4):399–404.
17. Innvær S. et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2002; 7(4):239–244.



18. Making research evidence matter: A guide to policy advocacy in transition countries. Budapest: Open Society Foundation; 2012. (<http://advocacyguide.icpolicyadvocacy.org>, accessed 17 October 2017).

## Lectures supplémentaires

- Graham ID et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions* (2006); 26(1): 13–24.
- Mercer et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science* (2006); 4(1): 61.
- Jones N and Walsh C. Policy briefs as a communication tool for development research. London: Overseas Development Institute; 2008.
- Young E and Quinn L. Writing Effective Public Policy Papers: Guide for Policy Advisers in Central and Eastern Europe. Budapest: Local Government and Public Service Reform Initiative; 2002.
- Hovland I. Making a Difference: M&E of Policy Research. Working Paper 281. London: Overseas Development Institute; 2007.
- Ssengooba F et al. Research translation to inform national health policies: learning from multiple perspectives in Uganda. *BMC International Health and Human Rights* (2011); 11(Suppl. 1): S13.
- Assefa D et al. Intensified tuberculosis case finding among people living with the human immunodeficiency virus in a hospital clinic in Ethiopia (Notes from the field). *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* (2011); 15(3):411–413.
- Is Research Working for You? Hamilton: National Collaborating Centre for Methods and Tools; 2009).
- Nglazi MD et al. Identification of losses to follow-up in a community-based antiretroviral therapy clinic in South Africa using a computerized pharmacy tracking system. *BMC Infectious Diseases* (2010) 10(1): 329.
- Schober JE, Farrington A, and Lacey A. Presenting and disseminating research. Trent: NHS Executive; 1998.
- Bennett, Gavin, and Nasreen Jessani, eds. The knowledge translation toolkit: Bridging the know-do gap: A resource for researchers. Ottawa: International Development Research Centre; 2011.
- Implementation research for the control of infectious diseases of poverty: Strengthening the evidence base for the access and delivery of new and improved tools, strategies and interventions. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 2011.
- Datta A and Pellini A. Communicating research: A beginner's guide for researchers in Vietnam. London: Overseas Development Institute; 2011.

# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

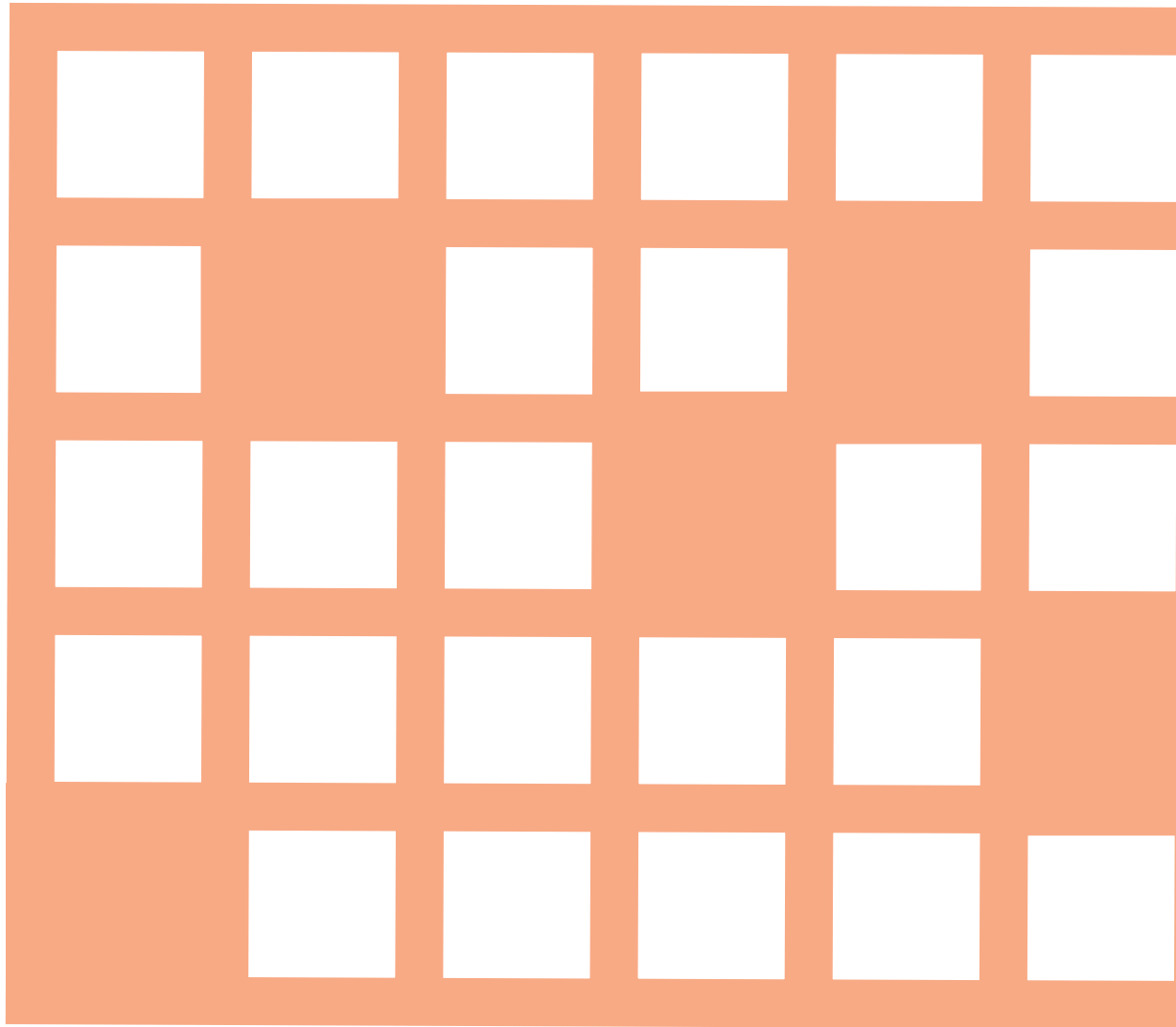


Intégrer la recherche de mise en œuvre dans le système de santé

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

Construction d'une équipe de RMO	282
Adoption des résultats	292
Documentation	295
Utilisation du cadre conceptuel des systèmes de santé de l'OMS pour la RMO	295
Principes d'une approche durable	299
Références	304
Lectures supplémentaires	304

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

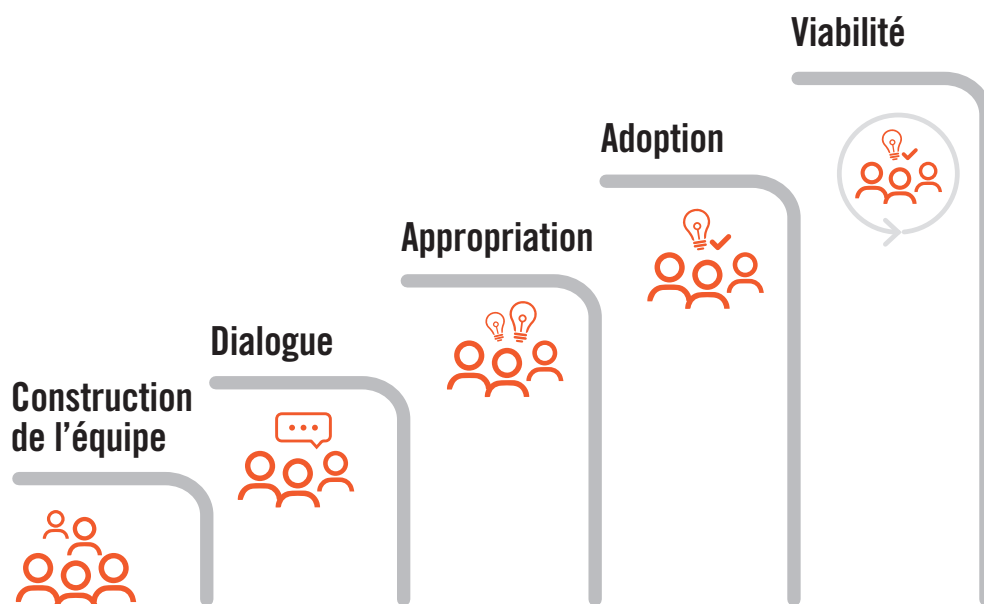


Au sein des systèmes de santé, la recherche de mise en œuvre (RMO) est ancrée dans la vie réelle et vise à améliorer les interventions sanitaires en aidant à mettre en évidence les obstacles et les barrières spécifiques à la mise en œuvre et en proposant des solutions qui sont identifiées grâce à une 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):

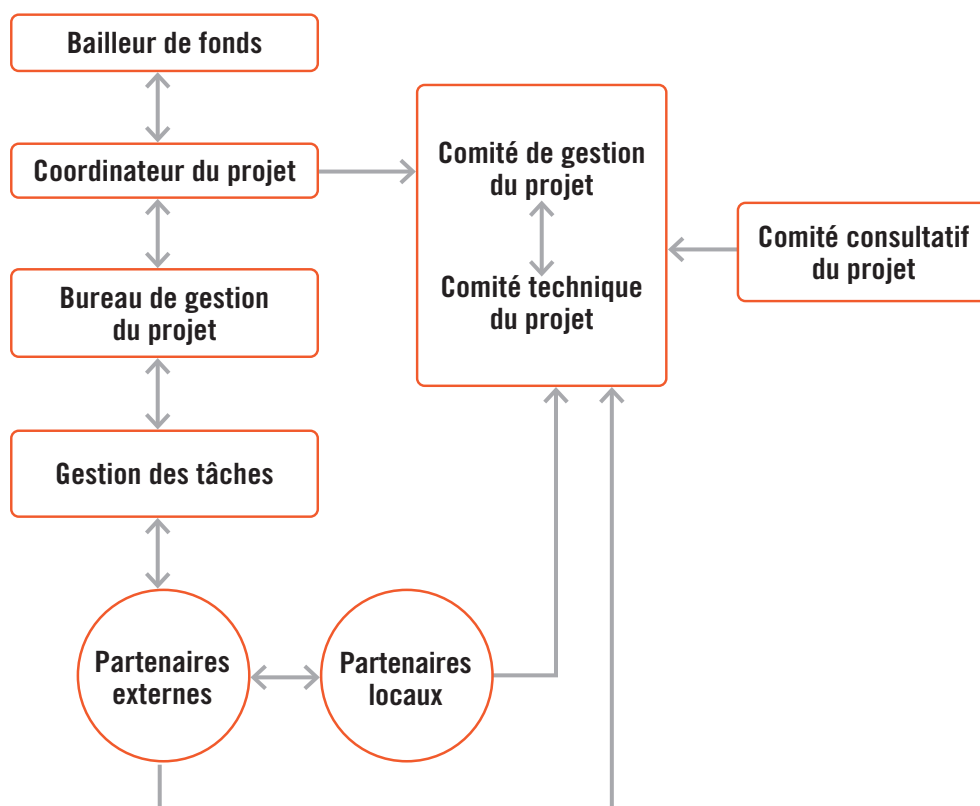
- Chargé de projet
- Chercheur principal (PI) / exécutant(s) / prestataire(s) de soins de santé.
- Responsable(s) de projet.
- Responsable(s) scientifique(s) et technique(s)
- Autres chercheurs (multidisciplinaires, selon la question de RMO).
- Spécialiste(s) des médias et de la communication
- Spécialiste(s)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

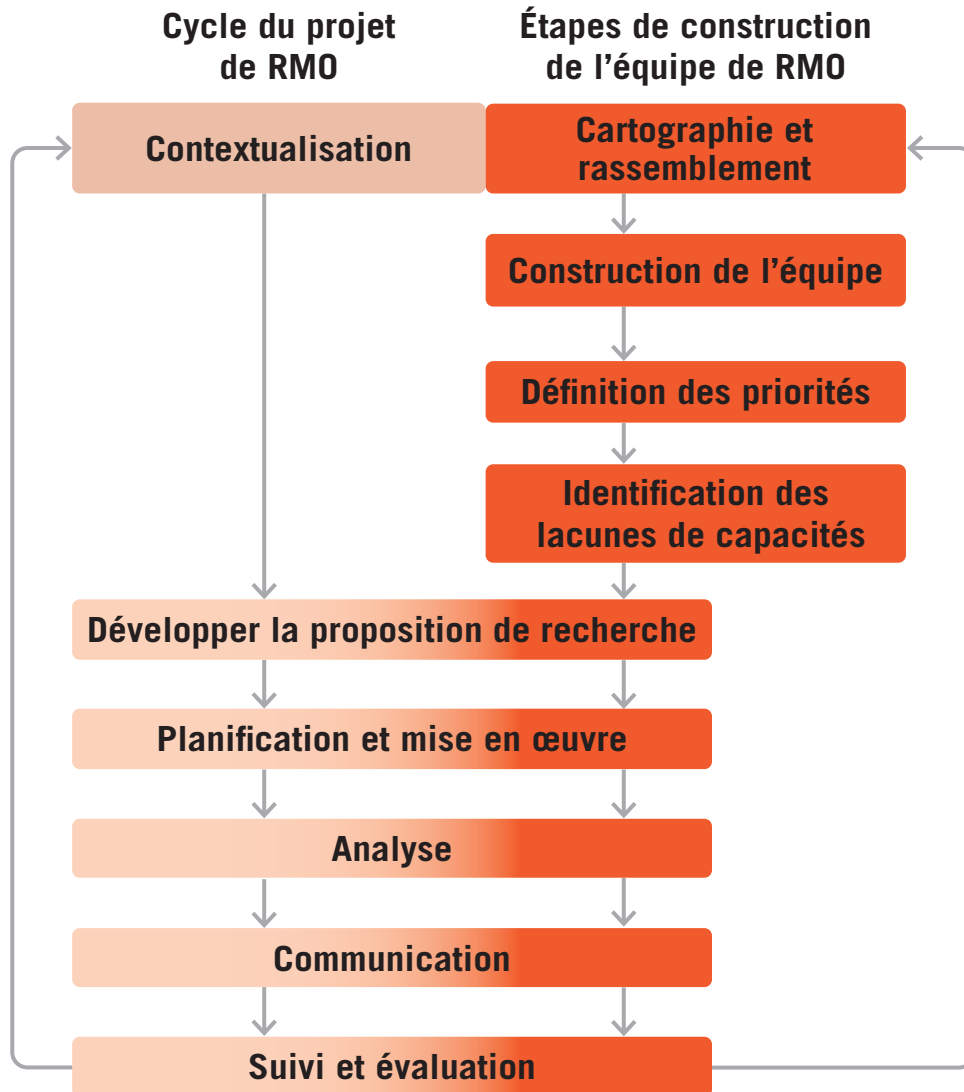


Sur la base de divers modèles actuels de développement d'équipes et de partenariats, quatre étapes spécifiques sont décrites pour la mise en place d'équipes de RMO (Figure 3). Selon les considérations locales et contextuelles, toutes les équipes n'auront pas à passer par chacune des étapes distinctes. 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 authentique<sup>1</sup> :

- *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 constructif<sup>2</sup>**

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 ».

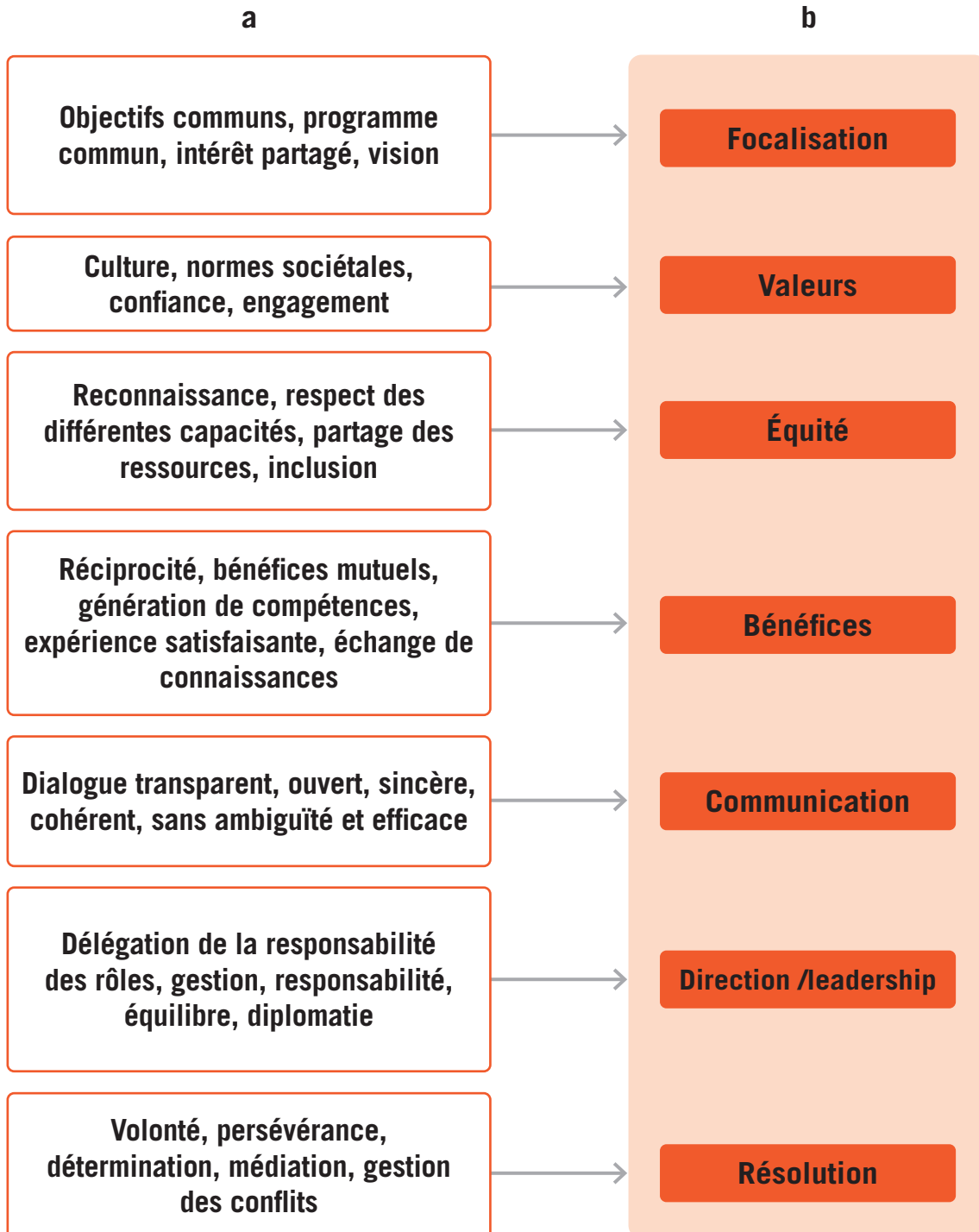


### **Appropriation, confiance, responsabilités et rôles**

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 collaborateurs<sup>3</sup> 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.

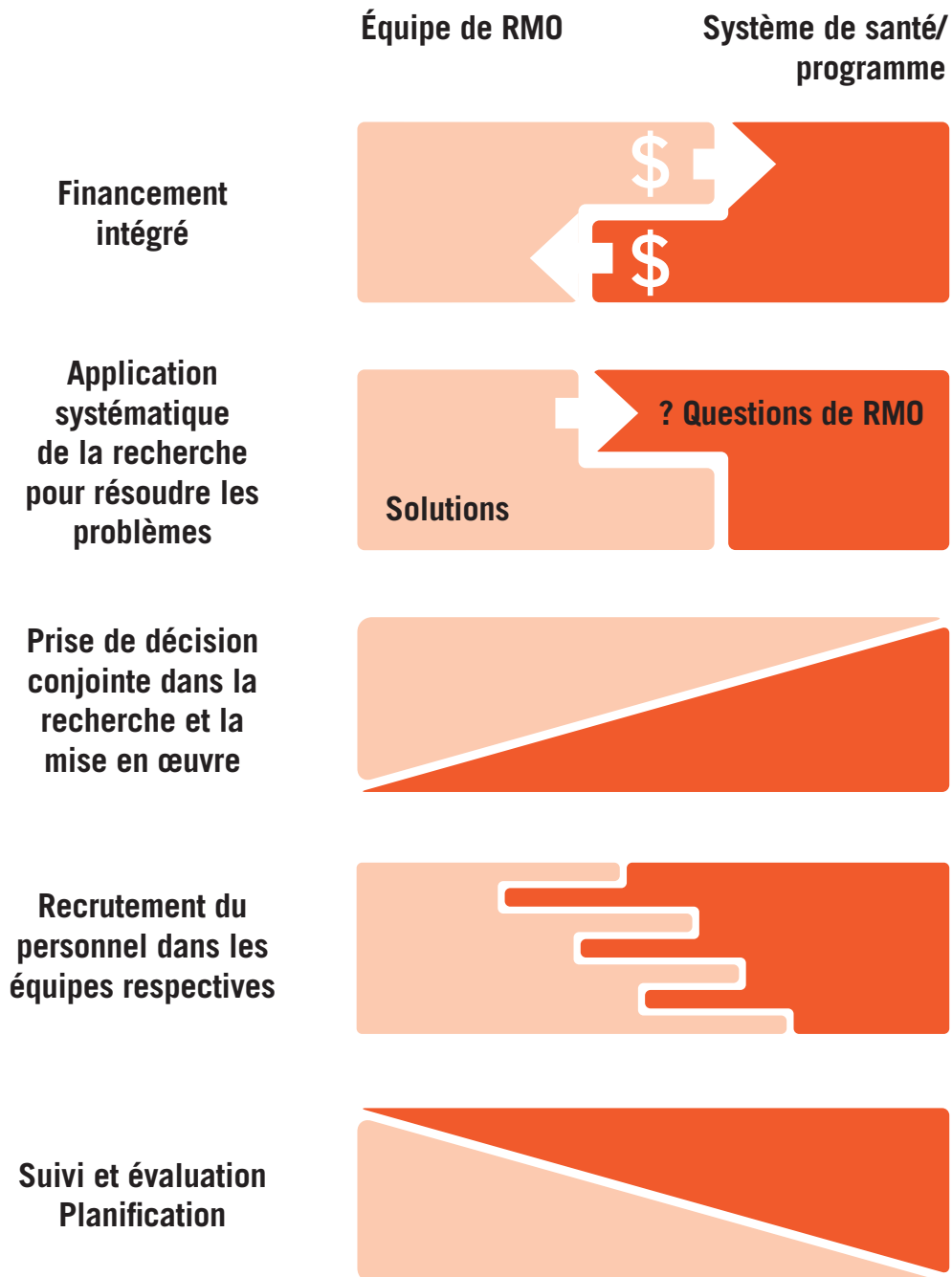
Pendant la phase d'analyse et d'interprétation des données du projet de RMO, l'implication du personnel de santé est essentielle. En offrant des occasions qui encouragent les agents de santé à interpréter les résultats du projet de RMO, ils sont capables d'identifier leurs propres succès, défis et solutions 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

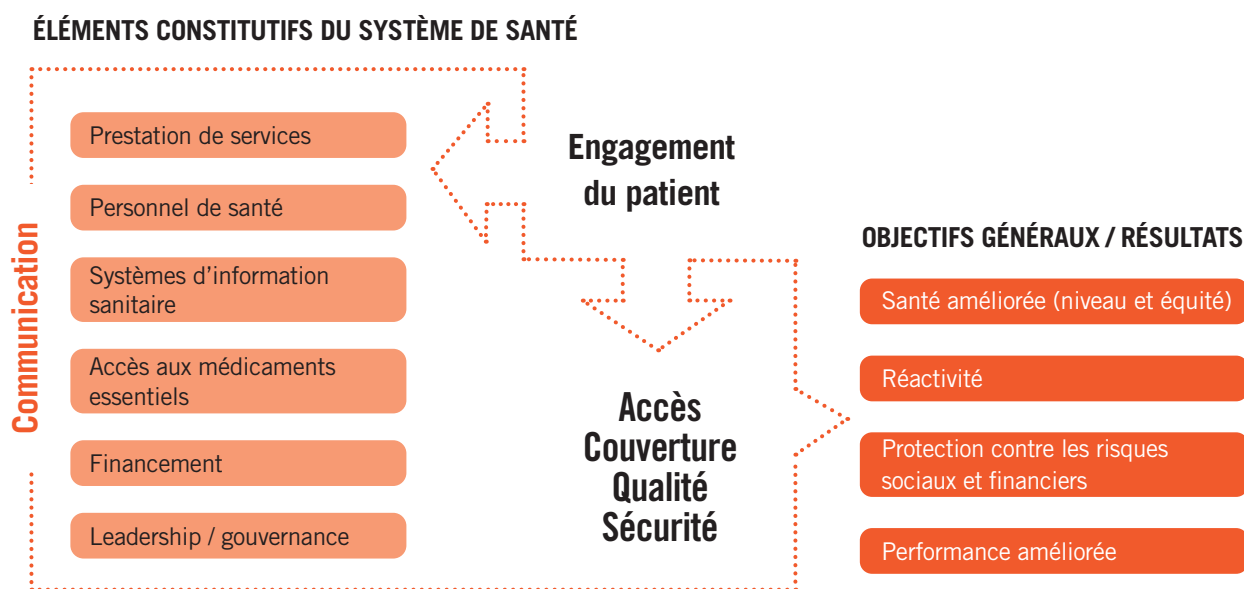
Comme indiqué, au cours du processus de RMO le personnel de santé participe à l'élaboration des questions de recherche, à la collecte des données ainsi qu'à l'interprétation des résultats et à l'identification des recommandations. En même temps, le personnel de santé est responsable de l'exécution de 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'OMS<sup>4</sup>**



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 ».

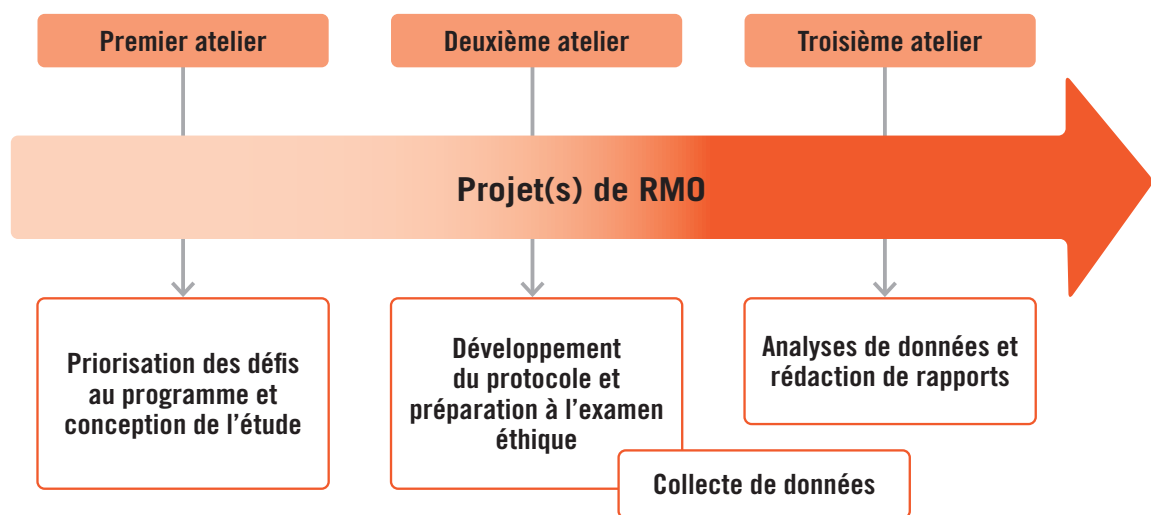


**Cas d'étude 3**

**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



# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE



Développer des projets de recherche de mise en œuvre avec une optique intersectionnelle du genre

Mariam Otmani del Barrio, Chandani Kharel, Robinah Najjemba et Edward Mberu Kamau

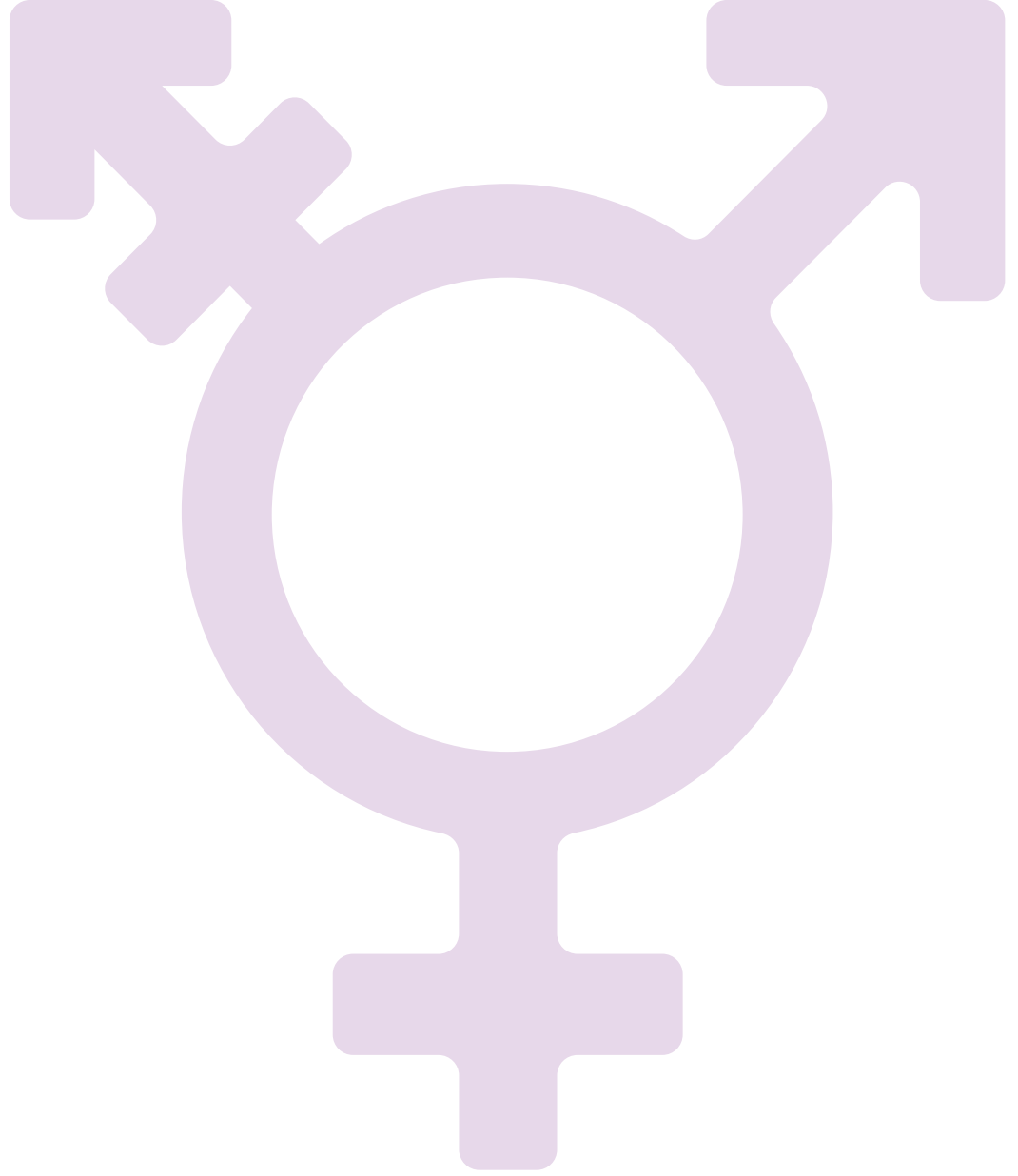
Definitions	2
Introduction	4
Intégration d'une optique intersectionnelle du genre dans la RMO	14
Élaboration de propositions dans une optique de genre intersectionnel	27
Exécution d'un projet de RMO avec une optique de genre intersectionnel	57
Bonnes pratiques dans les projets de RMO avec une perspective de genre intersectionnelle	63
Références	65

# GLOSSAIRE DE TERMES

## Definitions

<b>Sexe</b>	Les attributs biologiques qui séparent les hommes, les femmes et les personnes intersexuées. Le sexe est attribué à la naissance et peut différer de l'identité de genre d'une personne (1).
<b>Genre</b>	<p>Le genre fait référence aux rôles, comportements, activités, attributs et opportunités socialement construits qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes ayant une identité non-binaire (1-3).</p> <p>Le genre est souvent relationnel et détermine la manière dont les hommes/garçons, les femmes/filles et les personnes ayant une identité non binaire interagissent entre eux et avec le monde qui les entoure. En tant que construction sociale, le genre varie d'une société à l'autre et peut changer au fil du temps, à mesure que les individus construisent des rôles et des identités différents, façonnés par des circonstances politiques, sociales et économiques plus larges (4).</p> <p>Le genre influence l'expérience des gens en matière de soins de santé et leur accès à ceux-ci (5).</p>
<b>Identité de genre</b>	L'identité de genre fait référence à l'expérience interne et individuelle du genre, profondément ressentie par une personne, qui peut ou non correspondre au sexe qui lui a été assigné à la naissance (4).
<b>Intersectionnalité</b>	<p>L'intersectionnalité est une optique analytique qui examine comment différentes variables sociales (telles que le genre, la classe, la race, l'éducation, l'ethnicité, l'âge, la situation géographique, la religion, le statut migratoire, la capacité, le handicap, la sexualité, etc.) interagissent pour créer différentes expériences de privilège, de vulnérabilité et/ou de marginalisation au sein des structures de pouvoir (6).</p> <p>L'intersectionnalité et son application dans la recherche en santé est un paradigme de recherche émergent, qui cherche à "dépasser les catégories d'analyse uniques ou typiquement privilégiées (par exemple, le sexe, le genre et la classe) pour considérer les interactions simultanées entre différents aspects de l'identité sociale, ainsi que l'impact des systèmes et des processus d'oppression et de domination". Elle englobe les complexités qui sont essentielles à la compréhension des inégalités sociales, qui se manifestent à leur tour par des inégalités en matière de santé (7).</p>





---

L'intersectionnalité n'est pas additive ; elle tient compte de la façon dont les caractéristiques humaines et sociales telles que l'âge, le genre, le sexe, la capacité, le handicap, l'ethnicité, la sexualité, etc. interagissent pour façonner l'expérience individuelle à un moment donné (1).

---

**Analyse du genre** Le processus d'analyse de la manière dont les relations de pouvoir entre les genres affectent la vie des femmes, des hommes et des personnes ayant une identité non binaire, de la manière dont les différences sont créées dans leurs besoins et leurs expériences et de la manière dont les politiques, les services et les programmes peuvent aider à aborder ces différences (1).

---

**Analyse intersectionnelle du genre** Le processus d'analyse de la manière dont les relations de pouvoir entre les genres s'entrecroisent avec d'autres stratificateurs sociaux pour affecter la vie des gens, créer des différences dans les besoins et les expériences et comment les politiques, les services et les programmes peuvent aider à aborder ces différences (1).

---

Si l'analyse intersectionnelle du genre vise à s'éloigner d'une catégorie sociale dominante d'analyse et à résister à l'essentialisation, elle ne suit pas une approche purement intersectionnelle. Dans ce type d'analyse, le genre est utilisé comme point d'entrée à des fins analytique avec une optique intersectionnelle.

---



## Introduction

Ce module vise à renforcer la capacité des chercheurs en incorporant une perspective intersectionnelle de genre dans la recherche de mise en œuvre (RMO). Il s'agit d'un guide détaillé permettant aux chercheurs de développer une proposition de RMO intégrant une perspective intersectionnelle de genre. Il s'aligne sur le format de l'actuelle *boîte à outils de recherche de mise en œuvre (8)* du programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales (TDR) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et s'inspire de la boîte à outil de TDR/OMS pour l'*incorporation de l'analyse intersectionnelle des genres dans la recherche sur les maladies infectieuses en lien avec la pauvreté (1)*.

Après avoir terminé ce module, les chercheurs seront en mesure de :

- Comprendre la pertinence et l'importance du genre et de l'intersectionnalité dans la RMO ;
- Développer une proposition de RMO incorporant une perspective intersectionnelle de genre ;
- Planifier et mettre en œuvre des projets de RMO en utilisant une approche intersectionnelle de genre ;

Bien que certains éléments soient communs à d'autres modules de la boîte à outils de RMO, certains aspects de ce module sont mis en avant pour guider à la fois le développement de projets de RMO et la résolution des problèmes de mise en œuvre des interventions en utilisant une optique intersectionnelle de genre. Le but de ce processus est de contribuer à l'optimisation d'une intervention sanitaire donnée tout en assurant l'équité de sa couverture, contribuant ainsi à l'agenda 2030 pour le développement durable et à l'objectif de « ne laisser personne de côté ».

Avant d'utiliser ce module, les chercheurs doivent avoir déjà passé en revue les modules Introduction et Comprendre la RMO, de la boîte à outils de la RMO (8). En outre, ils doivent être familiarisés avec le processus d'analyse des parties prenantes et d'engagement communautaire. Il est important que les chercheurs travaillent sur le module actuel *avant* de concevoir des questions de recherche, car cela les aidera à intégrer une optique intersectionnelle dans la formulation des questions de recherche. Pour plus d'informations, consultez la boîte à outils d'analyse intersectionnelle des genres de l'OMS/TDR (1).

Ce module comprend quatre sections :

- Introduction aux concepts de genre, d'intersectionnalité et d'analyse intersectionnelle du genre.
- Pertinence et importance de l'incorporation d'une approche intersectionnelle du genre dans la RMO.
- Développement d'une proposition de RMO en utilisant une approche de genre intersectionnelle.
- Mise en œuvre d'un projet de RMO en utilisant une approche intersectionnelle de genre.



## Introduction au genre

Le genre fait référence aux rôles, comportements, activités, attributs et opportunités qu'une société considère comme appropriés pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et les personnes ayant une identité non binaire. Il est souvent relationnel, car il détermine la manière dont les hommes/garçons, les femmes/filles et les personnes à l'identité non binaire interagissent entre eux et avec le monde qui les entoure. Le genre est hiérarchique et produit des inégalités qui se recoupent avec d'autres inégalités sociales et économiques. En raison de sa construction sociale, le genre varie fréquemment à travers les espaces, les contextes et le temps, car les individus construisent des rôles et des identités différents, façonnés par des circonstances politiques, sociales, historiques et économiques plus larges (1-3). Le genre, en tant que déterminant social de la santé et construction relationnelle du pouvoir, se manifeste de différentes manières pour influencer l'expérience des personnes et leur accès aux soins de santé à différents niveaux du système de santé (9). Par exemple, au niveau individuel, le manque d'accès des femmes aux ressources peut limiter l'accessibilité financière des services de santé.

Au niveau sociétal, l'accès physique aux soins de santé peut être entravé par les normes sociales qui exigent que les femmes mariées obtiennent la permission de leur mari/partenaire avant de pouvoir se faire soigner. Au niveau du système, la façon dont les services de santé sont organisés peut soit faciliter, soit limiter l'accès d'une personne aux services de santé, par exemple si les heures d'ouverture ne favorisent pas leur utilisation par les femmes (10) ou le sexe du prestataire de soins (par exemple pour des raisons religieuses).

L'intersection du genre avec les variables sociales d'un individu (par exemple, l'origine ethnique, la classe sociale, le statut socio-économique, le handicap, l'âge, la situation géographique, l'orientation et l'identité sexuelles, etc.) avec des processus sociaux plus larges (par exemple, la discrimination basée sur la capacité physique, le racisme, etc.) et des processus structurels (par exemple, la politique, l'économie, la mondialisation, etc.) aboutit à des expériences individuelles de discrimination, de marginalisation et d'exclusion sociale, qui ont toutes des effets complexes sur la santé d'un individu et sa réponse aux interventions. Pour de plus amples informations sur la manière dont le genre s'entrecroise avec d'autres variables sociales, veuillez-vous référer au manuel d'analyse intersectionnelle du genre de l'OMS/TDR (1).

## Introduction à l'intersectionnalité

Le terme «intersectionnalité» a été inventé par Kimberlé Crenshaw en 1989 (11). Historiquement parlant, le concept a émergé de divers fondements théoriques sur le féminisme (6,12). L'intersectionnalité est une approche analytique qui examine comment différentes variables sociales (telles que le genre, la classe, la race, l'éducation, l'ethnicité, l'âge, la situation géographique, la religion, le statut migratoire, la capacité, le handicap, la sexualité, etc.) interagissent pour créer différentes expériences de privilège, de vulnérabilité et/ou de marginalisation au sein des structures de pouvoir (6). Une approche d'intersectionnalité aide les chercheurs



en santé à comprendre les moteurs de l'inégalité sociale en tenant compte de la complexité du monde réel (13), dans lequel les inégalités sont rarement le résultat de facteurs uniques et distincts, mais celui d'intersections de différents lieux sociaux, relations de pouvoir et expériences (6, 14).

La représentation visuelle de l'intersectionnalité présentée à la figure 1 décrit sa définition dans la pratique. Elle comprend trois couches concentriques qui entourent les circonstances uniques de pouvoir, de privilège et d'identité de chaque personne : l'anneau intérieur décrit les caractéristiques d'un individu (par exemple, l'âge, la profession, la religion, etc.) ; l'anneau intermédiaire décrit les processus sociaux (par exemple, la discrimination fondée sur la capacité physique, le racisme, la discrimination, etc. Elle met en évidence la manière dont de multiples variables sociales individuelles (âge, sexe, éducation, etc.) interagissent avec des processus sociaux plus larges (handicap, racisme, discrimination, etc.) et des facteurs structurels (politique, capitalisme, etc.) pour façonner la position, le privilège ou le désavantage d'un individu au sein de la société, ce qui aboutit à ce qu'un individu se trouve dans une catégorie sociale privilégiée ou défavorisée (15). En pratique, l'utilisation d'une approche d'intersectionnalité aide les chercheurs à examiner les relations de pouvoir, à comprendre les variables sociales des participants à la recherche et la manière dont elles interagissent avec les facteurs structurels systémiques pour façonner leurs expériences de vie (7).



Figure 1. Roue de l'intersectionnalité. Extrait de (15).



Le Tableau 1 présente des considérations clés concernant l'intersectionnalité, notamment l'accent mis sur l'inégalité sociale et ses implications, la dynamique du pouvoir dans les relations sociales, le contexte structurel et politique, et la réflexivité des chercheurs (13).

**Tableau 1 : Éléments clés de l'intersectionnalité.** Extrait de (13).

Focus de De l'intersectorialité	Ce qu'elle est...	Ce qu'elle n'est pas...
<b>Inégalité sociale</b>	Basée sur des catégories sociales qui se constituent et se croisent mutuellement.	Basé sur l'addition des avantages et la soustraction des inconvénients en supposant qu'il y a équivalence entre eux
<b>Nature dynamique de l'inégalité</b>	Une façon de comprendre les inégalités comme des relations dynamiques	Un examen statique des inégalités qui omet les aspects relationnels
<b>Dépendance contextuelle</b>	En partant du principe que les rapports de force sont dépendants du temps et du lieu.	Un groupe d'hypothèses préalables concernant l'importance d'une ou de plusieurs catégories sociales. l'importance d'une ou de plusieurs catégories sociales. priori concernant l'importance d'une ou plusieurs catégories sociales.
<b>Contexte structurel et politique</b>	Se focalise sur les facteurs structurels et politiques qui définissent les inégalités.	Se concentre sur le comportement individuel sans tenir compte des contraintes structurelles et politiques.
<b>Relations de pouvoir</b>	Examine comment les inégalités sociales sont déterminées par les relations de pouvoir.	Ignore l'impact des relations de pouvoir sur les inégalités sociales
<b>Implications pour les plus défavorisés</b>	Se concentre sur les implications pour les personnes vulnérables et marginalisées au sein d'un groupe.	Se concentre sur les implications pour les personnes dont le statut est protégé ou élevé au sein d'un groupe
<b>Réflexivité du chercheur</b>	Les chercheurs réfléchissent à la manière dont leur propre identité de base influence le processus de recherche et l'interprétation des résultats.	Les chercheurs tentent de se retirer complètement du processus de recherche et d'analyse.

Dans une perspective d'intersectionnalité, l'inégalité n'est jamais le résultat d'un facteur unique et distinct. L'inégalité est plutôt le résultat des croisements des caractéristiques d'un individu, les relations de pouvoir et les expériences avec les systèmes sociaux et les structures de pouvoir dans lesquelles elles s'inscrivent.





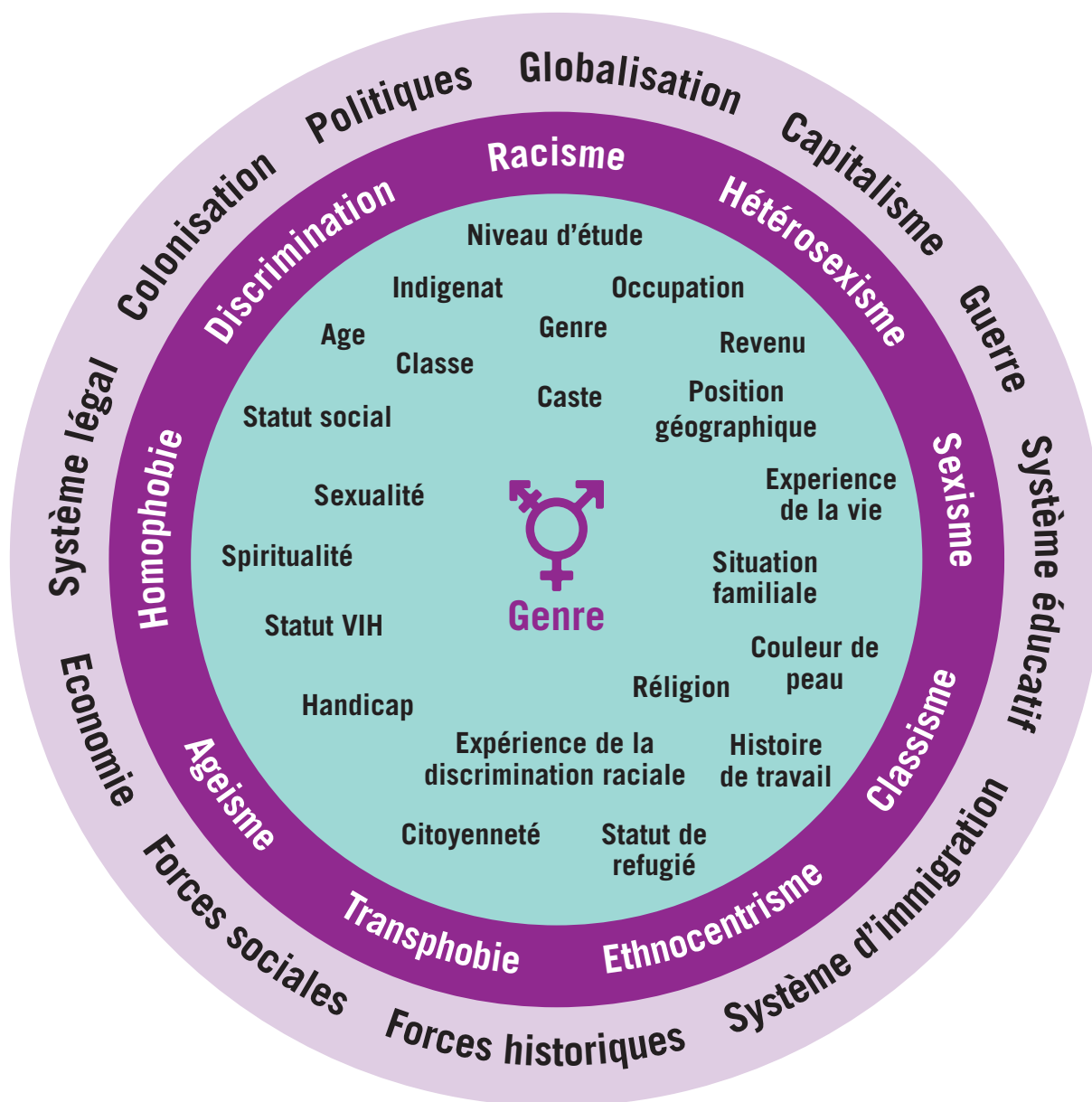
## Pourquoi une optique intersectionnelle du genre dans la recherche de mise en œuvre ?

Pour intégrer une optique intersectionnelle du genre dans la RMO, nous avons choisi le genre comme point d'entrée pour analyser et comprendre l'accès aux soins de santé et la manière dont les gens vivent et réagissent à la maladie et aux services de santé, ainsi qu'à d'autres expériences de recherche de santé. Les rôles, normes et relations de genre se croisent avec d'autres axes d'inégalité (par exemple l'âge, l'expérience de la discrimination raciale, le statut social et le handicap) et ces croisements, sous des systèmes et structures de pouvoir connectés, influencent pourquoi et comment la santé est façonnée de manière spécifique. Il est important de comprendre comment le genre s'entrecroise avec d'autres axes d'inégalité à toutes les étapes du processus de RMO, afin de ne pas négliger les dynamiques sociales qui existent dans le contexte communautaire et leur impact sur la manière dont une stratégie de mise en œuvre de la santé fonctionne et pour qui (5).

Une analyse intersectionnelle du genre dans la recherche permet de comprendre les différences au sein des groupes au niveau communautaire et les contextes complexes qui sont à l'origine des inégalités de genre et autres inégalités sociales. La figure 2 ci-dessous montre la roue modifiée de l'analyse intersectionnelle du genre où le genre est considéré comme le point d'entrée de l'analyse intersectionnelle du genre. Cette figure aide les chercheurs à réfléchir à la manière dont le genre s'entrecroise avec d'autres variables sociales d'un individu (par exemple, l'âge, l'identité de genre, la profession, la religion, etc.) et interagit avec des processus plus larges de discrimination et de privilèges sociaux (par exemple, la discrimination fondée sur la capacité physique, le racisme, etc.) et structurels (par exemple, la politique, le capitalisme, etc.) pour façonner la position d'un individu dans la société. Cette approche aide les chercheurs à examiner les inégalités créées à l'intersection de ces facteurs sociaux dans le cadre de systèmes et de structures de pouvoir spécifiques, qui sont également influencés par les processus politiques qui sont, à leur tour, façonnés par les contextes dans lesquels ils opèrent. En outre, le genre étant relationnel, son intersection avec d'autres variables dans la roue de l'intersectionnalité peut aboutir à des positions privilégiées ou défavorisées dans la société.

Elle permet également aux chercheurs de comprendre comment les dynamiques de pouvoir liées au genre et d'autres facteurs contextuels au sein de la communauté influencent la mise en œuvre et l'adoption d'une intervention donnée aux différents niveaux du système de santé (1).

Figure 2. Roue de l'analyse intersectionnelle du genre modifiée. Extrait de (1).

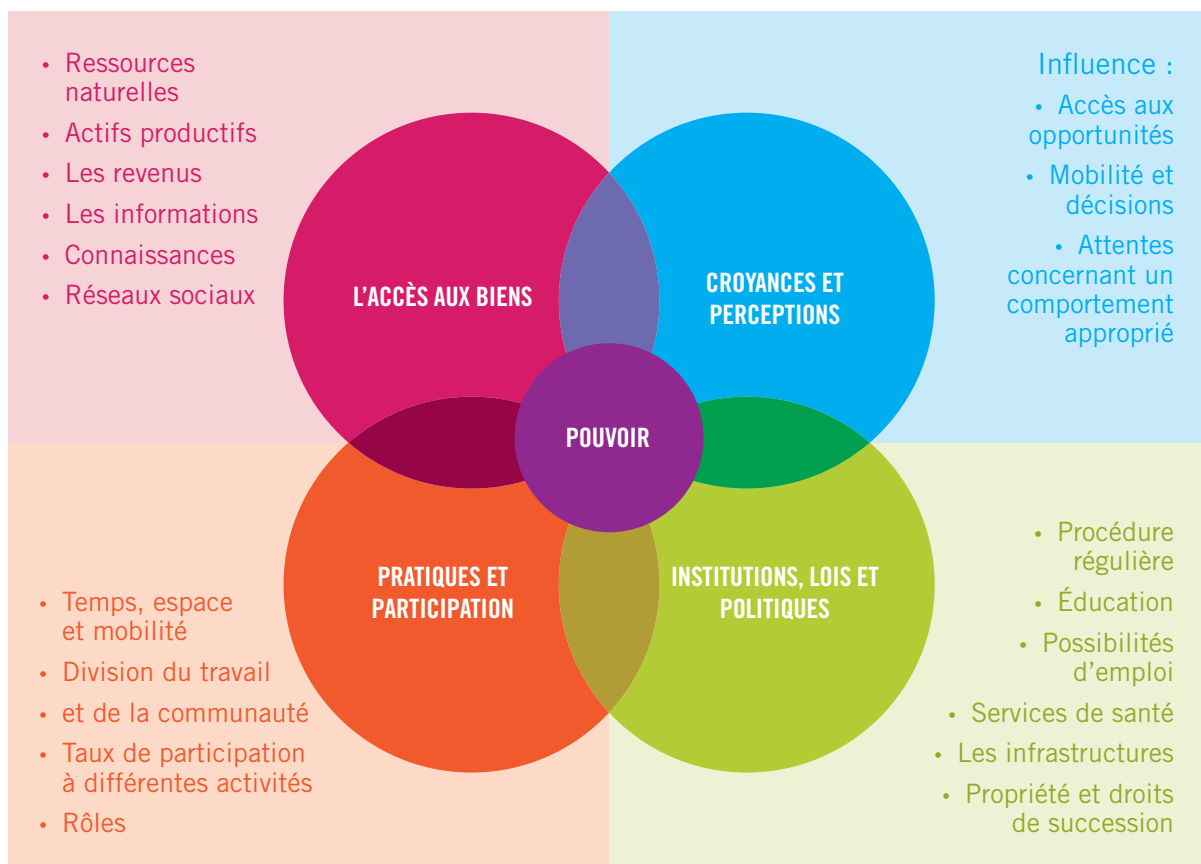


Divers cadres d'analyse du genre (16-18) peuvent être utilisés comme point de départ pour intégrer l'analyse du genre dans la recherche. Ces cadres systématisent les informations sur les dimensions liées au genre dans divers domaines de la vie et examinent comment ces différences affectent la vie et la santé des hommes, des femmes, des garçons et des filles, ainsi que des personnes ayant des identités non binaires. Le *cadre d'analyse du genre de Jhpiego* (17) (Figure 3) décrit quatre domaines de relations de genre : l'accès aux biens ; les croyances et les perceptions ; les pratiques et la participation ; et les institutions, les lois et les politiques. Le pouvoir est omniprésent dans chacun de ces domaines et est essentiel pour comprendre l'existence de hiérarchies fondées sur le genre et la manière dont elles peuvent être un facteur d'inégalité.





**Figure 3. Cadre d'analyse du genre de Jhpiego.** Extrait de (17).



Les cadres d'analyse intersectionnelle du genre aident les chercheurs à explorer la manière dont le genre s'entrecroise avec d'autres variables sociales pour influencer l'accès à des interventions sanitaires spécifiques (19).

Pour plus de détails sur les cadres d'analyse de genre et des conseils sur la manière de mener une analyse intersectionnelle du genre, se référer à la boîte à outils de l'analyse intersectionnelle du genre de l'OMS/TDR (1). Dans la recherche de mise en œuvre, l'application d'une approche intersectionnelle selon le genre permet aux chercheurs de comprendre comment les relations de pouvoir entre les sexes et d'autres facteurs contextuels au sein de la communauté influencent la mise en œuvre et l'adoption de l'intervention aux différents niveaux du système de santé.

Evelyn Kabia et coll. (20) ont mené une étude qualitative au Kenya pour explorer comment l'interaction des facteurs personnels (sexe, handicap et pauvreté) des femmes vivant avec un handicap et des facteurs environnementaux influençaient leur expérience lors de l'accès aux soins de santé (Encadré 1). En corroborant leurs résultats à l'aide du cadre de travail sur le genre de Jhpiego, ils ont montré que l'intersection entre les femmes handicapées (variables sociales individuelles) qui vivaient également dans des conditions de pauvreté avec la division du travail au sein du foyer (pratique et participation), la mobilité limitée (accès aux opportunités), la dépendance (accès aux biens) et l'attitude négative des agents de santé (institutions, lois et politiques) influençaient leurs comportements en matière de recours aux soins.



### Encadré 1. Exemple d'analyse intersectionnelle du genre dans le domaine de la santé

#### *Comment le genre et le handicap influencent-ils la capacité des pauvres à bénéficier des politiques de financement de la santé en faveur des pauvres au Kenya ? Une analyse intersectionnelle (20)*

Une étude qualitative transversale au Kenya a utilisé une approche intersectionnelle pour explorer comment le genre, le handicap et la pauvreté interagissent pour influencer si et comment les femmes vivant dans/sous des conditions de pauvreté au Kenya bénéficient des politiques de financement en faveur des pauvres qui les ciblent. Des entretiens approfondis ont été menés avec des femmes handicapées vivant dans la pauvreté et bénéficiant du programme de subvention de l'assurance maladie, ainsi qu'avec des personnes appartenant aux quintiles de richesse les plus bas résidant dans le système de surveillance sanitaire et démographique.

**Résultats :** Les femmes handicapées vivant dans la pauvreté ont souvent choisi de ne pas solliciter les services de santé gratuits en raison de leur rôle de principales pourvoyeuses et soignantes du foyer. En raison de leur mobilité limitée, elles avaient besoin de quelqu'un pour les accompagner dans les établissements de santé, ce qui entraînait des frais de transport plus élevés. L'absence de personne pour les accompagner et le caractère inabordable des frais de transport élevés ont poussé certaines femmes à renoncer aux services prénatals et à l'accouchement par du personnel qualifié, par exemple, malgré l'existence d'un programme de maternité gratuit. L'aménagement et l'équipement des établissements de santé offrant des soins dans le cadre des politiques de financement de la santé en faveur des pauvres n'étaient pas adaptés au handicap. En outre, l'attitude négative des agents de santé à l'égard des femmes handicapées les décourageait de demander des soins. Les stéréotypes négatifs à l'encontre des femmes handicapées dans la société ont conduit à leur exclusion des forums de participation publique, limitant ainsi leur sensibilisation aux services de santé.

**Conclusions :** L'intersection du genre, de la pauvreté et du handicap a influencé les expériences des femmes handicapées bénéficiant des politiques de financement de la santé en faveur des pauvres au Kenya. Pour lever les obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels elles sont confrontées, il faudrait notamment garantir la disponibilité de structures sanitaires et de systèmes de transport publics adaptés aux personnes handicapées, renforcer les compétences culturelles dans la prestation des services de santé et encourager les femmes à participer à la vie publique.

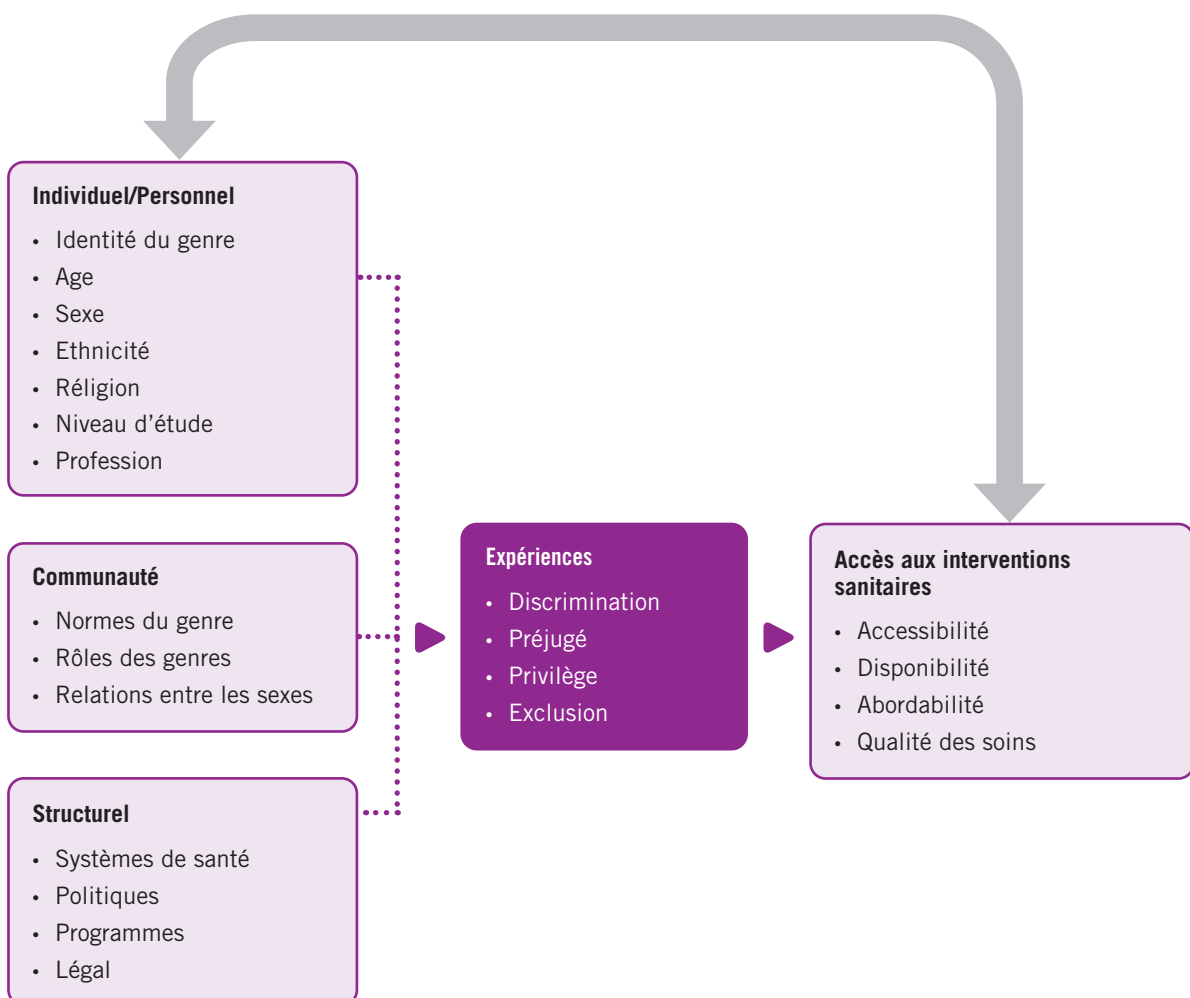
L'utilisation d'une approche intersectionnelle de genre dans la RMO contribue à notre compréhension des facteurs qui contribuent à défavoriser les personnes au sein de la population étudiée qui ont été laissés pour compte ou négligés lors de l'accès aux soins de santé, permettant ainsi aux chercheurs de fournir des recommandations basées sur des preuves pour un changement de politique.





Les variables sociales d'un individu interagissent avec la communauté locale et les forces structurelles pour produire une expérience qui affecte ensuite l'accès aux interventions sanitaires de RMO (Figure 4). Si l'identité de genre d'un individu influence son accès aux ressources et à la prise de décision, alors cela peut contribuer à ce que l'individu soit dans une position privilégiée ou désavantagée, ce qui peut ensuite influencer l'accès à une intervention sanitaire de RMO. De cette manière, l'accès, l'utilisation et la réponse aux interventions sanitaires au niveau communautaire sont considérablement influencés par les relations de pouvoir entre les sexes en ce qui concerne la disponibilité des ressources, l'allocation des ressources, les valeurs sociétales et les systèmes structurels (1,20).

**Figure 4. Cadre d'analyse intersectionnelle du genre montrant l'intersection du genre avec d'autres variables sociales.** Adapté de (20).





### ACTIVITE DE REFLEXION

Considérer les questions suivantes, si possible en relation avec votre projet de RMO :

- **Qu'est-ce que le genre et l'intersectionnalité ?**
- **Quelle est la pertinence du genre et de l'intersectionnalité dans la recherche de mise en œuvre (RMO) ?**
- **Réfléchissez aux différents cadres d'analyse intersectionnelle du genre.**
- **Réfléchissez et considérez pourquoi l'intégration d'une perspective intersectionnelle du genre est importante et sa pertinence pour votre projet RMO.**

---

### Ressources clés pour l'intersectionnalité

Hankivsky O. Intersectionality 101 ([https://www.researchgate.net/publication/279293665\\_Intersectionality\\_101](https://www.researchgate.net/publication/279293665_Intersectionality_101), accessed 3 April 2022) (6).

Larson E, George A, Morgan R, Poteat T. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*. 2016; 31(8): 964–969 (<https://academic.oup.com/heapol/article/31/8/964/2198131>, accessed 30 March 2022) (13).

Lucas H, Zwarenstein M. A practical guide to implementation research on health systems. Brighton: Institute of Development Studies; 2016 (<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14383>, accessed 3 April 2022) (19).

---

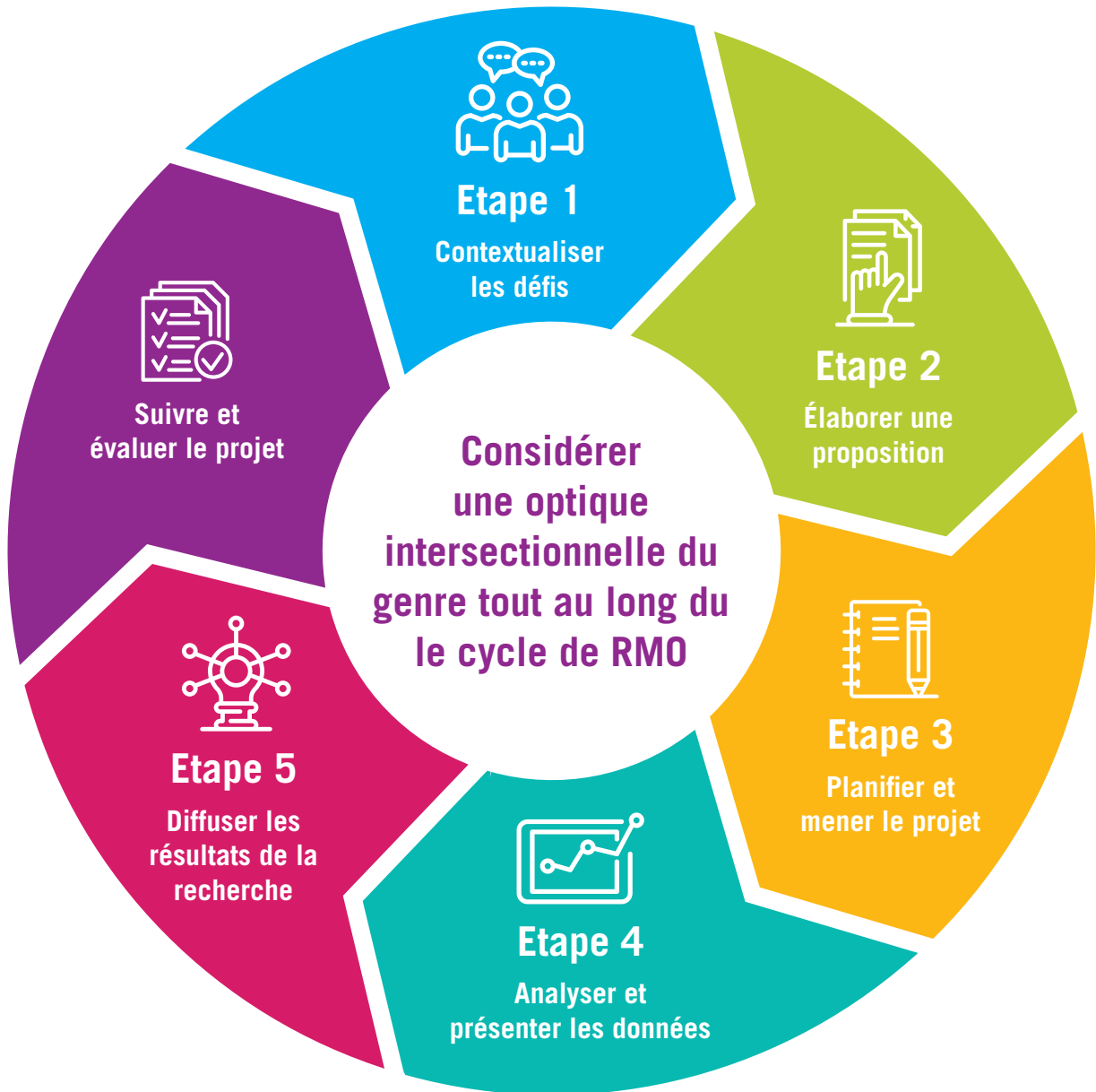
### Intégration d'une optique intersectionnelle du genre dans la RMO

La recherche de mise en œuvre n'est ni une activité unique ni linéaire mais un processus continu et cyclique qui adopte les six étapes décrites dans cette boîte à outils.

Bien qu'une perspective intersectionnelle du genre puisse être incorporée tout au long du cycle de RMO, elle devrait l'être le plus tôt possible, par exemple pendant les phases d'identification des problèmes de l'étude et de développement de la proposition. En outre, il est recommandé de maintenir une perspective intersectionnelle du genre tout au long du cycle de RMO (Fig. 5), c'est-à-dire de la contextualisation de la recherche à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche (21).



Figure 5. Incorporation d'une optique intersectionnelle du genre dans le cycle de RMO. Adapté de (8).



Puisque la RMO opère dans des contextes de vie réelle où plusieurs facteurs, y compris le genre et d'autres facteurs sociaux, se croisent, les chercheurs devraient adopter une approche intersectionnelle du genre pendant les processus d'engagement des parties prenantes et de la communauté dans la RMO, l'exécution du projet et la diffusion des résultats de la recherche (Tableau 2).



**Tableau 2 : Éléments clés pour l'intégration d'une optique de genre intersectionnelle dans le cycle de RMO.** Adapté de (1,8,12 and 22).

Processus de RMO	Questions à considérer
<b>Début de l'étude RMO</b>	
<b>Mise en place d'une équipe multidisciplinaire</b>	<p>Comment allez-vous vous assurer que les hommes, les femmes et les personnes ayant une identité non binaire ont une chance suffisante de participer à l'équipe de recherche afin de former une équipe diversifiée ?</p> <p>Comment les valeurs personnelles, les expériences, les intérêts, les croyances et les engagements politiques de vos équipes de recherche peuvent-ils jouer un rôle à chaque étape du processus de recherche ?</p>
<b>Identification du problème</b>	<p>Quelles sont les perspectives de la population cible/la communauté d'intérêt ?</p> <p>Quelles variables sociales sont pertinentes dans le contexte de l'étude ?</p> <p>Quelles sont les inégalités (entre et au sein des groupes de personnes) par rapport à la question de santé/intervention à étudier ?</p>
<b>Fixer des buts et des objectifs</b>	<p>Quelles sont les expériences de vie des participants à l'étude et comment les variables sociales se croisent-elles pour influencer ces expériences à différents niveaux du système de santé ?</p>
<b>Consultation des parties prenantes</b>	<p>L'impact du genre et d'autres variables sociales sur qui veut s'impliquer, qui peut s'impliquer, comment les personnes impliquées interagissent entre elles et comment cela affecte leurs contributions (par exemple, la dynamique du pouvoir influence-t-elle qui peut prendre la parole dans vos réunions). Ces facteurs peuvent être subtils (par exemple, les hommes parlent plus souvent et plus longtemps, la position hiérarchique des hommes fait que les juniors ne parlent pas en présence des seniors) ou non subtils (par exemple, les hommes parlent au nom des femmes ou au-dessus d'elles).</p> <p>Comment allez-vous identifier et sélectionner les parties prenantes afin d'inclure une représentation diversifiée de la communauté, en tenant compte notamment du fait que les femmes ou les personnes marginalisées peuvent être choisies comme représentants symboliques.</p>
<b>Élaboration de la proposition</b>	
<b>Conception de l'étude</b>	<p>Quelle méthodologie est appropriée pour votre étude ?</p> <p>Quelles données doivent être collectées et désagrégées (par exemple, l'âge, l'identité de genre, le sexe, les données socio-démographiques des participants à l'étude) pour permettre une analyse intersectionnelle des genres ?</p>
<b>Collecte des données</b>	<p>Qui participe à la collecte des données et comment celles-ci seront-elles recueillies ?</p> <p>Comment les questions d'entretien seront-elles formulées pour explorer les variables sociales qui se croisent, y compris la manière dont le genre se croise avec d'autres axes d'inégalité (par exemple, l'âge et le handicap, entre autres) ?</p>



Processus de RMO	Questions à considérer
<b>Début de l'étude RMO</b>	
<b>Analyse des données</b>	<p>Planifiez l'analyse des données en gardant à l'esprit que différents groupes de personnes peuvent être affectés de manière différente par le même problème de santé.</p> <p>Comment les résultats peuvent-ils être interprétés dans le contexte plus large de la communauté ?</p> <p>Y a-t-il des résultats inattendus (par exemple, des variables sociales qui n'apparaissent comme importantes que pendant l'analyse des données) ?</p>
<b>Communication des résultats de la recherche</b>	<p>Que signifient les résultats pour les politiques, les pratiques et la communauté, notamment en ce qui concerne la lutte contre les inégalités et les vulnérabilités ?</p> <p>Comment présenter les résultats de manière sensible, inclusive et impartiale ? Quels supports et dérivés de communication sensibles au genre (réactifs) seront développés ?</p> <p>Comment vous assurez-vous que les résultats de la recherche atteignent les groupes vulnérables et défavorisés ?</p>
<b>Planification du projet</b>	<p>Quels sont les domaines socioculturels et les relations de genre du contexte de l'étude ?</p> <p>Quelles sont les valeurs socioculturelles et les dimensions de genre des exécutants ?</p> <p>Quels sont les préjugés des chercheurs et les dynamiques de pouvoir au sein de l'équipe et des différents domaines du projet, et comment peuvent-ils être atténués ?</p> <p>Comment les participants ayant les identités sociales étudiées veulent-ils être impliqués dans la mise en œuvre du projet de RMO ?</p>
<b>Questions éthiques</b>	<p>Comment aborder les questions de confidentialité et d'anonymat, notamment lorsqu'une identité sociale donnée n'est pas reconnue par la loi ?</p>

### Lancement d'un projet de RMO

Pour réussir un projet de RMO, il faut réunir une équipe de recherche interdisciplinaire compétente (avec une expertise en sciences biomédicales et sociales) et identifier les parties prenantes/membres de la communauté concernés et les faire participer activement.

### Équipe de l'étude

Une équipe multidisciplinaire comprenant des chercheurs, des décideurs, des chargés de mise en œuvre des programmes et des prestataires de soins de santé est la condition essentielle de tout projet de RMO. L'équipe doit inclure des chercheurs en sciences sociales ayant des connaissances, l'expérience et l'expertise nécessaires pour intégrer et appliquer une approche intersectionnelle du genre dans la recherche en santé. Lors de la conception de l'étude, adopter une "perspective d'initié" qui se rapporte et s'identifie aux expériences vécues par les participants à l'étude.



Ceci est important car favorise l'empathie, la confiance et l'établissement de rapports et garantit que le projet de recherche est sensible aux besoins et aux expériences des participants (23). Pour y parvenir, tous les membres de l'équipe de recherche doivent réfléchir et reconnaître comment leurs propres valeurs, expériences, connaissances et positions sociales peuvent influencer le processus de recherche et ses résultats. Les chercheurs peuvent y parvenir par le biais d'un processus de réflexivité, qui consiste à cultiver la conscience de l'influence des différences d'identité et de pouvoir pertinentes. La réflexivité peut contribuer à transformer le processus de participation du public à la recherche en santé lorsque les chercheurs et les partenaires de recherche publics engagés prennent une conscience critique des hypothèses et des vérités dans leur travail (12) (tableau 3).

En outre, en tant que chercheurs, vous devez être conscients que la réflexivité est un processus continu d'engagement et d'articulation de la position du chercheur et du contexte de la recherche. Ce processus implique que le chercheur explore comment ses propres variables sociales, telles que l'identité de genre, l'ethnicité, le niveau d'éducation, l'âge, la religion, etc., peuvent affecter les autres chercheurs, les participants à l'étude et l'ensemble du processus de recherche. Par conséquent, une approche intersectionnelle du genre exige un examen réflexif et continu du contexte de la recherche, y compris la reconnaissance de la façon dont les préjugés influencent les activités du chercheur, et l'analyse de la façon dont les facteurs à plusieurs niveaux interagissent pendant le processus de recherche et influencent les forces qui façonnent les conditions liées à la santé (14).

**Tableau 3 : Processus de réflexivité : Questions pour l'équipe du projet de recherche.** Extrait de (12).

#### Questions pour l'équipe de recherche du projet

- a. Quelles sont mes valeurs personnelles, mes expériences, mes intérêts, mes croyances et dans le domaine de la santé sur lesquels nous allons faire des recherches ?
- b. Comment ma position sociale (identité de genre, race, ethnicité, indigénité, statut socio-économique, expression de genre, âge, orientation sexuelle, statut de migrant, religion, etc.) et mes opinions/expériences personnelles d'oppression (patriarcat, colonialisme, capitalisme, racisme, hétérosexisme, capacitisme) influencent-elles le processus de recherche et ses résultats ?
- c. Quelles sont mes valeurs, hypothèses, perspectives et expériences personnelles concernant les expériences de vie des participants ?
- d. En travaillant ensemble, comment les membres de l'équipe peuvent-ils être plus conscients et profiter des occasions où ils peuvent remettre en question les idées des autres et travailler pour atteindre l'égalité au sein de leur équipe de projet ?
- e. Selon vous, quels sont les moyens de s'assurer que chacun se sente "à l'aise" lorsqu'ils travaillent ensemble sur ce projet de recherche ? Quelles sont les meilleures façons de travailler ensemble pour résoudre le problème de recherche ?
- f. À votre avis, comment les personnes ayant une expérience vécue dans ce domaine de la santé préféreraient-elles participer à la recherche et pourquoi ? Quels types de défis devraient être relevés pour faciliter leur participation à la recherche, ainsi que celle de leur famille et de leur communauté ?





### ACTIVITE DE REFLEXION

**Le but de cette activité est d'aider :**

- (i) Les chercheurs individuels à prêter attention à leur contexte de recherche, à la dynamique au sein de l'équipe de recherche et aux préjugés potentiels par une pratique critique d'autoréflexion.**
- (ii) Les membres de l'équipe à effectuer un travail collaboratif pour devenir plus conscients des déséquilibres de pouvoir et profiter des opportunités de remettre en question les hypothèses en vue d'une dynamique d'équipe plus égalitaire.**

**Chaque membre de l'équipe doit répondre individuellement aux questions de réflexivité du tableau 3 et analyser ses réponses. En tant qu'équipe, réfléchissez et analysez comment l'interaction entre les identités individuelles, le contexte de la recherche et la dynamique de l'équipe peut affecter votre projet de RMO dans son ensemble.**

### Identification et engagement des parties prenantes

Les parties prenantes ont été définies comme des individus, des organisations et des communautés qui ont un intérêt direct dans le processus et les résultats d'un projet, d'une recherche ou d'une politique (24,25). Les parties prenantes comprennent les personnes pour lesquelles la recherche sera bénéfique. Le type et le nombre de parties prenantes varient en fonction de la nature du problème de recherche, mais comprennent généralement les participants à la recherche et d'autres membres de la communauté, les décideurs, les responsables administratifs, les agents de santé, les organismes de financement, les gestionnaires de programmes, les agents de développement et les chercheurs eux-mêmes. Étant donné que la RMO et l'analyse intersectionnelle du genre sont de nature participative, les chercheurs doivent accorder une attention particulière à l'engagement des parties prenantes afin que le groupe soit suffisamment diversifié pour inclure toutes les parties prenantes pertinentes pour votre RMO. La réalisation d'une analyse des parties prenantes permet de comprendre le contexte de l'intervention et d'identifier toutes les parties prenantes pertinentes, d'évaluer comment elles sont susceptibles d'être affectées par la recherche et comment elles pourraient réagir aux résultats de la recherche. De même, elle vous aide, en tant que chercheur, à identifier leurs besoins, à comprendre leurs priorités et à planifier la manière d'y répondre. Le processus d'identification et d'engagement des parties prenantes doit être mené de manière itérative par les chercheurs et intégré tout au long du cycle du projet de RMO.



Une perspective intersectionnelle du genre doit être prise en compte lors de la sélection des parties prenantes parmi toutes les organisations et tous les segments de la population concernés. Pour garantir la diversité des participants, il faut tenir compte de la façon dont le genre et les autres variables sociales impactent sur qui veut être impliqué, qui peut être impliqué, comment ceux qui sont impliqués interagissent les uns avec les autres et comment cela affecte leurs contributions.

En tant que chercheurs, il est bon de reconnaître que les dynamiques de pouvoir liées au genre influencent la participation des parties prenantes. Au cours des réunions des parties prenantes, le modérateur a un rôle clé à jouer en identifiant les parties prenantes timides ou qui se laissent dominer par d'autres participants, et en les encourageant à s'engager et à participer aux discussions. Par exemple, les participants féminins peuvent ne pas prendre la parole si les participants masculins les supplantent systématiquement, mais le modérateur peut les encourager à parler. Le pouvoir et la position d'un participant peuvent également influencer l'engagement des autres participants. Par exemple, si deux personnes de la même organisation occupant des positions hiérarchiques différentes sont impliquées, la personne la moins expérimentée risque de ne pas s'exprimer et de ne pas prendre le leadership, même si elle possède de meilleures connaissances et compétences que son ou ses collègues plus expérimentés. Les étapes clés pour mener une analyse des parties prenantes sont les suivantes :

- a. Définir l'objectif de l'analyse.
- b. Dresser une liste des parties prenantes potentielles (une liste initiale peut être établie par un remue-méninge sur les questions pertinentes et les ajouts ultérieurs à la liste peuvent utiliser la technique de la "boule de neige", au cours de laquelle les parties prenantes identifient d'autres parties prenantes).
- c. Recueillir les données nécessaires (par exemple, à l'aide de guides d'entretien et de questionnaires semi-structurés).
- d. Analyser et présenter les données sous forme de matrices (c'est-à-dire le type de parties prenantes, les niveaux d'intérêt et d'influence, et les rôles qu'elles joueront ou sont en train de jouer dans la mise en œuvre de l'intervention proposée).

En outre, vous devez être conscient que les variables sociales des personnes impliquées dans la conception de l'étude, le recrutement des participants, la collecte, l'analyse et la diffusion des données sont essentielles pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des participants à l'étude.

### Engagement communautaire

L'engagement communautaire est vital tout au long d'un projet de RMO, en s'appuyant sur les forces et les ressources de la communauté. La "communauté" peut être comprise comme un groupe de personnes qui vivent dans la même aire géographique locale ou qui ont d'autres éléments non spatiaux d'identité sociale partagée, comme un métier similaire ou l'appartenance à un groupe, ou des entités organisées qui opèrent au sein d'une communauté, comme le gouvernement local, les équipes sanitaires de district, ou d'autres organisations communautaires, comme les groupes religieux ou de la société civile (26, 27). L'engagement communautaire est l'implication significative, respectueuse et adaptée des membres de la communauté dans un ou plusieurs aspects d'un projet de RMO (27).



Engager activement la communauté tout au long du cycle de RMO (c'est-à-dire de la conceptualisation du problème à la conception et à l'élaboration de la proposition de recherche, en passant par la planification et la mise en œuvre du projet, la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des résultats) implique la consultation, la communication, la participation, les partenariats et la sensibilisation. L'engagement de la communauté offre également un environnement propice au co-apprentissage, tant pour les chercheurs que pour la communauté, qui s'appuie sur les expériences des communautés et sur le contexte socioculturel historique et actuel. En outre, il permet d'instaurer un climat de confiance et des rapports qui facilitent l'ensemble du processus de recherche, favorisant un équilibre opportun entre la recherche et l'action (28, 29). Le tableau 4 résume le rôle de l'engagement de la communauté aux différentes phases du cycle de RMO, et souligne également les opportunités potentielles d'intégrer une perspective intersectionnelle du genre.

**Tableau 4 : Rôles potentiels de l'engagement communautaire à différents moments du cycle de RMO.** Adapté de (25).

Phase du cycle de RMO	Contribution sur les principaux problèmes ou questions à résoudre
<b>Identification du problème</b>	Comprendre le contexte, les besoins et les priorités de la communauté ; conceptualiser les questions clés ; identifier les parties prenantes à impliquer ; réaliser une cartographie des parties prenantes et une analyse intersectionnelle.
<b>Conception et planification</b>	Définir les principaux objectifs de la recherche ; définir les questions visant à atteindre les objectifs locaux ; contribuer à la méthodologie, en particulier les approches contextuellement appropriées pour la collecte de données (y compris celles pour l'analyse intersectionnelle) ; conduire la revue des documents et outils de recherche (par exemple, protocoles, formulaires de consentement, instruments incluant des variables intersectionnelles).
<b>Mise en oeuvre</b>	Sensibiliser et s'appropriier du projet de recherche ; participer potentiellement à une intervention étudiée ; prétester les instruments ; participer en tant qu'agent de collecte de données ou répondants ; établir un partenariat et une collaboration formels avec des groupes communautaires qui vont au-delà des catégories/identités sociales uniques ou privilégiées.
<b>Analyse et interprétation</b>	Interpréter les résultats ; discuter des implications ; ajouter une profondeur contextuelle et une sensibilité aux recommandations.
<b>Traduction des connaissances</b>	Discuter des implications des résultats, de la priorisation des questions, de la planification et de la mise en œuvre des actions de suivi, de l'adaptation des preuves pour renforcer les voix des communautés de diverses identités sociales.
<b>Itération et adaptation</b>	Mettre en place des mécanismes permanents de suivi et d'évaluation (S&E) participatifs au niveau communautaire et de responsabilité sociale afin d'accroître la transparence des principaux résultats de la prestation de services.



L'encadré 2 présente un exemple décrivant comment l'engagement de la communauté a permis aux responsables de la mise en œuvre d'identifier les points de distribution de médicaments appropriés et efficaces dans le cadre d'un programme d'administration de masse de médicaments (AMM) pour les maladies tropicales négligées (MTN) dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest.

## Encadré 2. Exemple de participation communautaire à la mise en œuvre d'une intervention sanitaire

### *Comprendre qui est laissé pour compte et pourquoi dans les initiatives d'administration de masse de médicaments (AMM) : Leçons tirées de quatre contextes nationaux*

**Contexte :** Une étude de Dean et coll (2019) (30), a établi que l'engagement actif de la communauté est essentiel pour le succès d'un projet de RMO. Ils ont utilisé des méthodes de cartographie communautaire participative à travers le Cameroun, le Ghana, le Liberia et le Nigéria et ont identifié les principales méthodes de distribution de médicaments pendant les AMM.

**Résultats:** Dans tous les contextes, les membres de la communauté ont réclamé à la fois des méthodes de distribution en porte-à-porte ou en point fixe. Au Libéria, les méthodes de distribution de porte à porte ont été préférées dans certaines zones rurales car elles permettaient aux distributeurs communautaires de médicaments (DCM) d'identifier les personnes réticentes à prendre des médicaments et d'assurer une diffusion appropriée des messages de sensibilisation. D'autre part, au Nigeria et au Cameroun, les méthodes de distribution de porte à porte et de point fixe ont été indiquées pour minimiser le coût et le temps pour les membres de la communauté. Cependant, dans d'autres zones rurales, la distribution en point fixe a été préférée car la distribution en groupe était considérée comme ayant le potentiel d'augmenter l'acceptabilité des médicaments, en particulier chez les femmes qui se sentaient plus à l'aise pour prendre des médicaments en présence de leurs amis.

**Conclusion:** Les facteurs intersectoriels qui ont guidé la préférence pour les lieux de distribution à point fixe dans les différents contextes comprenaient la géographie (urbaine/rurale), la religion, le sexe, la présence de cliniques, les points de rencontre communautaires existants, les structures religieuses et les marchés. La position sociale des chefs au Cameroun et au Nigeria a favorisé la sélection de leur maison comme point de distribution.



L'encadré 3 présente un exemple décrivant comment l'engagement communautaire auprès des populations indigènes d'Australie a été déterminant pour les relier au système de santé, améliorer les services de santé locaux, accroître leur confiance et leur accès aux soins.

**Encadré 3. Exemple d'engagement efficace entre la communauté et les services de santé pour l'amélioration des soins de santé de la population indigène en Australie.**

**Contexte :** En 2016, l'étude intitulée " Improving healthcare for Aboriginal Australians through effective engagement between community and health services " de Durey et coll (31) a évalué une stratégie unique d'engagement communautaire entre les populations indigènes locales et les prestataires de santé à travers cinq districts de Perth, en Australie occidentale, afin d'améliorer la prestation de services de santé locaux pour les Australiens indigènes. Cette étude qualitative visait à déterminer si cette communauté indigène considérait la stratégie d'engagement communautaire comme efficace pour identifier ses besoins en matière de services de santé, les traduire en actions par les services de santé locaux et accroître sa confiance dans les services de santé.

**Méthodes de participation communautaire :** Des consultations communautaires ont été menées afin d'identifier les principaux sujets de préoccupation de cette communauté en matière de santé, de renforcer les relations existantes et de gagner la confiance de la communauté par une communication transparente. Des forums ont été organisés avec jusqu'à 80 Australiens indigènes participant à des rassemblements dans toute la région pour partager, examiner et échanger des informations avec la communauté, et utiliser le retour d'information de la communauté pour améliorer les pratiques. L'équipe de santé autochtone (ESA) a coordonné et réuni les citoyens autochtones locaux, les services de santé contrôlés par la communauté autochtone, les représentants du ministère de la santé d'Australie occidentale, les hôpitaux publics, les services de santé mentale et de santé communautaire et les divisions de médecine générale. Ces interactions ont abouti à la création de cinq groupes d'action pour la santé des autochtones (District Aboriginal Health Action Groups - DAHAG) au sein de la structure organisationnelle du ministère de la Santé d'Australie occidentale.

**Résultats :** Les conclusions de 60 participants ont suggéré que le processus d'engagement était efficace : il était dirigé et pris en charge par la communauté indigène australienne, il a permis de recueillir un large éventail d'opinions et d'accroître la participation de la communauté aux décisions concernant ses soins de santé. Il a permis de renforcer les capacités de la communauté grâce à des forums communautaires réguliers et à la création de DAHAG, composés de membres de la communauté indigène locale et de représentants des services de santé, qui se sont réunis tous les trimestres et ont bénéficié du soutien de l'équipe de santé autochtone de l'unité locale de santé publique. Les participants ont indiqué que les services de santé s'étaient améliorés dans la communauté et dans les hôpitaux, ce qui a permis d'accroître l'accès et la confiance aux services de santé locaux.

**Conclusions :** L'évaluation a conclu que ce processus d'engagement actif de la communauté indigène dans les décisions concernant ses soins de santé était un élément clé de l'amélioration des services de santé locaux, de l'augmentation de leur confiance et de l'accès aux soins.



---

### Ressources clés pour l'analyse des parties prenantes et la participation communautaire

Glandon D, Paina L, Alonge O, Peters DH, Bennett S. 10 Best resources for community engagement in implementation research. *Health Policy and Planning*. 2017; 32(10):1457–1465 (<https://academic.oup.com/heapol/article/32/10/1457/4582360>, accessed 30 March 2022) (27).

De Weger E, Van Vooren N, Luijckx KG et al. Achieving successful community engagement: a rapid realist review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:285 (<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3090-1>, accessed 30 March 2022) (32).

Hyder A, Syed S, Puvanachandra P et al. Stakeholder analysis for health research: case studies from low- and middle-income countries. *Public Health*. 2010;124(3):159–66 (doi: 10.1016/j.puhe.2009.12.006, accessed 30 March 2022) (33).

---

### Conceptualisation de la recherche

La conceptualisation de l'étude qui est ancrée dans les cadres d'analyse du genre et de l'intersectionnalité peut examiner les systèmes complexes de boucles de rétroaction et les interactions entre les différents niveaux de la roue de l'intersectionnalité (34). La première étape pour incorporer une optique ou une approche intersectionnelle de genre dans la RMO devrait avoir lieu pendant la conceptualisation du projet de recherche (22). Cela peut être réalisé de manière systématique par l'engagement collectif des parties prenantes concernées. Pour éviter tout conflit potentiel survenant plus tard dans le processus de recherche concernant l'interprétation des concepts, les définitions des variables sociales et des résultats de la recherche doivent être claires et concises dès le départ. Les définitions doivent être en accord avec le contexte social, culturel, économique, politique et historique de la communauté ou du lieu géographique choisi. Vous pouvez commencer le processus par un remue-ménage sur les concepts et les terminologies. Il est également utile de consulter les travaux antérieurs réalisés dans cette région pour comprendre comment les membres de la communauté locale perçoivent certaines terminologies. Il est essentiel que tous les membres de l'équipe comprennent clairement les concepts et les définitions avant de poursuivre.

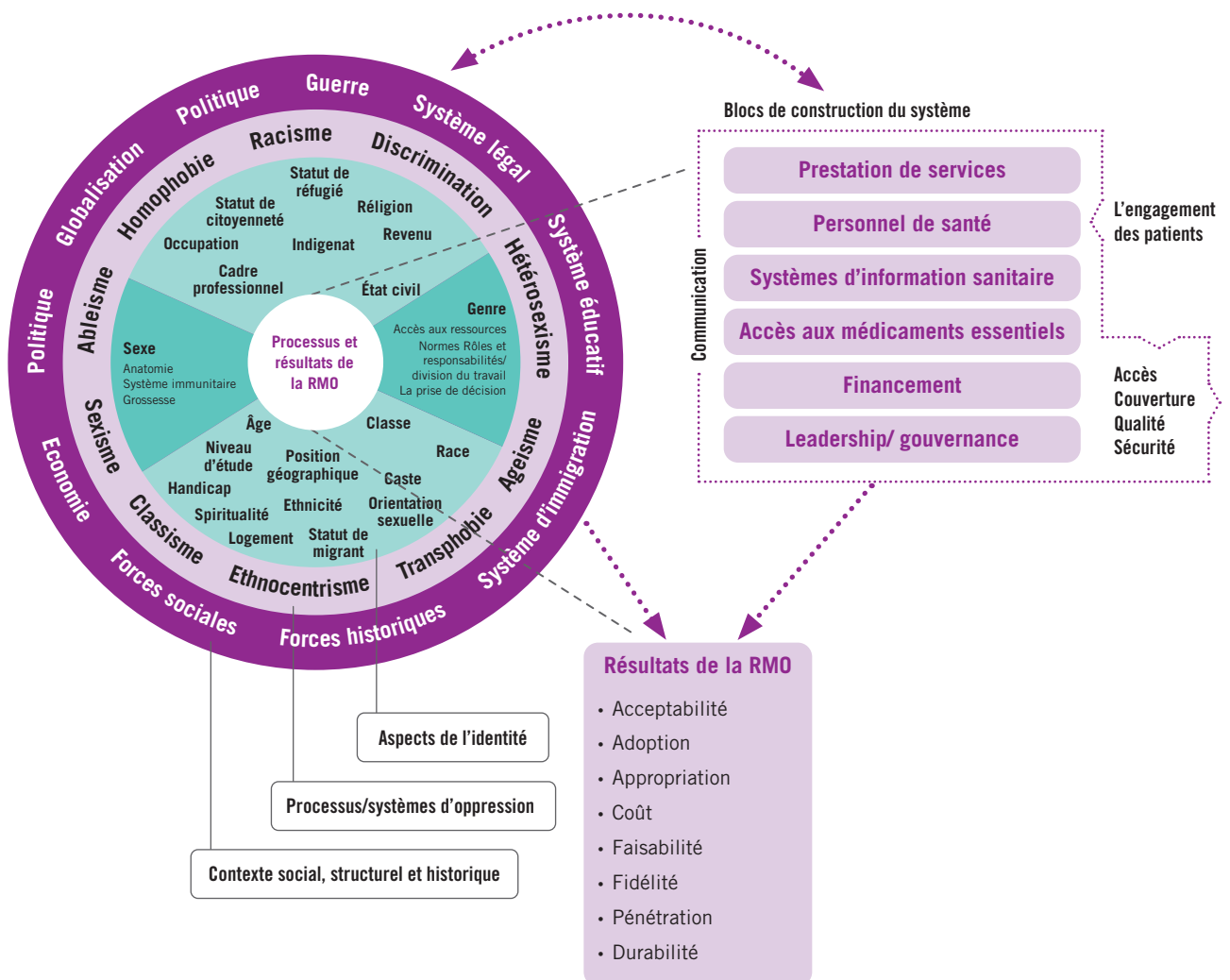
Une fois que votre équipe s'est mise d'accord sur les concepts et définitions pertinents, l'incorporation d'une approche intersectionnelle du genre permet une réflexion critique sur la façon dont le genre s'entrecroise avec d'autres variables sociales dans le contexte dans lequel vivent les participants à l'étude et où les interventions sanitaires seront finalement mises en œuvre. Cela permet d'explorer et de comprendre ces intersections et les facteurs sociétaux et institutionnels qui facilitent ou entravent une étude de RMO donnée. D'autres conseils sur l'incorporation d'une analyse intersectionnelle du genre tout au long des six étapes du processus de RMO pour atteindre les résultats souhaités sont mis en évidence dans la Figure 6.

Il convient de prendre dûment en considération les domaines du genre et les variables sociales qui sont pertinents pour un problème de recherche spécifique. Ce processus d'analyse intersectionnelle du genre est une étape critique et si elle est omise, des variables sociales importantes - qui peuvent jouer un rôle significatif dans un contexte d'étude donné - peuvent être négligées (35).



Les expériences vécues par un individu lors de l'accès aux services de santé influencent également sa décision de recourir à une intervention sanitaire ou service de santé. Par exemple, si une adolescente célibataire se rendant dans un établissement de santé pour obtenir des informations sur les contraceptifs oraux est ridiculisée (stigmatisée) ou jugée par un agent de santé pour avoir cherché de telles informations. Elle préférera ne pas se faire soigner dans cet établissement de santé, quelle que soit la qualité de l'intervention déployée à l'avenir pour les adolescentes. La figure 7 montre comment la roue de l'intersectionnalité est intrinsèquement liée au système de santé, et peut également affecter l'adoption d'une intervention sanitaire dans un projet de RMO donné.

**Figure 7. Liens entre la roue de l'intersectionnalité, le système de santé et les résultats de la RMO.** Adapté de (1 and 8).







L'engagement communautaire participatif est la clé de la conceptualisation de l'étude car elle permet d'identifier les problèmes ou préoccupations, comprendre leurs priorités et leurs besoins, identifier les parties prenantes pertinentes et assurer une participation continue tout au long du processus de recherche.



#### ACTIVITE DE REFLEXION

Dans vos équipes:

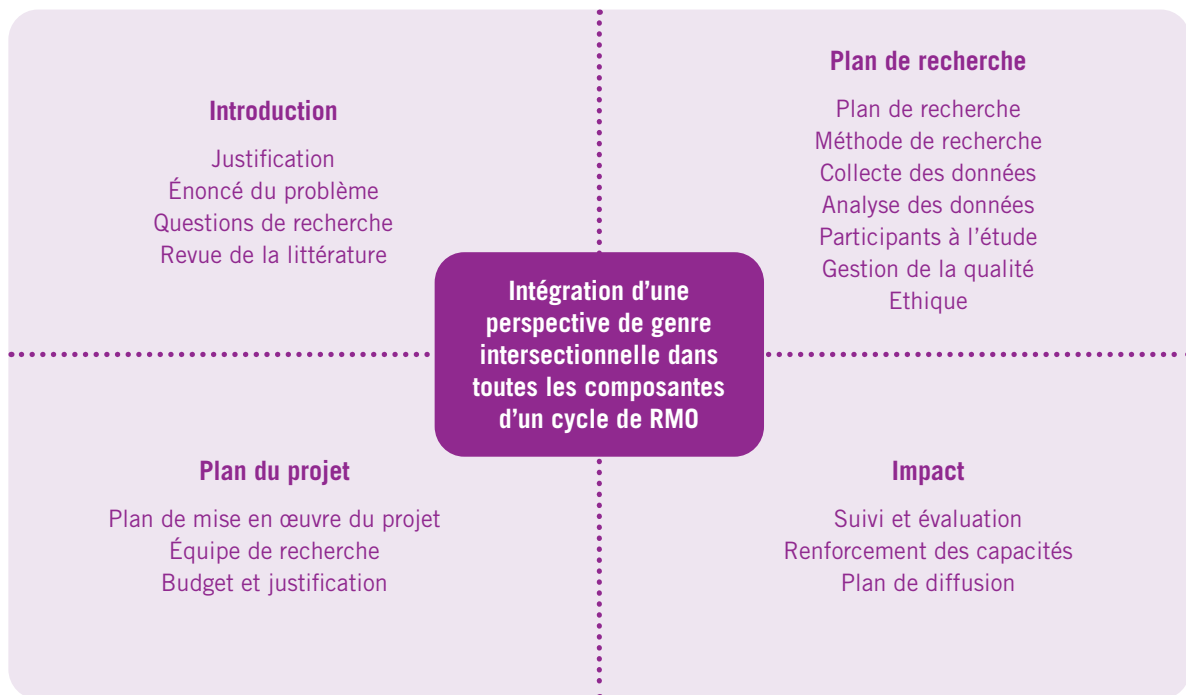
1. Définir les variables sociales pertinentes pour votre projet de RMO.
2. Discuter de la manière dont le genre peut interagir avec les variables sociales sélectionnées pour votre étude de RMO.
3. Faire un remue-méninge sur la manière dont vous allez impliquer la communauté et mener une analyse des parties prenantes dans le lieu géographique sélectionné.
4. Discuter du cadre d'analyse intersectionnelle du genre qui convient à votre étude, en accord avec votre plan de travail.

### Élaboration de propositions dans une optique intersectionnelle du genre

Les propositions de projets de RMO diffèrent de celles utilisées dans d'autres types de recherche, principalement parce que la RMO provient d'un problème identifié et priorisé par les utilisateurs finaux. Afin que les résultats de la recherche puissent être utilisés dans le cadre du système de santé existant et mis en œuvre de manière appropriée pour le bénéfice immédiat des utilisateurs finaux. Le développement d'une proposition de projet de RMO à partir d'une perspective intersectionnelle du genre est essentiel pour aborder les goulots d'étranglement de la mise en œuvre (Figure 8).

L'intégration de la perspective intersectionnelle du genre devrait commencer au stade de l'élaboration de la proposition dans le processus de RMO (22), qui comprend la conceptualisation de la recherche, l'analyse du problème, la conception de la recherche et les plans de collecte, d'analyse et de mise en œuvre des données, ainsi que la diffusion des résultats de la recherche.

**Figure 8. Intégrer une perspective intersectionnelle du genre dans toutes les composantes d'une proposition de RMO.** Adapté de (8).



### Justification de l'étude

La justification d'une étude de RMO doit être convaincante pour les agences de financement et les décideurs politiques concernés, afin qu'ils puissent potentiellement engager des ressources dans votre projet de RMO et prendre des décisions politiques pertinentes ou des changements informés par les résultats de l'étude. Dans la justification d'une proposition de RMO, l'importance de la recherche - par rapport aux programmes ou politiques de recherche locaux et nationaux existants - doit être clairement décrite. Il faut aussi justifier pourquoi l'étude doit être menée. Indiquez comment les "voix" de la population vulnérable seront intégrées et exploitées pour formuler les recommandations nécessaires qui amélioreront leur accès à l'intervention, y compris à différents niveaux du système de santé (40, 41). Cela peut être réalisé en décrivant clairement comment les participants seront sélectionnés lors des étapes d'engagement des parties prenantes et de la communauté afin de garantir la diversité et la représentation des populations vulnérables dans le contexte de l'étude.



## Énoncé du problème de recherche

Le problème de recherche doit présenter un intérêt et être justifiable pour toutes les parties prenantes (par exemple, les chercheurs, les responsables politiques, les décideurs, les organismes de financement, les prestataires de soins et la communauté concernée par la recherche). Dans votre énoncé du problème, décrivez le problème, son ampleur, les pratiques actuelles en matière de santé, les attitudes des populations vulnérables à l'égard de la santé et les facteurs qui les empêchent d'accéder à l'intervention.

Décrire quels pourraient être les défis et les opportunités liés au genre pour les solutions de RMO proposées. Spécifiquement, en utilisant une optique intersectionnelle du genre, explorez comment les dimensions du genre interagissent avec d'autres variables sociales (par exemple, le statut socio-économique, la sexualité, l'âge, le statut de réfugié, la situation géographique ou la religion, entre autres), pour influencer la mise en œuvre de votre RMO.

## Questions de recherche

Les questions de recherche doivent présenter un intérêt et une pertinence pour toutes les parties prenantes du projet.

En s'appuyant sur les cadres de référence du genre, des questions d'analyse intersectionnelle du genre peuvent être élaborées pour guider les chercheurs dans l'orientation générale de l'étude. Par exemple, elles peuvent aider à définir les objectifs de la recherche et élaborer des questions et des hypothèses de recherche. Ces questions aident les chercheurs à aller au-delà de la description des différences entre les hommes/garçons, les femmes/filles et les personnes ayant des identités non binaires. En particulier, elles peuvent aider à examiner et interpréter de manière critique la façon dont les inégalités entre les sexes se manifestent dans un contexte particulier. Elles peuvent aussi expliquer comment ces inégalités se croisent avec d'autres facteurs d'inégalité et sont influencées par eux, et leur effet sur les RMO (1).

Lors de l'élaboration de questions de RMO intersectionnelles fondées sur le genre, il faut tenir compte des différentes variables sociales du cercle intérieur de la roue de l'intersectionnalité (15). Ces variables interagissent pour façonner l'expérience individuelle en fonction des facteurs contextuels dans lesquels le projet de RMO est mené. Les facteurs contextuels clés - tels que les facteurs physiques, l'environnement politique, les structures économiques, sociales et culturelles, les systèmes de santé, etc. - doivent être analysés objectivement pour s'assurer que les questions de recherche sont formulées et encadrées en tenant compte de ces facteurs.

Les questions de RMO doivent être sensibles aux diverses caractéristiques de la population cible du projet de RMO (par exemple, l'identité de genre, l'âge, le statut social, la (dis)capacité, l'orientation sexuelle, etc.). Une perspective intersectionnelle du genre ne suppose pas la même expérience dans tous les sous-groupes de la population. Par exemple, toutes les femmes enceintes dans la même zone géographique ne rencontrent pas les mêmes obstacles pour accéder aux soins de santé. Cela reflète le fait que la prise de décision est influencée par différents systèmes et structures de



pouvoir ainsi que par d'autres facteurs qui influencent l'accès aux ressources sociales, économiques et politiques. Par exemple, Morgan et coll (42) ont établi qu'au niveau sociétal, les femmes enceintes handicapées d'une communauté Ougandaise étaient évitées par les hommes responsables de leur grossesse. Tandis qu'au niveau de la structure de santé, les attitudes et les comportements des agents de santé à leur égard étaient désobligeants, ce qui a eu un impact négatif sur leurs comportements de recherche de services de santé maternelle.

Cela met également en évidence les différences entre les questions de recherche de l'analyse du genre et de l'analyse intersectionnelle du genre, comme l'illustre le tableau 5.

**Tableau 5: Exemples de questions de recherche sur l'analyse de genre et l'analyse de genre intersectionnelle.** Adapté de (1).

Domaines des relations entre les sexes	Genre intersectoriel	Questions relatives à l'analyse du genre
<b>Accès aux ressources</b> (Par exemple, l'éducation, l'information, les compétences, les revenus, l'emploi, les services, les avantages, le temps, l'espace, le capital social, etc.)	Comment l'accès aux ressources financières affecte-t-il les capacités des hommes et des femmes à accéder à l'intervention de RMO ?  Comment l'accès à l'information sur la santé affecte-t-il les capacités des hommes et des femmes à accéder à l'intervention de RMO ?	Dans quelle mesure l'accès aux ressources financières diffère-t-il entre les différentes catégories sociales d'hommes, de femmes, de personnes ayant une identité non-binaire (par exemple, éducation, statut migratoire, âge, handicap, etc.) pour influencer leur accès à l'intervention de la RMO ?  Dans quelle mesure l'accès à l'information sanitaire concernant l'intervention de RMO diffère-t-il entre les différentes catégories sociales d'hommes, de femmes, de personnes ayant des identités non binaires (par exemple, l'ethnie, l'état civil, la situation géographique, l'éducation, le statut migratoire, l'âge, le handicap, etc.) ?
<b>Division du travail</b> (au sein et au-delà du foyer et de la pratique quotidienne)	Dans quelle mesure le rôle des hommes et des femmes dans le travail domestique affecte-t-il leur capacité à accéder à l'intervention de RMO ?	Comment les rôles/responsabilités ménagères assignés par la société influencent-ils l'accès à l'intervention de RMO entre les différents groupes d'hommes, de femmes, de personnes ayant une identité non binaire (par exemple, classe sociale, migrants, niveau d'éducation, âge, etc.) ?



Domaines des relations entre les sexes	Genre intersectoriel	Questions relatives à l'analyse du genre
<b>Normes sociales</b> <i>(idéologies, croyances et perceptions)</i>	Comment les normes sociales/culturelles affectent-elles la capacité des femmes à solliciter l'intervention de RMO ?	Comment les normes sociales relatives à la recherche de l'intervention dans votre projet de RMO diffèrent-elles entre les différents groupes de femmes (par ex. âge, éducation, classe, ethnie, etc.) ?
<b>Pouvoir de décision</b> <i>(par exemple, demander la permission de quitter la maison, sur la façon dont les ressources financières seront utilisées)</i>	Les femmes sont-elles autonomes pour accéder à l'intervention dans votre projet de RMO ?  Les femmes décident-elles de l'utilisation des fonds pour accéder à l'intervention de votre projet de RMO ?	Comment l'autonomie pour demander l'intervention dans votre projet de RMO diffère-t-elle entre les différents groupes de femmes (par exemple, âge, éducation, religion, classe sociale, etc.)  Dans quelle mesure l'autonomie d'utiliser les finances pour demander l'intervention dans votre projet de RMO diffère-t-elle entre les différents groupes de femmes (par exemple, âge, éducation, religion, classe, profession, handicap, etc.)

Pour développer des questions d'analyse de genre pour les RMO, des variables de résultats de mise en œuvre reconnues doivent être utilisées pour développer des questions connexes d'analyse du genre. Diverses variables de résultats de mise en œuvre ont été conçues pour servir d'indicateurs de l'efficacité de l'intervention (43,44). Ces variables sont l'acceptabilité, l'adoption, l'adéquation, la faisabilité, la fidélité, le coût de mise en œuvre, la pénétration et la durabilité.

Lors de l'élaboration des questions de l'analyse intersectionnelle du genre, il est important de se demander : comment cela diffère-t-il entre les différents groupes d'hommes, de femmes et de personnes non binaires ? Comment le genre s'entrecroise-t-il avec d'autres variables sociales (par exemple, l'âge, l'identité de genre, l'éducation) pour créer des différences entre différents groupes d'hommes, de femmes et de personnes non binaires ? Le tableau 6 montre un exemple de questions d'analyse de genre intersectionnelles basées sur un modèle de genre (16), mises en correspondance avec la faisabilité, l'une des variables de résultat de la mise en œuvre.



**Tableau 6 : Exemples de questions de genre intersectionnelles reliant un domaine de genre et un résultat de recherche de mise en œuvre.** Adapté de (1, 19).

<b>Variable de résultat de la mise en œuvre : Faisabilité</b> <i>(c'est-à-dire la mesure dans laquelle une intervention peut être réalisée dans un cadre ou une organisation particulière)</i>	
<b>Domaine des relations de pouvoir entre les sexes</b>	<b>Exemples de questions intersectionnelles sur le genre</b>
<b>Accès aux ressources</b>	Dans quelle mesure les femmes et les hommes (ou d'autres catégories de personnes marginalisées) ont-ils le même accès aux ressources matérielles et aux opportunités d'éducation et de formation ? Dans quelle mesure le soutien et les rôles de la famille favorisent-ils ou limitent-ils les possibilités de formation en fonction de l'identité sexuelle, du statut marital, de l'âge ou d'autres variables sociales ? Comment cela peut-il affecter l'engagement des parties prenantes dans une intervention ?
	Dans quelle mesure les femmes (ou d'autres catégories marginalisées) disposent-elles d'une alphabétisation, d'une autonomie et d'un accès à la technologie suffisants pour utiliser efficacement une intervention ?
	Dans quelle mesure les équipements et les tenues de protection de la santé sont-ils mis à disposition et conviennent-ils à des corps qui ne correspondent pas à la norme masculine ?
<b>Division du travail et des rôles</b>	Dans quelle mesure les femmes sont-elles plus ou moins susceptibles de travailler dans la prestation de services de santé de première ligne à des postes mal rémunérés (y compris le bénévolat) ou moins soutenus que les hommes ? Comment cela affecte-t-il ceux/celles qui mettent en œuvre une intervention et comment ?
	Comment les rôles et responsabilités des hommes et des femmes affectent-ils l'utilisation des produits utilisés dans le cadre de l'intervention (par exemple, les moustiquaires, les vaccinations) ?
	Quels sont les défis auxquels différents groupes de femmes et d'hommes peuvent être confrontés pour suivre un traitement à long terme (par exemple, pour la tuberculose, le VIH ou le diabète) ? Sont-ils soutenus de manière appropriée ou stigmatisés au sein des systèmes de santé et des structures communautaires ?
<b>Normes sociales</b>	Comment les femmes et les hommes au sein des ménages et des communautés donnent-ils la priorité à l'accès des individus aux technologies médicales ou aux produits utilisés dans le cadre d'une intervention (par exemple, les garçons ou les filles sont-ils plus susceptibles d'être prioritaires pour la thérapie de réhydratation orale) ?
	Comment les normes sociales et les notions de masculinité et de féminité influencent-elles la décision des hommes et des femmes d'utiliser l'équipement de protection requis lors d'une intervention ?
<b>Règles et prise de décision</b>	Dans quelle mesure la réglementation empêche-t-elle de rendre les services utilisés dans le cadre de l'intervention plus largement accessibles aux femmes ou aux groupes marginalisés (par ex. avortement médicalisé, planning familial) ?
	Quelle est l'efficacité des mécanismes réglementaires visant à garantir que les produits médicaux destinés aux femmes ou à d'autres groupes marginalisés ne sont pas utilisés à mauvais escient (par exemple, l'oxytocine pour augmenter le travail) ?



### ACTIVITE DE REFLEXION

**Comment allez-vous identifier le problème pertinent pour votre étude de RMO ?**

**Quels sont les domaines des relations entre les genres que vous avez sélectionnés pour votre étude ?**

**Quels sont les résultats de la mise en œuvre que vous prévoyez d'atteindre ?**

**En utilisant les tableaux 5 et 6 pour vous guider, développez votre question de recherche en incorporant une lentille de genre intersectionnelle pertinente pour votre étude sur les RMO.**

#### **Exemple de question de recherche pour une analyse intersectionnelle de genre**

**Dans quelle mesure l'accès à l'administration massive de médicaments (AMM) pour la filariose lymphatique diffère-t-il entre les hommes, les femmes et les personnes ayant une identité non-binaire, et comment leurs variables sociales (par exemple, l'ethnie, la situation géographique, l'éducation, le statut de migrant, l'âge, la discrimination fondée sur la capacité physique, etc.) s'associent-elles pour influencer leur accès ?**

### **Revue de la littérature**

Une analyse documentaire fournit une base de connaissances sur un sujet de recherche donné.

Pour intégrer une perspective intersectionnelle du genre, concentrez la recherche documentaire sur l'exploration de l'intersection du genre avec d'autres variables sociales ou axes d'inégalité en relation avec votre problème de RMO (1). Utilisez des mots-clés sensibles au genre et à l'intersectionnalité.

Par exemple, O'Neill et al (45) ont exploré l'utilité de l'utilisation de l'acronyme PROGRESS (c'est-à-dire lieu de résidence, race/ethnie/culture/langue, profession, genre/sexe, religion, éducation, statut socio-économique et capital social) lors de 11 revues systématiques et études méthodologiques publiées entre 2008 et 2013 pour évaluer les effets des interventions sur l'équité en santé. L'encadré 4 présente des exemples de mots-clés pour les variables intersectionnelles qui peuvent être utilisés lors de la réalisation d'une analyse documentaire.



**Encadré 4. Exemple de variables intersectionnelles utilisées comme mots-clés pour une analyse documentaire.** Adapté de (45 and 46).

Les variables intersectorielles au :

- *Niveau individuel* : (âge, sexe, genre, identité de genre, “race”, ethnicité, revenu, éducation, statut d’emploi, statut professionnel, indicateur de statut/classe socio-économique (indicateur SSE), statut marital/de partenariat, ménage monoparental, statut de migrant, religion, handicap, orientation sexuelle, région de résidence, urbanité/ruralité).
- *Niveau de l’environnement* : (âge, sexe, genre, identité de genre, “race”, ethnicité, statut de migrant, revenu, éducation, statut d’emploi, indicateur du SSE, statut marital/de partenariat, capital social, urbanité/ruralité).
- *En ce qui concerne les indices d’inégalité contextuels* : (inégalité entre les sexes, indices de privation multiple) ainsi que la ségrégation professionnelle (sexe, identité de genre, “race”, ethnicité).

Consultez de multiples sources de données, y compris des recherches communautaires spécifiques, des publications et de la littérature grise. Une grande partie de la recherche communautaire peut ne pas être publiée dans des revues à comité de lecture. Par conséquent, il sera utile d’effectuer des recherches sur Internet pour trouver les informations publiées sur les sites Web respectifs des organisations communautaires (47) qui sont actives dans la zone géographique de votre projet de RMO. Vous pouvez également enrichir votre analyse documentaire en citant des études antérieures qui mettent en évidence les similitudes et les différences significatives entre les différentes identités sociales, qui peuvent à leur tour éclairer la réflexion sur la conception du projet de recherche.

### Objectifs de la recherche

Les objectifs de recherche doivent être spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps. Lors de l’élaboration de vos objectifs de recherche, réfléchissez aux résultats de la mise en œuvre qui sont appropriés pour votre étude et à la façon dont ils peuvent être mesurés. Les objectifs de l’étude sur la RMO avec une optique de genre intersectionnelle doivent être alignés avec les questions de recherche correspondantes et suffisamment stratégiques pour aider à réduire les goulots d’étranglement de la mise en œuvre, favorisant ainsi l’accès et la couverture de l’intervention parmi la population cible vulnérable. En d’autres termes, les objectifs doivent contribuer à l’élimination ou à l’atténuation des expériences négatives vécues par la population cible vulnérable. L’encadré 5 présente des exemples d’études dans lesquelles les objectifs de recherche dénotent une approche intersectionnelle du genre.





#### Encadré 5. Exemples d'objectifs de recherche dans une optique de genre intersectionnel.

Évaluer les obstacles au diagnostic et au traitement de la LV [leishmaniose viscérale] pour différents groupes d'hommes, de femmes et de personnes ayant une identité non binaire dans les districts endémiques à forte charge de LV (48).

Évaluer l'ampleur des disparités en matière d'espérance de vie chez les personnes âgées de différents groupes ethniques en utilisant l'espérance de vie ajustée à la qualité (49).



#### ACTIVITE DE REFLEXION

**En utilisant les exemples de l'encadré 4, faites un remue-ménages entre les membres de l'équipe pour développer vos objectifs de recherche en adoptant une optique de genre intersectionnelle qui soit pertinente pour votre projet de RMO.**

### Conception de la recherche

La conception de la recherche est le plan ou la stratégie conceptuelle dans le cadre duquel la recherche est menée (50). Différents modèles d'étude peuvent être utilisés dans les projets de RMO. Les différentes conceptions d'étude et les facteurs guidant la sélection d'une conception d'étude appropriée ont été décrits en détail dans d'autres parties de cette boîte à outils.

Dans cette section de votre proposition de RMO, précisez le plan d'étude et la justification de son choix. Lorsque vous décidez de la conception de votre étude, adoptez une optique de genre intersectionnelle pour explorer et réfléchir aux questions "quoi", "pourquoi" et "comment", afin de découvrir comment différentes variables sociales se croisent pour influencer la mise en œuvre et l'accès à l'intervention considérée (43). L'échelle d'évaluation de la prise en compte du genre de l'OMS (4) est un cadre utilisé pour aider à déterminer le degré d'intégration du genre dans la recherche. L'échelle comprend cinq types de recherche :

- a. *La recherche non sexiste* perpétue l'inégalité des sexes en renforçant les normes, les rôles et les relations déséquilibrés.
- b. *La recherche sans distinction de genre* ignore les normes, les rôles et les relations entre les sexes.
- c. *La recherche sensible au genre* prend en compte l'inégalité générée par les normes, les rôles et les relations inégales entre les sexes, mais ne prend aucune mesure corrective pour y remédier.



- d. *La recherche spécifique au genre* considère l'inégalité générée par les normes, les rôles et les relations inégales entre les sexes et prend des mesures correctives pour y remédier, mais ne change pas les relations de pouvoir sous-jacentes.
- e. *La recherche transformatrice de genre* s'attaque aux causes des inégalités de santé fondées sur le genre en transformant les normes, rôles et relations de genre nuisibles par l'inclusion de stratégies visant à favoriser des changements progressifs dans les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes.

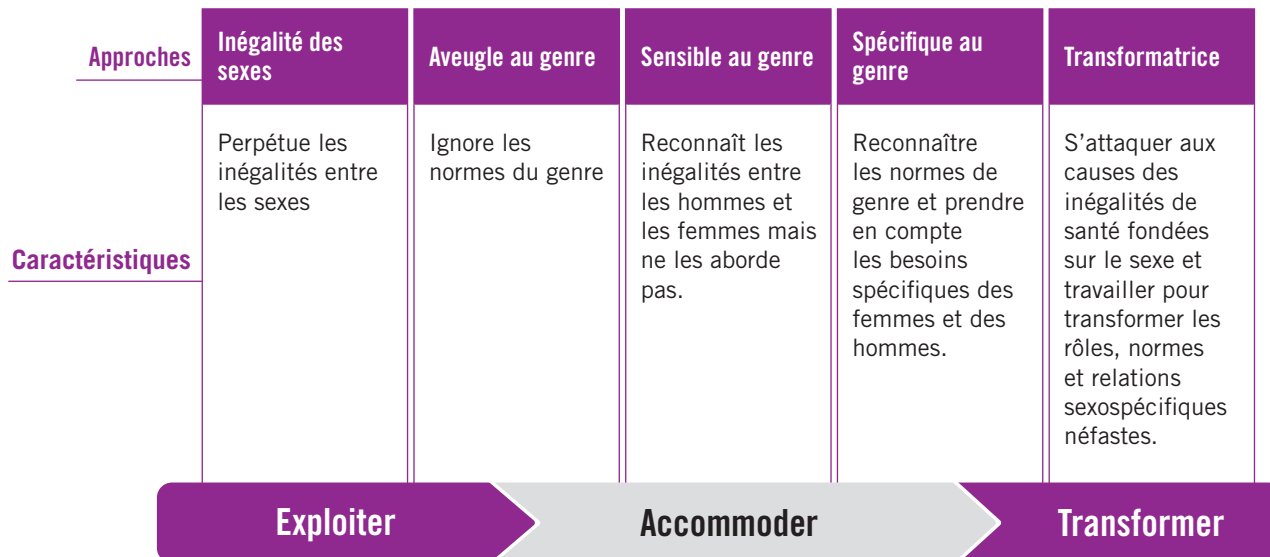
Pour mener des études de RMO et/ou des interventions sanitaires, le cadre du continuum du genre (5,51) est utile pour aider à déterminer comment le genre est pris en compte dans la conception et la mise en œuvre des interventions. Ce cadre classe les interventions en fonction des catégories suivantes :

- a. *Les interventions qui exploitent le genre* et qui profitent des inégalités, des normes, des comportements ou des stéréotypes de genre existants et prévalents afin d'atteindre les résultats du programme.
- b. *Les interventions tenant compte de la dimension de genre* qui ajustent ou compensent les inégalités, les normes ou les comportements de genre existants pour atteindre les résultats du programme.
- c. *Les interventions transformatrices de genre* qui tentent de remettre en question ou de changer les relations de pouvoir existantes entre les sexes qui renforcent les inégalités entre les sexes.

La figure 9 aide les chercheurs à évaluer leurs activités planifiées par rapport à chaque approche/ niveau afin de déterminer dans quelle mesure leurs recherches et/ ou interventions intègrent actuellement le sexe et le genre (1).



**Figure 9. Un continuum d’approches pour l’intégration du sexe et du genre.**  
Reproduit avec la permission de : Greaves L, Pederson A, Poole N (Eds). *Making it better: Gender transformative health promotion*. Toronto: Canadian Scholars’ Press - Women’s Press; 2014. Extrait de (5 and 52).



Lors de votre exercice de conception de la recherche, réfléchissez aux données qui doivent être collectées et désagrégées en fonction de diverses variables croisées pour faciliter l’analyse intersectionnelle des genres. Pour que les résultats soient plus précis, concentrez-vous spécifiquement sur les variables sociales qui peuvent être désagrégées pour créer des variables significatives au niveau du groupe (53). L’inclusion de telles mesures fiables et valides permet aux chercheurs d’explorer les facteurs complexes qui façonnent et influencent les expériences des individus influencés par les différentes dimensions du genre.

### Méthodes de recherche

Les modèles d’étude utilisés dans la RMO peuvent être interventionnels (par exemple, des études expérimentales, quasi-expérimentales, avant et après, des études de cohorte ou des essais contrôlés randomisés) ou observationnels (par exemple, des études exploratoires, descriptives et comparatives). Pour votre projet de RMO, vous pouvez utiliser des méthodes de recherche quantitatives, qualitatives ou une combinaison des deux (c’est-à-dire des méthodes mixtes).

Les facteurs clés à prendre en compte lors du choix de vos méthodes de recherche sont les suivants :

- Forces et limites de la méthode de recherche compte tenu des objectifs de votre étude.
- Validité de l’étude.
- Applicabilité des résultats de l’étude à l’ensemble de la population.
- Cohérence des résultats de l’étude.



La RMO se concentre sur l'identification des défis et des goulots d'étranglement liés au déploiement d'interventions sanitaires, ainsi que sur le développement et le test de stratégies efficaces conçues pour les surmonter. Si l'intervention sanitaire est nouvelle, vous pouvez tester l'acceptabilité, l'adoption, la pertinence, la faisabilité et la durabilité de cette intervention. Par exemple, si votre RMO explore les obstacles et les facilitateurs de l'accès à l'intervention par les participants prévus dans la communauté, une approche intersectionnelle du genre aide à comprendre l'ampleur ainsi que les facteurs contributifs qui influencent les obstacles à l'accès à l'intervention. Les méthodes participatives de recherche (MPR) placent les populations les plus vulnérables au centre de la recherche (40,47). Les MPR sont collaboratives et engagent équitablement tous les partenaires dans le processus de recherche, par exemple lors de l'identification des problèmes et de la planification des actions pour le changement, augmentant ainsi la probabilité que les participants utilisent les résultats de la recherche pour des actions appropriées. (54,55).

En outre, l'implication des populations vulnérables permet aux chercheurs d'apprécier les relations entre les sexes en jeu et la manière dont celles-ci se croisent avec d'autres variables sociales pour influencer l'accès à l'intervention. Si l'intervention sanitaire est bien établie, vous pouvez tester sa fidélité, son coût et sa couverture. Si votre étude vise à connaître les goulots d'étranglement de la mise en œuvre de l'intervention, il sera utile aux chercheurs de comprendre le point de vue des personnes chargées de la mise en œuvre (par exemple, les médecins, les infirmières, les agents de santé communautaires qui dispensent des soins ou des traitements) pour voir comment les différences entre les sexes influencent la mise en œuvre. Les trois méthodes de recherche les plus courantes que vous pouvez utiliser dans la RMO avec une optique de genre intersectionnelle sont brièvement décrites dans la section suivante.

### **Méthodes qualitatives**

L'utilisation d'une optique de genre intersectionnelle dans les méthodes de recherche qualitative permet de mieux comprendre les expériences vécues par les personnes et la manière dont les pratiques, les politiques et les programmes répondent aux besoins des femmes/filles, des hommes/garçons et des personnes ayant une identité non-binaire. Vous pouvez prendre en compte la MPR lors de la conception de votre étude qualitative. Parmi les différentes MPR, citons la cartographie participative (par exemple, les cartes de la communauté, les transects), les lignes du temps (par exemple, les histoires de vie, les activités quotidiennes) ainsi que le classement des priorités, les diagrammes de Venn, la notation matricielle et l'utilisation d'arbres à problèmes. Ces dernières années, la recherche-action participative (RAP) a été utilisée comme outil pour encourager les communautés et les acteurs du système de santé à reconnaître leurs propres problèmes et à créer des solutions susceptibles de promouvoir le changement social (56).

Dans votre proposition de RMO, vous devez décrire les méthodes de collecte de données qualitatives que votre étude utilisera, y compris le processus suivi pour identifier l'échantillon de l'étude. Les instruments de recherche qualitative utilisés pour la collecte de données dans les RMO comprennent les entretiens avec des informateurs clés (IC), les discussions de groupe dirigées (DGD), les observations, les documents (par exemple, les journaux intimes et les documents historiques), entre autres.



### **Méthodes quantitatives**

Les méthodes quantitatives impliquent la collecte et l'analyse de données objectives, souvent sous forme numérique et utilisées pour examiner les relations entre les variables. Le processus de recherche, les interventions et les outils de collecte de données (par exemple, les questionnaires, les listes de contrôle d'observation, les instruments basés sur la performance) sont normalisés pour minimiser ou contrôler les biais possibles (53).

### **Méthodes mixtes**

La majorité des questions de recherche sur les RMO nécessitent des réponses aux aspects “ quoi ” et “ pourquoi ” et, par conséquent, requièrent l'utilisation de méthodes mixtes comprenant des approches quantitatives et qualitatives. Si vous utilisez une approche mixte, vous devez expliquer pourquoi votre équipe a choisi cette approche, et comment l'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives fournira des informations pour répondre à la question de recherche et aux objectifs.

### **Participants à l'étude**

Dans cette section de votre proposition, décrivez : (i) les individus de la catégorie sociale d'intérêt ; (ii) comment les dynamiques de genre et les divers domaines de genre interagissent dans la mise en œuvre et les résultats de l'intervention ; (iii) comment d'autres axes d'inégalité et structures de pouvoir tels que le milieu social, l'éducation, le sexisme, le classisme, l'homophobie, ou toute combinaison pertinente de ceux-ci, ont un impact sur leur expérience avec le système de soins de santé. Par exemple, si votre étude a pour but de tester l'adoption d'une intervention pour une maladie non transmissible dans un contexte de soins de santé primaires, vous pouvez considérer les différences entre les hommes et les femmes qui utiliseront l'intervention et si leur religion, leur éducation, leur statut de revenu, leur âge, etc. - compte tenu de leur contexte spécifique - se croisent pour influencer leur décision d'utiliser l'intervention.

### **Recrutement des participants à l'étude**

Les personnes sont souvent confrontées à des obstacles uniques lorsqu'elles accèdent à des interventions en raison de dynamiques de pouvoir interpersonnelles, sociétales et/ou structurelles et de pratiques discriminatoires. Ceci est particulièrement fréquent pour ceux qui ne sont pas respectés socialement ou légalement dans certains contextes, par exemple dans le cas d'identités de genre au-delà des catégories binaires de genre. Il est important d'élaborer et de mettre en œuvre intentionnellement une stratégie pour identifier et rencontrer les répondants appropriés, éviter les préjudices que leur participation pourrait leur causer et s'assurer que les répondants clés ne sont pas exclus.

Par exemple, dans les sociétés présentant de graves inégalités sanitaires et sociales entre les populations, si vous identifiez les participants à partir d'une base de données de patients d'établissements de santé, il est possible que vous perdiez les membres les plus vulnérables de la communauté, car ils n'ont peut-être pas accès aux services des établissements de santé. Dans les régions de l'est de l'Éthiopie, par exemple, où les normes de genre dictent la préférence pour les fils, plus de 50 % des ménages avaient une probabilité accrue de recherche de soins préférentiels pour les garçons, mais une probabilité moindre pour les filles, par rapport aux communautés dans lesquelles moins de 50 % des ménages étaient musulmans (57).



Vous devez veiller à ne pas concentrer le recrutement uniquement sur les institutions traditionnellement reconnues telles que les établissements de santé et les institutions de formation, et élargir votre stratégie à d'autres institutions, organisations de la société civile et réseaux de défense des droits de l'homme qui peuvent contribuer à la phase de recrutement de votre projet de recherche. Parmi les autres sources de recrutement à envisager, citons les organisations de défense des droits, les centres religieux, les groupes d'autonomisation, les centres communautaires, les syndicats/fraternités et les sites Internet tels que les médias sociaux, les forums de discussion, les blogs et les groupes de soutien (58,59).

Dans le cas de populations difficiles à atteindre, vous pouvez envisager d'utiliser l'échantillonnage en fonction du lieu où l'échantillonnage en fonction du temps et de l'emplacement (TLS).

La stratégie TLS aide les chercheurs à intercepter les populations difficiles à atteindre dans les lieux et aux moments où elles sont susceptibles de se rassembler (60,61). Par exemple, elle peut être utilisée pour les adolescents qui se rassemblent pour accéder aux services qui leur sont proposés dans des lieux sociaux spécifiques à certains moments de la journée. Il existe des gardiens de la communauté qui peuvent être d'excellentes sources pour aider à identifier les participants. Cependant, un biais de sélection peut se produire, car ces gardiens ont le potentiel d'exclure des participants clés qui pourraient avoir une barrière linguistique, qui hésitent à parler ou qui pourraient devoir demander la permission à des membres de leur famille pour participer à l'étude. Pour s'assurer qu'il n'y a pas de biais de sélection, il est préférable d'approcher différents gardiens de la communauté, de préférence d'identités sexuelles et de situations sociales différentes, afin d'inclure un groupe hétérogène de personnes dans votre étude.

### Échantillonnage

Dans cette section de la proposition, décrivez les étapes de votre processus d'échantillonnage. Les principales étapes sont (62):

- i. Définir la population cible.
- ii. Sélection de la base de sondage.
- iii. Choisir la technique d'échantillonnage.
- iv. Déterminer la taille de l'échantillon.



En général, les techniques d'échantillonnage peuvent être divisées en deux types:

Probabilité ou échantillonnage aléatoire	Échantillonnage non probabiliste ou non aléatoire
Simple aléatoire	Échantillonnage par quotas
Aléatoire stratifié	Échantillonnage en boule de neige
Échantillonnage en grappes	Échantillonnage par jugement
Échantillonnage systématique	Échantillonnage de commodité
Échantillonnage à plusieurs degrés	

En général, les techniques d'échantillonnage probabiliste sont utilisées dans les méthodes de recherche quantitative et les techniques d'échantillonnage non probabiliste dans les méthodes de recherche qualitative. Dans l'ensemble, il faut veiller à ce que l'échantillon soit aussi hétérogène que possible pour permettre la diversité au sein de la population étudiée. Cela facilite la représentation de ceux qui auraient été négligés (58). Avant d'échantillonner, il est important de définir les critères d'inclusion et d'exclusion de votre étude.

### Etude quantitative

Comme les études quantitatives nécessitent un échantillon représentatif par rapport aux caractéristiques de la population, un échantillonnage probabiliste est préférable. Cela permet à chaque individu de la population d'avoir une certaine chance d'être inclus dans l'échantillon. Lorsque vous planifiez la taille de votre échantillon, tenez compte de la manière dont les données seront désagrégées dans votre étude. Par exemple, si votre étude explore les obstacles à l'accès à une intervention sanitaire par des adolescents résidant dans un lieu géographique spécifique, vous voudrez que la taille de votre échantillon soit représentative des garçons et des filles adolescentes. Afin d'intégrer une perspective de genre intersectionnelle, il sera utile de prendre en compte des variables sociales telles que le niveau d'éducation, la religion, l'état matrimonial, etc. pertinentes pour votre étude, tout en considérant la taille de votre échantillon, afin de pouvoir collecter des données désagrégées pour l'analyse.

### Etude qualitative

Dans la recherche qualitative, l'utilisation de stratégies d'échantillonnage intentionnel, par quotas et en boule de neige, dans une perspective de genre intersectionnel, renforce la conception de l'étude et favorise la diversité et l'inclusion des participants (60,63).

Dans le cadre d'une recherche qualitative, l'échantillon doit être conçu pour permettre une compréhension approfondie du rôle du genre et de son intersection avec d'autres variables sociales. Tenez compte des similitudes et des différences au sein de la population étudiée. La stratégie d'échantillonnage dépendra de l'objectif de l'étude et du type d'analyse (c'est-à-dire inter-catégorielle ou intra-catégorielle) que vous prévoyez de faire.



Pour une analyse inter-catégorielle, vous pouvez diviser votre échantillon en différents groupes en fonction de la variable sociale pertinente que vous étudiez. Par exemple, pour effectuer une analyse de genre intersectionnelle sur la façon dont le genre s'entrecroise avec le statut économique de différents groupes de personnes lorsqu'elles recherchent des soins de santé, votre échantillon devra être suffisamment diversifié pour que les données puissent être ventilées entre les hommes pauvres et les femmes pauvres contre hommes riches vs femmes riches. L'échantillon doit être aussi représentatif que possible d'une communauté ou d'une population d'intérêt, tout en étant suffisamment hétérogène pour permettre des explorations inductives (par exemple, en s'interrogeant sur la façon dont diverses catégories peuvent se croiser pour façonner différemment l'expérience) (64). Une analyse intra-catégorielle se concentre sur un groupe spécifique à l'intersection de multiples variables sociales pour expliquer les différences au sein du groupe et les structures sociales plus larges qui influencent leurs vies. Par exemple, si votre RMO explore les obstacles et les facteurs qui incitent les adolescentes à rechercher des services de santé reproductive, votre échantillon restera homogène puisque vous n'identifiez que des adolescentes. Cependant, en effectuant une analyse intersectionnelle du genre, vous devez garder à l'esprit que différentes variables sociales telles que l'éducation, la religion, etc. d'une adolescente se croiseront pour influencer son expérience de recherche de services de santé reproductive. Ainsi, au sein de votre échantillon d'adolescentes, vous devez être en mesure d'analyser les différences d'expérience dues aux différentes variables sociales et autres facteurs structurels ou contextuels.

### **Plan de collecte de données**

En tant que chercheur, vous devez être conscient de la façon dont les relations de pouvoir, les préjugés et d'autres facteurs clés peuvent influencer la qualité et la validité des données recueillies (Tableau 7).





**Tableau 7 : Facteurs clés à prendre en compte pour la collecte de données.**  
Adapté de (1 and 22).

En tant que relation de pouvoir le genre influence	Considérations clés	Actions
<p><b>Qui participe en tant que répondants</b></p>	<p>Les répondants peuvent être exclus en raison de niveaux d'éducation, d'alphabétisation, de maîtrise des langues nationales ou de maîtrise de la technologie différents.</p>	<p>Mettez en place une stratégie intentionnelle pour identifier et accéder aux types de répondants appropriés et assurez-vous que les répondants clés ne sont pas exclus.</p>
	<p>Les femmes/filles interrogées peuvent avoir besoin d'autorisations supplémentaires pour participer à la recherche et/ou se rendre sur les lieux de la recherche pour participer aux discussions de groupe, elles disposent de moins de temps libre pour participer à la recherche ou à la vie privée, et sont souvent confrontées à un plus grand nombre d'obstacles à leur participation.</p>	<p>S'assurer que les participants ne sont pas surchargés par leur participation à la recherche.</p>
	<p>L'échantillonnage peut être biaisé en faveur des répondants qui sont les sujets les plus visibles, sans inclure les gardiens ou les décideurs moins visibles qui encadrent les contextes dans lesquels ces sujets vivent et travaillent.</p>	<p>Inclure les gardiens et/ou les décideurs au sein de l'échantillon ; s'assurer que l'inclusion ne prive pas davantage de pouvoir les femmes et les filles ou d'autres groupes marginalisés.</p>
<p><b>Quand les données sont collectées et où</b></p>	<p>Les hommes/garçons et les femmes/filles ont des responsabilités différentes à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, ce qui affecte le moment où ils sont disponibles.</p> <p>Le contexte peut influencer sur la mesure dans laquelle les individus ont une vie privée.</p> <p>Les participants qui ont été affectés par des maladies infectieuses de la pauvreté peuvent subir une stigmatisation accrue du fait de leur participation à la recherche, qui peut être exacerbée par les relations entre les sexes et l'intersection avec d'autres variables sociales.</p>	<p>Planifiez la collecte des données à un moment qui convient aux participants.</p> <p>Dans la mesure du possible, veillez à ce que les entretiens ou les enquêtes soient réalisés dans un cadre privé.</p> <p>Incluez les participants de manière confidentielle ; lorsque la participation risque d'accroître la stigmatisation, veillez à ce que les données soient recueillies dans un lieu neutre.</p>



En tant que relation de pouvoir le genre influence	Considérations clés	Actions
<b>Qui est présent lors de la collecte des données</b>	Les relations de pouvoir entre et parmi les répondants peuvent affecter la qualité et l'exactitude des données collectées (par exemple, les femmes peuvent répondre différemment en présence d'hommes et garder le silence, même si elles ne sont pas d'accord ou si des informations inexactes sont données, ou les adolescents (et les garçons) peuvent répondre différemment en présence de leurs parents ou tuteurs).	Si vous organisez des discussions de groupe, menez des discussions séparées pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles.
		Tenez compte de la dynamique de pouvoir qui peut exister entre les participants et structurez les discussions de groupe ou les autres méthodes de collecte de données en conséquence (par exemple, désagrégez les participations par âge, profession, etc.)
<b>Qui collecte et analyse les données</b>	La position des chercheurs peut influencer les réponses des répondants ou leur capacité et/ou leur volonté de participer (par exemple, dans certains contextes, il peut être important pour les répondants d'être interrogés par un chercheur du même sexe).	Dans la mesure du possible, utilisez des agents de collecte de données du même sexe que les personnes interrogées.
	Le sexe du chercheur peut influencer sur la capacité à obtenir l'accès pour collecter des données ; par exemple, dans de nombreux contextes, seuls les collecteurs de données qui sont des femmes seront autorisés à entrer dans les maisons ou à collecter des mesures anthropométriques sur les femmes et les enfants.	Utiliser des agents de collecte de données locaux, là où cela est pertinent.
	Les chercheurs auront des préjugés sexistes qui influenceront le processus de collecte et d'analyse des données.	Veillez à ce que tous les agents de collecte de données reçoivent une formation et une supervision afin de prendre conscience de leurs propres préjugés sexistes ou autres et de la manière dont ils peuvent les corriger.



En tant que relation de pouvoir le genre influence	Considérations clés	Actions
		En tant qu'équipe de recherche, réfléchissez à votre propre dynamique de pouvoir et à votre position dans le processus de collecte et d'analyse des données. Soyez prêts à remettre en question les hypothèses de chacun et les questions posées aux données. Faites preuve de souplesse pour reconstituer l'équipe de collecte de données si nécessaire.
		Réaliser des revues conjointes des transcriptions et des réunions de mise en commun entre les membres de l'équipe pour identifier les biais potentiels et vérifier les hypothèses.

Pour accroître la participation pendant la collecte des données, décrivez les mesures que vous utiliserez pour donner à chaque participant la même possibilité de s'impliquer. Décrivez également comment l'équipe de recherche garantira la confidentialité tout au long du processus de recherche. La vie privée, la sécurité et la confidentialité doivent être assurées pendant la collecte des données, et l'équipe de recherche doit être sensible aux dynamiques de genre existantes. Par exemple, dans certains contextes ou circonstances, les femmes peuvent se sentir mal à l'aise si l'agent de collecte des données ou le chercheur n'est pas une femme. De même, la hiérarchie institutionnelle peut influencer les réponses des officiers subalternes pendant les groupes de discussion en présence de leurs collègues superviseurs ou un cadre supérieur. Au niveau du foyer ou de l'école, les adolescents, garçons ou filles, peuvent craindre de participer ouvertement en présence d'un parent, d'un tuteur ou d'un enseignant.

Soyez conscient des dimensions de genre (par exemple, les rôles, les normes et les relations entre les sexes) qui influencent la division du travail au niveau du ménage et de la communauté. Par exemple, dans certaines communautés, les normes de genre imposent aux femmes de faire un travail non rémunéré au sein du foyer, tandis que les hommes sont censés travailler à l'extérieur pour gagner leur vie. Ainsi, il peut être difficile de collecter des données à certaines heures de la journée, car les femmes et les hommes peuvent ne pas être disponibles en journée ou en saison.

Il est donc pertinent d'être sensible aux normes, aux rôles et aux relations entre les sexes dans une communauté donnée, de garantir la disponibilité des répondants cibles et la confidentialité des réponses pendant le processus de collecte des données. Les propositions de recherche doivent décrire le processus d'identification des



participants, les périodes et les lieux propices à la collecte de données afin de garantir des informations complètes, y compris de la part de ceux qui ont tendance à être moins impliqués dans le processus participatif.



#### ACTIVITE DE REFLEXION

- **Quelle est la stratégie d'échantillonnage appropriée pour la méthodologie de votre étude ?**
- **Comment le genre s'entrecroise-t-il avec d'autres variables sociales pour créer des niveaux de pouvoir différents dans le processus de collecte des données ? Comment cela peut-il affecter votre collecte de données ?**
- **Quels facteurs clés liés au genre doivent être pris en compte pendant le processus de collecte des données ?**
- **Comment pouvez-vous minimiser les façons dont les relations de pouvoir entre les sexes influencent la qualité, l'exactitude et la validité de vos données ?**

#### Développer des indicateurs intersectionnels du genre pour un projet de RMO

Au cours de la phase de planification, il est important d'établir des indicateurs de base pour contribuer au suivi et à la mesure des progrès de votre projet de RMO. Ceux-ci doivent être développés en collaboration avec la communauté et la population étudiée. Les questions de l'analyse intersectionnelle du genre déjà considérées/développées peuvent être utilisées pour informer ces indicateurs. Les indicateurs sensibles au genre peuvent être spécifiques au sexe, désagrégés par sexe et/ou des indicateurs pour l'égalité des sexes. En termes généraux, les Indicateurs devraient: (i) guider la collecte de données qui peuvent être ventilées par les variables sociales pertinentes ; (ii) mesurer et suivre la réalisation des résultats escomptés ; (iii) mesurer les éventuelles lacunes dans les expériences des participants à l'étude ; (iv) éviter les catégorisations de grands groupes qui peuvent manquer les différences intra-groupes ; et (v) être sensible au genre (c'est-à-dire mesurer l'égalité des sexes directement ou être un indicateur de l'égalité des sexes).

Dans les outils de collecte de données et les indicateurs, considérez-les variables/proxy liées au genre en alignement avec les domaines de genre qui font partie intégrante de votre étude RMO. Le tableau 8 présente des exemples de variables/proxy liées au genre qui soutiennent l'analyse des domaines de relations de pouvoir entre les sexes par rapport aux résultats de santé pertinents pour la mise en œuvre.



**Tableau 8 : Proxy de genre utilisés pour comprendre les domaines de relations du genre.** Adapté de (1).

Domaines des relations de genre	Variabes/proxy liées au genre
<b>Accès aux ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenus en espèces</li> <li>• Possession des terres</li> <li>• Éducation</li> <li>• Accès à l'information (par exemple, dans quelle mesure les populations marginalisées sont-elles en mesure d'accéder aux informations et aux soins pertinents liés à une intervention ?)</li> </ul>
<b>Répartition de la main-d'œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail à l'extérieur de la maison</li> <li>• Temps consacré aux tâches ménagères</li> <li>• Emploi (par exemple, du point de vue des responsables de la mise en œuvre, comment les coûts d'accès à une intervention peuvent-ils affecter différemment les femmes et les hommes ?)</li> </ul>
<b>Normes sociales, croyances et valeurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes accouchant à domicile</li> <li>• Les jeunes filles célibataires doivent être accompagnées de leurs parents lorsqu'elles ont besoin de soins.</li> <li>• Tous les revenus du ménage appartiennent à l'homme de la maison.</li> </ul>
<b>Autonomie de décision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de décision relative à l'intervention sanitaire (par exemple, qui décide s'il est acceptable ou non qu'une personne participe à une intervention ?)</li> <li>• Contrôle des revenus/ressources du ménage</li> </ul>

Pour développer des indicateurs d'égalité de genre, explorez le rôle des relations de pouvoir entre les sexes spécifiques à votre projet de RMO, tel qu'il est inclus dans votre modèle de genre.

Lorsque vous développez des indicateurs, tenez compte des résultats de RMO pertinents que vous allez mesurer. Par exemple, si votre étude explore la manière dont la prise de décision influence l'acceptabilité d'une intervention sanitaire donnée (c'est-à-dire le résultat de RMO) pour les femmes mariées, votre indicateur intersectionnel d'égalité de genre pourrait être le suivant :

*Proportion (%) de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui décident habituellement d'accepter l'intervention sanitaire, soit seules, soit conjointement avec leur mari, ventilée par revenu, âge, éducation, etc.*

Le Tableau 9 montre des exemples de différences entre les indicateurs sensibles au genre et les indicateurs intersectionnels.



**Tableau 9 : Comparaison des indicateurs sensibles au genre et intersectionnels.**  
Adapté de (1).

Type d'indicateurs	Exemples d'indicateurs sensibles au sexe et au genre	Exemples d'indicateurs intersectionnels
<b>Indicateur spécifique au sexe :</b> un type d'indicateur sensible au genre qui concerne uniquement les femmes ou les hommes.	Proportion de femmes ou d'hommes qui vivent avec le VIH.	Proportion de femmes ou d'hommes vivant avec le VIH, désagrégée par revenu, âge, niveau d'éducation, etc.
<b>Indicateur désagrégé par sexe :</b> un type d'indicateur sensible au genre qui mesure les différences entre les femmes et les hommes par rapport à un paramètre particulier.	Proportion de femmes et d'hommes vivant avec le VIH.	Proportion des femmes et des hommes qui vivent avec le VIH, ventilée par revenu, âge, niveau d'éducation, etc.
<b>Indicateur d'égalité des sexes :</b> un type d'indicateur sensible au genre qui mesure directement l'égalité de genre ou qui est un proxy pour l'égalité de genre.  Les indicateurs qui peuvent servir de substitut à l'égalité de genre comprennent ceux qui explorent les différents domaines inclus dans un cadre de genre. Ils peuvent inclure l'accès aux ressources, la répartition des tâches/rôles, les normes et valeurs et la prise de décision.	Proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui décident habituellement de leurs propres soins de santé - soit seules, soit conjointement avec leurs maris.	Proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui décident habituellement de leurs propres soins de santé, soit seules ou conjointement avec leurs maris, désagrégée par revenu, âge, niveau d'éducation, etc.
	Proportion de femmes qui peuvent quitter la maison sans permission.	Proportion de femmes pouvant quitter la maison mais sans permission, désagrégée par revenu, âge, niveau d'éducation, etc.
	Proportion de femmes qui décident de l'utilisation de leurs propres revenus.	Proportion de femmes qui décident de l'utilisation de leur propre revenu désagrégé par revenu, âge, niveau d'éducation, etc.



#### ACTIVITE DE REFLEXION

**Exemple de scénario de cas : Dans un pays, la majorité des femmes enceintes accouchent de leur(s) enfant(s) à domicile car les normes sociales imposent des restrictions pour l'accouchement dans un établissement de santé.**

**Un projet de RMO a développé une intervention pour promouvoir les accouchements dans les structures de santé.**

**Activité : Formuler des indicateurs intersectionnels de genre pour mesurer l'adoption de l'accouchement institutionnel par les femmes enceintes dans ce pays.**

#### Plan d'analyse des données

Il est important de décrire clairement le plan d'analyse des données dans votre proposition de RMO. Les techniques et les modèles d'analyse des données doivent être conformes aux objectifs de l'étude, aux méthodes de recherche utilisées et aux types de variables de résultats prévus pour les RMO. Le plan d'analyse des données doit tenir compte du public cible, en mettant l'accent sur la simplicité et l'interprétabilité. Expliquez clairement les analyses que vous comptez effectuer sur les données. Indiquez le logiciel approprié que vous pourrez utiliser pour l'analyse des données.

Pour analyser efficacement les données en utilisant une optique intersectionnelle du genre, l'équipe de RMO doit avoir pris des mesures préparatoires dès les premières étapes de la conception de l'étude. Cela inclut la désagrégation des données ou des cadres d'échantillonnage par sexe et autres variables sociales, l'utilisation de cadres de genre et l'incorporation de questions d'analyse intersectionnelle du genre dans les outils de collecte de données.

Il est utile de développer une matrice pertinente d'analyse intersectionnelle du genre pour votre étude au début du processus de développement de la proposition. Comme il est difficile de s'interroger directement sur les relations de pouvoir entre les sexes, les cadres de travail sur le genre sont utilisés pour décomposer les façons dont ils se manifestent et ensuite développer des proxys pour analyser indirectement les relations de genre par rapport aux résultats pertinents en matière de santé ou autres. Une matrice d'analyse intersectionnelle du genre peut être utilisée pour vous aider à réfléchir aux domaines qui pourraient être les plus pertinents pour votre étude. Les chercheurs doivent commencer par remplir la matrice en identifiant comment les différents domaines des relations de genre peuvent affecter les domaines d'intérêt pertinents pour votre étude, et quelles variables sociales sont susceptibles de se croiser avec le genre pour influencer la marginalisation ou la vulnérabilité d'une personne dans ces domaines.



Le tableau 10 illustre un exemple d'utilisation de la matrice d'analyse intersectionnelle du genre lors de recherches sur les maladies infectieuses. Cela permet aux chercheurs d'identifier la manière dont les domaines des relations entre les genres affectent les domaines des maladies infectieuses, et d'identifier les variables sociales qui peuvent potentiellement se croiser avec le genre pour influencer une vulnérabilité individuelle. Il est important de développer une matrice d'analyse intersectionnelle du genre spécifiquement pour le domaine approprié du genre, le domaine d'étude et la variable sociale pertinents pour votre recherche. Par exemple, si vous envisagez d'effectuer une RMO sur l'accès aux moustiquaires par les adolescents, garçons et filles, dans une zone endémique de la dengue, afin de vérifier leur capacité à prévenir l'exposition aux piqûres de moustiques, vous pouvez identifier les normes, relations et valeurs de genre contextuellement pertinentes et également considérer quelles variables sociales spécifiques se croisent avec l'accès des garçons/filles aux moustiquaires. Si les normes de genre autorisent uniquement les garçons adolescents à porter des shorts (c'est-à-dire des vêtements non protégés), cela diminuera leur capacité à prévenir l'exposition aux piqûres de moustiques par rapport aux filles. Dans ce scénario, les variables sociales possibles qui peuvent être considérées comme influençant le risque d'exposition peuvent inclure l'âge, le sexe, la race/ethnie, le niveau d'éducation et le statut socio-économique.

**Tableau 10 : Matrice d'analyse de genre intersectorielle pour les maladies infectieuses de la pauvreté.** Extrait de (1).

Domaines des maladies infectieuses liées à la pauvreté	Stratifications biologiques et sociales					Domaines des relations du genre			
	Sexe	Age	Race/ethnicité	Revenu	Handicap	Accès aux ressources	Répartition des tâches et des rôles	Normes et valeurs	Pouvoir de décision
<b>Vulnérabilité à la maladie</b>	x	x	x	x	x		Les femmes s'occupent des membres malades de la famille.  Les femmes lavent les vêtements à l'extérieur.	Un garçon autorisé à se baigner dans des eaux infectées	
<b>Capacité à prévenir l'exposition</b>		x		x		Les femmes ne savent pas comment prévenir l'exposition.	Les hommes ne peuvent pas accéder aux structures de santé pendant les heures d'ouverture en raison de leur emploi.		Les hommes décident d'acheter ou non des moustiquaires.
<b>Riposte à la maladie</b>		x		x		Les femmes n'ont pas accès aux ressources financières pour accéder aux structures de santé			





Les données peuvent être analysées de deux manières différentes :

a) *Intra-catégorielle* : se concentrer sur un seul groupe social et analyser les expériences de ce groupe (par exemple, se concentrer uniquement sur les garçons adolescents et analyser comment leur âge, leur sexe, leur race/ethnie, leur niveau d'éducation et leur statut socio-économique se croisent pour influencer leur accès aux moustiquaires, et donc leur capacité à prévenir l'exposition).

b) *Inter-catégorielle* (par exemple, l'analyse des données pour les différences entre les garçons et les filles adolescents et entre les variables sociales telles que l'âge, le sexe, la race/ethnicité, le niveau d'éducation et le statut socio-économique). Par exemple, vous pouvez identifier et comparer les différences et les expériences en termes de vulnérabilité à l'exposition aux maladies entre des groupes sociaux tels que les garçons pauvres sans éducation et les filles pauvres sans éducation.

### **Analyse de données quantitatives intégrant une perspective intersectionnelle du genre**

Avant d'analyser les données de recherche quantitative en utilisant une optique intersectionnelle du genre, vos données doivent être désagrégées par des variables pertinentes pour votre étude de RMO. En fonction de votre conception de recherche, l'analyse peut être intra-catégorielle ou inter-catégorielle. Dans les deux approches, l'analyse se concentre sur l'intersection de variables sociales sélectionnées pour comprendre comment ces variables interagissent pour créer différentes expériences de marginalisation et de discrimination, qui à leur tour façonnent les résultats de santé liés à votre étude RMO.

Il est également possible de réaliser une analyse de genre sur des données quantitatives secondaires, telles que des enquêtes démographiques sur la santé, des enquêtes sur la population ou des ensembles de données quantitatives propres. En général, les ensembles de données secondaires permettent d'approfondir l'analyse par sexe (hommes ou femmes) et l'analyse ventilée par sexe (hommes et femmes). Par exemple, si vous étudiez la prévalence du paludisme dans une population résidant dans une zone endémique, vous pouvez effectuer une analyse sexo-spécifique pour les hommes et les femmes séparément.

Pour effectuer une analyse sexo-spécifique, on prend en compte les différences de prévalence entre les hommes et les femmes chez qui on a diagnostiqué le paludisme. Cependant, pour réaliser une analyse intersectionnelle sexo-spécifique, vous devez désagréger ces données en fonction de la variable pertinente choisie pour votre étude (par exemple, l'âge, l'éducation, l'ethnicité, etc.). L'analyse intersectionnelle désagrégée par sexe explore la prévalence du paludisme entre et parmi les groupes d'hommes et de femmes, en fonction des différentes variables choisies comme pertinentes pour votre étude RMO.

En général, les données ne peuvent pas être ventilées par genre de la même manière qu'elles peuvent être ventilées par sexe. Par conséquent, les domaines pertinents des relations de genre doivent être inclus dans les outils de collecte de données et interrogés séparément ; ceux-ci sont parfois appelés variables de genre et sont utilisés comme proxy pour comprendre les relations de genre (1). Se référer aux tableaux 8



et 9 pour identifier les variables/proxys de genre et les indicateurs intersectionnels de genre, respectivement.

Contrairement aux méthodes quantitatives traditionnelles, l'analyse fondée sur l'intersectionnalité utilise une approche additive, en se servant d'une "base de référence" initiale sur laquelle d'autres analyses sont appliquées en utilisant la multiplicativité (par exemple, le coefficient de régression) pour tenir compte des effets des catégories qui se croisent sur les résultats sanitaires ou sociaux.

### **Analyse de données qualitatives intégrant une optique de genre intersectionnelle**

L'analyse intersectionnelle du genre commence pendant la collecte des données, lorsque les chercheurs recueillent et réfléchissent de manière itérative sur les données et pratiquent la réflexivité tout au long du processus de codage ainsi que de l'interprétation et du rapport ultérieurs. Quel que soit le niveau d'analyse ou l'approche, il est important de noter que les attentes et les préjugés potentiels du chercheur doivent être ouverts, en particulier ceux qui résultent de l'interaction entre les données et les antécédents des chercheurs. Il faut faire attention à ne pas reproduire l'inégalité dans les processus de codage et d'analyse des données (65). Une analyse en plusieurs étapes est nécessaire pour permettre de passer d'une analyse additive à une analyse interactive. Lors de l'analyse des données, il vous faudra donc aller sous la surface de ce qui est dit/énoncé pour comprendre comment le genre s'entrecroise avec d'autres variables sociales pour influencer différentes expériences, en faisant le lien avec le contexte social, politique et culturel plus large. L'analyse des données se fait souvent à un seul niveau, le niveau sémantique, qui consiste à analyser les données à leur valeur nominale, en ne considérant que ce que les participants ont articulé ou écrit. Cependant, pour mener une analyse intersectionnelle des genres, les chercheurs doivent aller plus loin pour comprendre et identifier les hypothèses, les croyances, les schémas de pensée et les conceptualisations qui caractérisent le contenu sémantique. Cela est particulièrement vrai dans les cas où l'identité d'une personne peut être tellement normalisée/enracinée qu'elle peut ne pas voir comment ses expériences sont façonnées par les systèmes ou les structures de privilège et/ou d'oppression résultant de cette identité ; il incombe donc au chercheur d'établir ces liens. Cette analyse interprétative permet de réaliser une analyse plus complète (22,66).

Les modèles de genre peuvent être utilisés pour développer des cadres de codage qui facilitent l'analyse des données qualitatives. En termes d'analyse, le type de méthodologie de codage est souvent basé sur les types de cadres utilisés. Ainsi, l'analyse inductive devrait être utilisée, lorsque cela est possible, car elle permet de dériver les codes à partir des données existantes. Pour faciliter l'analyse intersectionnelle du genre dans le cadre de la recherche qualitative, une analyse en plusieurs étapes est nécessaire. Il existe trois principaux niveaux de codage :

*Le codage ouvert*, qui implique une analyse des données qui code un passage à l'aide de codes multiples et qui se chevauchent (par exemple, l'accès aux ressources, les normes de genre, les rôles de genre, la prise de décision, l'âge, etc.).



*Le codage axial*, qui se concentre sur le raffinement inductif de chaque code séparé en codes plus distincts (par exemple, un code pour l'intersection des rôles de genre avec l'âge, un autre pour l'intersection des rôles de genre et la pauvreté, etc). Ces codes sont souvent développés suite à l'identification de relations et de modèles qui émergent pendant la phase de codage ouvert. Le regroupement des codes ouverts en différents thèmes qui aident à expliquer ce qui se passe peut faciliter l'identification des codes axiaux.

*Le codage sélectif* est utilisé pour affiner les codes afin de refléter un aspect spécifique de l'expérience intersectionnelle (par exemple, comment l'expérience des femmes mariées en matière de responsabilités domestiques influence leur accès à une intervention sanitaire). Ces codes relient souvent les intersections de différentes variables sociales aux expériences d'avantage ou de désavantage en relation avec le résultat de la mise en œuvre d'une étude RMO donnée.

L'encadré 6 illustre un exemple de la manière dont les domaines liés au genre peuvent influencer les comportements des hommes en matière de santé.

#### **Encadré 6. Exemple montrant l'influence des normes de genre sur les comportements de recherche de santé des hommes.**

##### **La masculinité et les comportements des hommes en matière de santé au Nigeria (67)**

**But :** Enquêter sur les comportements des hommes en matière de santé et examiner dans quelle mesure le genre/masculinité entrave leur acceptation et leur accessibilité aux services de santé disponibles au Nigeria.

**Méthode :** Une étude de cas intégrant huit entretiens approfondis menés avec des hommes volontaires pendant sept semaines. Les variables socio-démographiques et les critères d'inclusion de la sélection des participants étaient l'âge, le statut académique, la religion, la profession, le lieu de résidence, le statut marital et le statut financier.

**Résultats :** La masculinité hégémonique, intégrée dans la classification de la société selon laquelle les hommes sont le sexe fort et les femmes le sexe faible, a une influence sur les soins de santé des hommes. Sept des huit participants ont affirmé que les hommes se conforment à la croyance de l'identité masculine dans la recherche de soins de santé. Il a été observé qu'il n'y avait pas de différence dans la perception des comportements de recherche de santé parmi les personnes interrogées, malgré leur niveau d'éducation et leur statut d'employabilité. Les hommes expriment une certaine forme de masculinité et le sentiment que les hommes ne devraient pas être malades. Le "facteur masculin" se reflète dans le rejet de l'aide médicale en raison du sentiment que le fait d'être traité par des femmes, étiquetées comme "le sexe faible", est un tabou. La majorité des personnes interrogées ont réitéré l'importance de leurs croyances et doctrines religieuses par rapport à la recherche d'une attention médicale adéquate lorsque le besoin s'en fait sentir. Pour elles, tant que ces croyances sont en place, leur état de santé/stabilité est garanti.

**Conclusion :** Les normes et croyances culturelles et patriarcales qui caractérisent souvent les hommes comme étant résistants et courageux, parmi d'autres attentes socialement construites, jouent encore un rôle essentiel dans la détermination des comportements de recherche de santé des hommes, indépendamment de leur niveau d'éducation et de leur profession.



### Ressources clés pour l'analyse de données intersectionnelles

Fehrenbacher AE, Patel DR. Translating the theory of intersectionality into quantitative and mixed methods for empirical gender transformative research on health. *Culture, Health & Sexuality*. 2019;22:145–160. doi: 10.1080/13691058.2019.1671494 (68).

Bauer G, Bowleg L, Rouhani S, Scheim A, Blot S. Harnessing the power of intersectionality: Guidelines for quantitative intersectional health inequities research. London, Canada; 2014 ([https://www.researchgate.net/publication/343140477\\_Harnessing\\_the\\_Power\\_of\\_Intersectionality\\_Guidelines\\_for\\_Quantitative\\_Intersectional\\_Health\\_Inequities\\_Research](https://www.researchgate.net/publication/343140477_Harnessing_the_Power_of_Intersectionality_Guidelines_for_Quantitative_Intersectional_Health_Inequities_Research), accessed 3 April 2022) (53).

Jasmine A. Abrams, Ariella Tabaac, Sarah Jung, Nicole M. Else-Quest. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Social Science & Medicine*. 2020; 258:113138. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113138 (69).

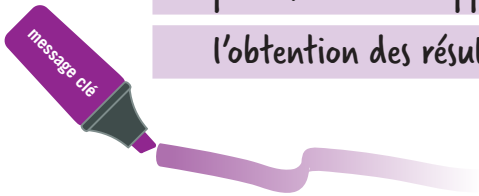
La sélection de cadres appropriés d'analyse intersectionnelle du

genre aide à guider l'élaboration des plans d'analyse des données.

Le développement d'une matrice d'analyse intersectionnelle du genre

pendant le développement de la proposition est un facteur facilitant

l'obtention des résultats de la RMO.



### ACTIVITE DE REFLEXION



- **Quels sont les indicateurs de genre intersectionnels pertinents pour votre étude de RMO ?**
- **En fonction de la conception de votre étude, sélectionnez le cadre d'analyse intersectionnelle du genre approprié et développez le meilleur plan d'analyse des données applicable.**
- **En utilisant l'exemple du Tableau 10, développez une matrice d'analyse intersectionnelle du genre pour votre intervention de RMO planifiée afin de faciliter la conduite de l'analyse intersectionnelle de genre.**



## Gestion de la qualité

L'intégration d'un plan de gestion de la qualité dans une proposition de RMO est essentielle pour garantir que la recherche respecte (ou dépasse) les normes scientifiques, éthiques et réglementaires.

## Éthique de la recherche

Comme dans d'autres formes de recherche, les considérations éthiques sont d'une importance vitale pour la RMO avec une perspective de genre intersectionnelle. Il est essentiel de respecter la dignité de tous les participants à la recherche et d'éviter de leur causer un préjudice physique, émotionnel ou psychologique tout au long du processus de recherche. Il est important de prendre des précautions supplémentaires pour minimiser les risques qui peuvent être associés au travail avec des populations vulnérables. Il est également essentiel d'être conscient des questions sensibles liées au contexte local, par exemple, et d'utiliser la langue de la communauté des participants et de respecter la façon dont la communauté s'identifie. Cela communique le respect de leur droit à l'autodétermination et le respect de leur vie (70). Les approches participatives peuvent s'avérer particulièrement utiles, car elles permettent aux personnes qui représentent la population concernée de travailler avec les chercheurs afin de garantir la pertinence linguistique et culturelle des documents écrits ou verbaux, les documents de consentement, par exemple. La recherche doit être abordée avec "humilité culturelle" dans les communautés où il existe une méfiance historique persistante à l'égard des chercheurs, comme c'est le cas dans de nombreuses communautés marginalisées, en raison de pratiques de recherche non éthiques (71).



### ACTIVITE DE REFLEXION

**Au sein de votre équipe de recherche, identifiez les questions éthiques spécifiques au contexte à prendre en compte dans votre projet de recherche et les stratégies que vous pouvez utiliser pour mener un projet de recherche respectueux de l'éthique.**

## Plan de diffusion

La communication des plans et des résultats de recherche fait partie des bonnes pratiques de recherche en RMO. La communication des résultats de la recherche vous rend responsable vis-à-vis des participants et du processus de recherche lui-même. La diffusion des résultats de la recherche - en particulier auprès des participants à la recherche - ne se contente pas de leur fournir des données, mais les sensibilise



également aux questions connexes et leur permet d'utiliser les résultats pour améliorer leurs pratiques en matière de santé (28).

Votre proposition doit inclure une section sur vos plans de diffusion, y compris où et à quels publics vous avez l'intention de diffuser les résultats de votre recherche. Dans la mesure du possible, vous devez chercher à communiquer les résultats et les conclusions de votre recherche à toutes les parties prenantes engagées dans l'effort de recherche, en utilisant les canaux les plus appropriés et pertinents.

The dissemination plan should include:

- a. Un objectif de communication, qui vise à promouvoir l'appropriation et l'engagement des principales parties prenantes dans la recherche et, en fin de compte, à aider à promouvoir et à faciliter l'intégration des résultats de la recherche dans les politiques, pratiques et programmes connexes.
- b. Vos publics primaires et secondaires.
- c. Des délais clairs pour la réalisation de votre diffusion.
- d. Les canaux/outils de diffusion que vous prévoyez d'utiliser (par exemple, des présentations éducatives ou informelles dans la communauté, des sessions d'information, des séances d'information sur les politiques, des conférences de presse, des diaporamas, etc.), une estimation du nombre de publications avec comité de lecture et autres publications prévues (y compris les noms des revues et des bulletins d'information, les documents imprimés, les notes de politiques, etc.) ainsi que le nombre et le nom des conférences scientifiques auxquelles l'équipe participera chaque année.

Au cours de l'élaboration de la proposition, il est également important d'envisager la manière dont le prisme du genre sera utilisé dans le rapport des résultats de l'étude. La première étape consiste à s'assurer de l'élaboration de rapports sensibles au genre, en tenant compte de la manière dont les hommes, les femmes et les personnes ayant une identité non binaire seront différemment affectés par les résultats. Lors de la rédaction d'un rapport sensible au genre, veillez à ne pas reproduire des stéréotypes sexistes potentiellement dangereux. Lors de la réalisation d'une analyse de genre, les pièges courants qui peuvent biaiser la recherche comprennent (1,72) :

- a. *La surgénéralisation* : Se produit lorsqu'un seul sexe est étudié mais que les données sont présentées comme si elles étaient d'application générale (plutôt que spécifique au sexe). La surgénéralisation peut être représentée dans le langage utilisé pour discuter des résultats, par exemple lorsque seuls les termes "il" ou "homme" sont utilisés alors que les deux sexes sont visés. Dans le cadre des rapports sur la santé, des termes génériques sont souvent utilisés pour désigner des groupes composés uniquement de femmes ou d'hommes, tels que les patients, les membres de la communauté, les agents de santé communautaires ou les parents isolés, ce qui masque toute différence liée au sexe qui pourrait exister. Les groupes doivent toujours être distingués par sexe ou identité de genre, même lorsqu'un seul sexe ou identité de genre est inclus dans l'échantillon.



- b. *Insensibilité au sexe et au genre*: Se produit lorsque le sexe et le genre ne sont pas abordés dans la recherche, bien qu'ils soient liés au contenu de la recherche.
- c. *Stéréotypes et/ou normes de genre nuisibles* : Peuvent être reproduits/perpétués.
- d. *Deux poids, deux mesures* : Se produisent lorsque des comportements, des traits de caractère ou des réactions similaires sont observés par les hommes et les femmes, mais sont rapportés différemment.

Les questions clés à prendre en compte lors de l'élaboration de rapports sensibles au rapports sont les suivantes :

- Les données sont-elles rapportées d'une manière sensible au genre (c'est-à-dire avez-vous évité les pièges courants) ?
- Si le résultat de la recherche comprend des recommandations politiques, les résultats ont-ils été considérés en relation avec l'égalité des chances des hommes, des femmes et des personnes ayant des identités non-binaires ?
- Des images de différentes identités de genre sont-elles projetées dans les rapports ou les publications ? Ces images reproduisent-elles des rôles de genre stéréotypés ou des stéréotypes et/ou normes de genre nuisibles ?
- Les conclusions reproduisent-elles des stéréotypes et/ou des normes de genre nuisibles ? Comment les personnes ayant des identités de genre différentes peuvent-elles utiliser les résultats de différentes manières ?
- Les résultats et les conclusions concernant le genre et le sexe sont-ils rapportés même si aucune différence n'a été constatée ?

## **Exécution d'un projet de RMO avec une optique intersectionnelle du genre**

L'exécution d'un projet de RMO implique la mise en œuvre et le suivi des activités de recherche proposées, ainsi que la mise à jour et la révision du plan du projet en fonction des nouvelles leçons et/ou conditions. Cette phase doit également inclure la clôture et l'évaluation du projet, ainsi que le rapport et la diffusion des processus et des résultats de la recherche. Cette section présente des activités importantes qui permettront à votre équipe de recherche de planifier et d'exécuter un projet de RMO dans une optique de genre intersectionnel.

Ces activités comprennent :

- i. Le processus de réflexivité.
- ii. Développement d'outils de collecte de données.
- iii. Test pilote des outils et des méthodes.
- iv. Mise en œuvre du projet.
- v. Bonnes pratiques de recherche.



## Planification de l'exécution du projet de RMO

### Processus de réflexivité par l'équipe de mise en œuvre

La composition de l'équipe de mise en œuvre et l'engagement significatif des parties prenantes/communauté sont tous deux essentiels pour éclairer la conception de votre projet et les activités de mise en œuvre. Les chercheurs doivent être conscients de leurs propres préjugés afin d'éviter tout préjugé social à l'encontre des participants à l'étude. Ainsi, avant de mettre en œuvre votre projet, utilisez les questions du tableau 11 pour guider votre équipe de recherche dans une réflexion critique sur vos propres préjugés et sur les dynamiques de pouvoir qui pourraient avoir un impact sur les activités du projet.

**Tableau 11 : Processus de réflexivité de l'équipe de recherche. (12).**

Questions pour l'équipe de recherche
1. Comment pouvons-nous nous assurer que nous ne renforçons pas les stéréotypes ou les préjugés existants ou que nous ne produisons pas de nouvelles inégalités (c'est-à-dire des inégalités évitables et injustes) pour certaines personnes et populations ?
2. Quelle est la meilleure façon pour les personnes ayant une expérience vécue, leurs familles et leurs communautés de s'impliquer pour s'assurer que les résultats de la recherche conduisent à une réduction des inégalités (c'est-à-dire des inégalités évitables entre et au sein des groupes de personnes) ?
3. De quelle manière pouvons-nous travailler ensemble pour faire en sorte que tous les membres de l'équipe de recherche (ainsi que toutes les personnes impliquées dans le projet de recherche) se sentent "à l'aise" ?
4. (a) Comment les personnes ayant une expérience vécue dans la zone du projet préfèrent-elles être impliquées dans la recherche et pourquoi ? (b) Quels types de défis devraient être relevés pour faciliter la participation des personnes vivant avec l'expérience - ainsi que de leurs familles et communautés - à la recherche ?
5. Comment s'assurer que les interactions interpersonnelles favorisent un sentiment d'appartenance pour TOUS les membres de l'équipe de recherche (ainsi que pour tous les participants à l'étude de recherche) ? Qu'est-ce qui me fait me sentir psychologiquement en sécurité ? Quels types d'interactions ne me font pas sentir en sécurité et doivent être évités ?

### Développement d'outils de collecte de données avec une optique de genre intersectionnelle

Collaborez avec les participants à la recherche lors de la conception des outils de recherche de votre étude. Il est important d'inclure certains participants à la recherche dans votre équipe de recherche. Cette approche participative permettra non seulement d'améliorer la pertinence et la sensibilité des questions de vos outils d'étude, mais aussi de minimiser les déséquilibres de pouvoir dans le processus de recherche, ainsi que le risque de perpétuer la stigmatisation et l'injustice sociale (22). Utilisez les cadres de genre comme base pour développer des questions avec une optique intersectionnelle de genre pour explorer comment les différentes variables sociales sous analyse se croisent avec les domaines de genre pertinents pour façonner les expériences des participants avec l'intervention de RMO. Utiliser les informations de





la matrice d'analyse intersectionnelle des genres pour concevoir les outils de collecte des données. Use the information from the intersectional gender analysis matrix to design the data collection tools.

Vous trouverez ci-dessous quelques conseils pour concevoir des questions pour les outils de collecte de données qui intègrent une optique de genre intersectionnelle. (73–75):

- Assurez-vous que les questions saisissent les détails des différentes variables sociales (par exemple, le sexe, l'identité de genre, le niveau d'éducation, l'ethnicité, etc.) afin que les données puissent être ventilées en fonction de votre étude.
- Considérez les domaines des relations de genre qui sont les plus pertinents dans le contexte de votre étude.
- Lors de l'élaboration des outils de collecte de données, tenez compte des différences entre les besoins des femmes, des hommes et des personnes non binaires et de la manière dont ces différences varient dans des situations spécifiques pertinentes pour votre étude.
- Commencez les questions en posant d'abord des questions sur une variable sociale (c'est-à-dire évitez de combiner deux variables dans une seule question). Par exemple, ne demandez pas : "Comment pensez-vous que votre âge ou votre identité de genre influence votre décision de rechercher des soins de santé ?" Commencez plutôt la question par : "Comment pensez-vous que votre identité de genre influence votre décision de rechercher des soins de santé ?". Les autres variables sociales qui se recoupent, telles que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, l'éducation, etc. peuvent être posées ultérieurement afin que toutes les variables - adaptées à votre étude - puissent être incluses.
- Les questions doivent permettre d'étudier les interactions entre les sexes. Par exemple, comment le fait d'être une femme et un migrant affecte-t-il l'accès aux soins de santé dans un contexte spécifique ?
- Les outils/méthodes de collecte de données doivent être sensibles à l'identité du participant. Par exemple, il faut être sensible aux différentes variables sociales des participants à l'étude et formuler les questions en accordant une attention particulière à leur formulation, en évitant les stéréotypes de genre, les idées fausses ou les termes stigmatisants.
- Incluez des questions ouvertes sur l'expérience des participants avec l'intervention.

### **Pré-test du processus de collecte des données**

Tous les instruments d'étude (quantitatifs et qualitatifs) doivent être pré-testés pour vérifier la validité et la fiabilité des outils de collecte de données. Le pré-test permet à l'équipe de recherche de vérifier si les instructions et les questions sont claires, adaptées au contexte, et si un temps suffisant a été prévu pour administrer le questionnaire, etc. Idéalement, le pré-test avec des personnes de la population concernée permet de s'assurer que les participants potentiels comprennent les questions et aide les équipes de recherche à concevoir des questions qui tiennent compte des besoins et des expériences des participants (76). Si cela n'est pas possible, le pré-test doit être effectué auprès d'une population et d'un environnement d'étude comparables.



Le fait de pré-tester la méthodologie de recherche auprès des participants et d'utiliser leurs commentaires peut rendre la conception de la recherche plus solide. Il permet d'identifier les sites de collecte de données idéaux, les périodes de collecte de données et toute autre exigence connexe qui pourrait avoir été négligée pendant la phase de planification, comme la rémunération des participants (70). La gestion des données étant essentielle au succès de la recherche, l'équipe de recherche doit être disponible lors des discussions qui suivent le pré-test, afin d'intégrer les changements dans la conception finale de l'outil et de faciliter l'incorporation des contrôles appropriés dans le système de saisie des données. Cette étape comprend la conception des formulaires d'enregistrement des mesures, le développement de programmes pour la saisie, la gestion et l'analyse des données, ainsi que la planification des tabulations fictives afin de garantir la collecte des variables appropriées.

### Mise en œuvre du plan de projet

La mise en œuvre de l'ensemble du projet de recherche implique à la fois la réalisation et le suivi des activités proposées, ainsi que la mise à jour et la révision du plan du projet en fonction des nouvelles leçons et/ou conditions. Vous devez savoir que les phases de planification et de démarrage d'un projet de RMO peuvent prendre un temps considérable, en particulier lorsque le projet a l'intention de garantir les aspects d'inclusion du genre. Vous devez en tenir compte lors de l'élaboration du calendrier de votre projet. Comme mentionné, votre équipe de mise en œuvre doit être interdisciplinaire par nature, avec une expertise en santé, en genre et en recherche sur l'intersectionnalité, et doit être consciente de ses propres préjugés. Utilisez des approches, méthodes et outils participatifs et soyez respectueux et redevable envers les participants à la recherche et la communauté dans son ensemble.

Considérez les conseils suivants pour intégrer une optique intersectionnelle du genre lors de la mise en œuvre de votre projet de RMO :

- Assurer une conception robuste de l'étude qui permet d'analyser pourquoi et comment les variables sociales pertinentes se croisent pour influencer la mise en œuvre.
- Déterminer quelles variables sociales croisées sont les plus pertinentes pour le contexte de mise en œuvre et pourquoi.
- Mener les activités à des moments et dans des espaces où les répondants sont susceptibles d'être disponibles et libres d'interagir avec l'équipe du projet.
- Provide the research team with adequate capacities, expertise and resources on approaches to enable them to conduct intersectional gender analysis.
- Utilisez des formats facilement accessibles aux participants (par exemple, réunions, enquêtes sur papier, en ligne, appels téléphoniques).
- Explorer comment les participants à l'étude, avec différentes variables sociales, sont affectés par le problème de RMO en question.
- Fournir à l'équipe de recherche les capacités, l'expertise et les ressources adéquates sur les approches leur permettant de conduire une analyse intersectorielle du genre.



## Suivi du projet

L'objectif principal du suivi est d'évaluer si la mise en œuvre du projet est alignée sur les objectifs et le plan du projet de RMO.

Les équipes RMO doivent effectuer un suivi continu, dans le but d'améliorer les processus de mise en œuvre du projet. Utilisez vos indicateurs de base pour surveiller à la fois le processus et l'avancement des activités du projet. Demandez un retour d'information et ajustez-le en conséquence. Évaluez les indicateurs pour différents groupes de personnes dans chaque zone de projet, par exemple :

- Obtenez le retour des membres de l'équipe et des participants au projet pour savoir si le projet répond à leurs besoins et demandez-leur leurs suggestions d'amélioration.
- Si toutes les parties prenantes du projet ne sont pas en mesure de participer, déterminez les raisons de ce refus. Par exemple, dans certains contextes, les femmes n'ont peut-être pas pu participer parce qu'elles avaient besoin de la permission de leur conjoint.
- Ajustez votre plan de recherche si nécessaire pour vous permettre d'atteindre les objectifs du projet de RMO.

## Diffusion et mise en œuvre des résultats de la recherche

La communication doit être une composante permanente et continue du processus global du projet de RMO, depuis les étapes initiales de planification, tout au long de la mise en œuvre et pendant l'évaluation finale. L'implication précoce des parties prenantes dans le processus de développement renforce l'appropriation du projet, stimule l'engagement dans le processus et favorise l'assimilation finale des résultats et des conclusions de la recherche. La transparence, l'ouverture et l'engagement des membres de l'équipe de RMO, ainsi que des parties prenantes et des participants au projet sont des éléments essentiels. La recherche de mise en œuvre est différente des autres formes de recherche car l'étude de RMO peut être ajustée en fonction des goulots d'étranglement identifiés au cours des phases du cycle de RMO. Au fur et à mesure que de nouvelles connaissances et données sont générées par votre étude, il est important de les partager avec les parties prenantes et les principaux utilisateurs finaux au cours de sessions de collaboration interactives. Cette approche intégrée de l'application des connaissances n'aidera pas seulement les chercheurs à devenir plus actifs et plus conscients du contexte, mais créera également une probabilité beaucoup plus élevée que les résultats de la recherche soient reconnus, augmentés et utilisés par les parties prenantes et les utilisateurs finaux. Les activités d'application des connaissances à la fin de l'étude sont généralement menées à la fin de l'étude et sont axées sur l'application des connaissances à des supports d'information plus conventionnels et sur la diffusion de ceux-ci à une audience généralement plus large et sur une plus longue période. Les informations doivent être accessibles, simples à comprendre et claires, et communiquées à grande échelle de manière efficace grâce à l'utilisation d'un langage, de formats et de technologies appropriés. Concentrez-vous sur les besoins du public cible, notamment la communauté scientifique, les organisations non gouvernementales, les décideurs politiques, le personnel technique et les prestataires de services, les



participants et les bénéficiaires de l'étude. Lors de la diffusion, tenez compte des points suivants dans une optique intersectionnel de genre :

1. Toutes les formes de communication doivent éviter de renforcer les stéréotypes de genre ainsi que les normes, rôles et relations de genre nuisibles.
2. Présenter des résultats pertinents pour les participants à l'étude et, ce faisant, souligner comment l'intersection des variables sociales influence l'expérience d'un individu au niveau du ménage, de la communauté et du système de santé.
3. Présenter des résultats désagrégés, en garantissant la confidentialité et l'anonymat des participants.
4. Utiliser un langage inclusif, sans préjugés, qui tienne compte de l'environnement géographique et du contexte culturel local.
5. Les images et le type de médias utilisés pour communiquer les messages sanitaires peuvent et doivent être utilisés pour remettre en question les stéréotypes sexistes qui peuvent nuire à la santé. Évitez d'utiliser des images représentant des stéréotypes ou favorisant la stigmatisation.
6. Mettre en évidence les différentes expériences individuelles en relation avec la dynamique du pouvoir entre les sexes et aux différents niveaux du système de santé, au niveau des ménages, des communautés et des institutions.
7. Au cours du processus d'élaboration des politiques, les informations doivent être présentées de manière à ce que les décideurs comprennent l'impact des informations sur les différentes populations et leur lien avec les inégalités en matière de santé. Par exemple, il convient de mettre en évidence les différences entre les populations vulnérables et non vulnérables, ainsi que la manière dont les informations influent sur leur accès aux interventions sanitaires et les différences de résultats en matière de santé.

### **Évaluation et clôture d'un projet de recherche**

À la clôture du projet, votre équipe de projet doit réfléchir et discuter des succès, des échecs et des leçons apprises, et replanifier en conséquence.

Voici quelques questions contemplatives sur les leçons apprises :

- a. Le temps alloué pour réaliser les différentes activités du projet de RMO était-il suffisant/adéquat ?
- b. Le projet a-t-il atteint les résultats souhaités, prévus et/ou inattendus ?
- c. Quelle différence le projet a-t-il fait pour les participants et leurs communautés ?
- d. Le projet a-t-il changé ou renforcé des résultats/attributs spécifiques au genre ?
- e. Qu'est-ce qui pourrait être conçu différemment dans un futur projet de RMO pour améliorer l'inclusion d'une optique intersectionnelle du genre ?



## Bonnes pratiques dans les projets de RMO avec une perspective intersectionnelle du genre

Les bonnes pratiques de recherche doivent être intégrées tout au long du processus afin de garantir des données crédibles et opportunes (6).

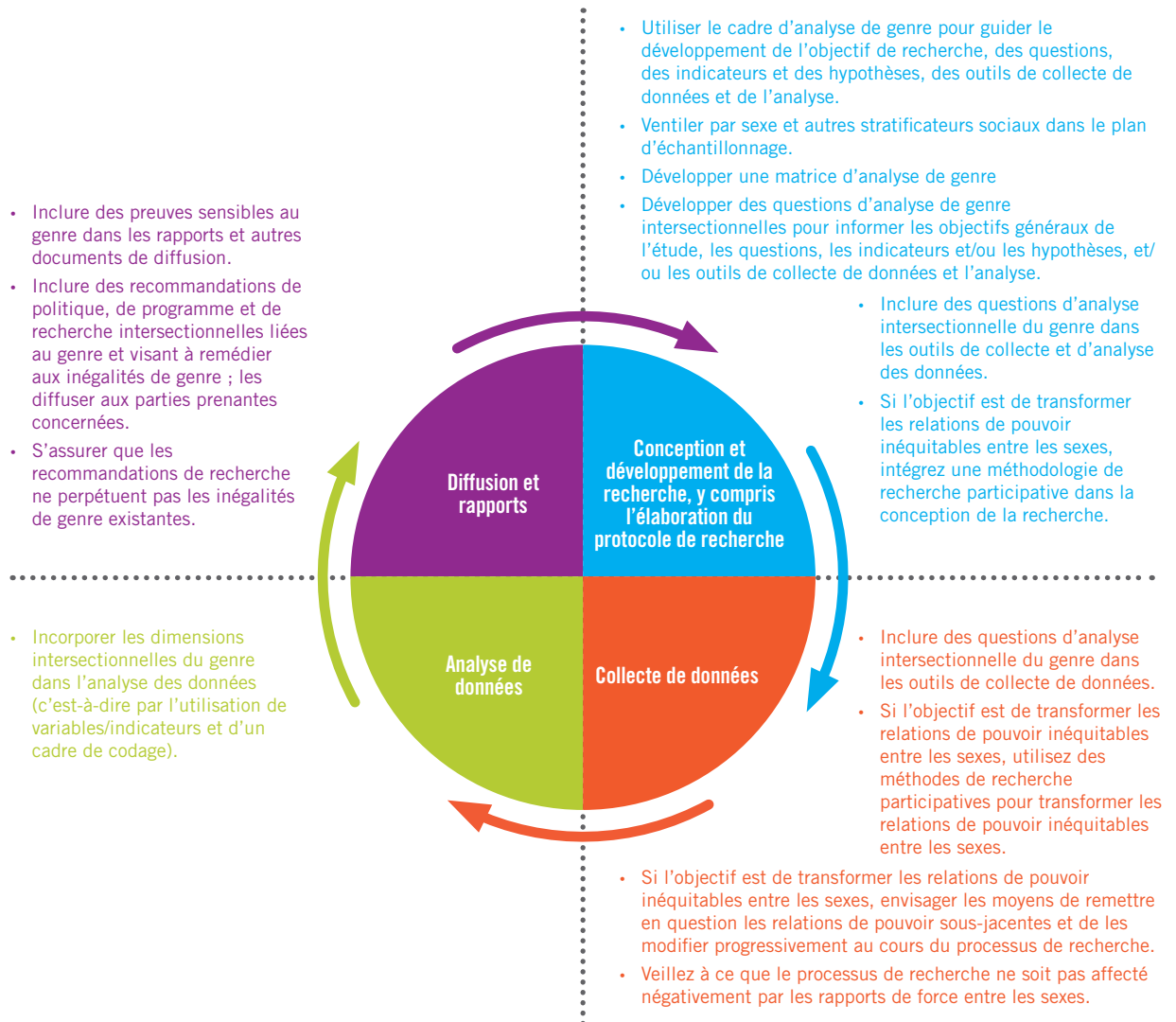
Considérez certaines des bonnes pratiques de recherche ci-dessous pour intégrer une optique intersectionnelle du genre dans votre projet de RMO.

- a. *Désagréger les données* à différents niveaux du cycle de recherche (par exemple, la collecte, l'analyse, la mise en œuvre et la diffusion des données).
- b. *Promouvoir l'inclusion* et la diversité en accordant une attention particulière à l'inclusion des voix des groupes marginalisés.
- c. *Analysez les hiérarchies* de pouvoir afin de remédier aux inégalités de pouvoir entre les chercheurs et les participants, ainsi qu'entre les participants.
- d. *Utilisez les taxonomies locales* que les diverses communautés utilisent pour s'identifier.
- e. *Utiliser la langue de la communauté* des participants pour transmettre le respect de leur droit à l'autodétermination et respecter leur vie (70).
- f. *Renforcer les capacités des équipes* de projet et des communautés dans les domaines de l'analyse intersectionnelle du genre.

La figure 10 résume les diverses activités visant à intégrer une optique intersectionnelle de genre dans les différentes phases de RMO.



Figure 10. Résumé des activités d'analyse intersectionnelle du genre dans la recherche. Extrait de (1).



L'intégration d'une analyse intersectionnelle du genre dans le cadre de la RMO aidera les chercheurs à comprendre le contexte et la manière dont le genre, le pouvoir et d'autres stratificateurs sociaux façonnent les capacités systémiques, individuelles et/ou familiales à accéder aux interventions et à les utiliser.





## Références

1. Incorporating intersectional gender analysis into research on infectious diseases of poverty [website]. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 2020 (<https://tdr-intersectional-gender-toolkit.org/cover/0001.html>, accessed 3 April 2022).
2. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*. 2012;74(11):1675–83.
3. Gender and health [website]. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1), accessed 3 April 2022).
4. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach (Participant's notes). Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>, accessed 3 April 2022).
5. Tannenbaum C, Greaves L, Graham ID. Why sex and gender matter in implementation research. *BMC Medical Research Methodology*. 2016;16(1):1–9 (<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-016-0247-7>, accessed 3 April 2022).
6. Hankivsky O. Intersectionality 101. Burnaby: The Institute for Intersectionality Research & Policy; 2014 ([https://www.researchgate.net/publication/279293665\\_Intersectionality\\_101](https://www.researchgate.net/publication/279293665_Intersectionality_101), accessed 3 April 2022).
7. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality-an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*. 2012;102(7):1267–73.
8. TDR Implementation research toolkit. Geneva: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 2020 (<https://adphealth.org/irtoolkit/>, accessed 3 April 2022).
9. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach (Facilitators' guide). Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>, accessed 3 April 2022).
10. Oshi DC, Oshi SN, Alobu IN, Ukwaja KN. Gender-related factors influencing women's health seeking for tuberculosis care in Ebonyi State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*. 2016;48(1):37–50 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26627885/>, accessed 3 April 2022).
11. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*; 1989 (<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>, accessed 3 April 2022).
12. Shimmin C, Wittmeier KDM, Lavoie JG, Wicklund ED, Sibley KM. Moving towards a more inclusive patient and public involvement in health research paradigm: The incorporation of a trauma-informed intersectional analysis. *BMC Health Services Research*. 2017;17(539) (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2463-1>, accessed 3 April 2022).



13. Larson E, George A, Morgan R, Poteat T. 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*. 2016;31(8):964–9 (<https://academic.oup.com/heapol/article/31/8/964/2198131>, accessed 3 April 2022).
14. Hankivsky O. Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science and Medicine*. 2012;74(11):1712–20.
15. Simpson J. Everyone belongs: A toolkit for applying intersectionality. Ottawa: Canadian Research Institute for the Advancement of Women; 2009 ([http://also-chicago.org/also\\_site/wp-content/uploads/2017/03/Everyone\\_Belongs-A-toolkit-for-applying-intersectionality.pdf](http://also-chicago.org/also_site/wp-content/uploads/2017/03/Everyone_Belongs-A-toolkit-for-applying-intersectionality.pdf), accessed 3 April 2022).
16. Morgan R, George A, Ssali S, Hawkins K, Molyneux S, Theobald S. How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*. 2016;31(8):1069–78 (<https://academic.oup.com/heapol/article/31/8/1069/2198200>, accessed 3 April 2022).
17. Gender analysis toolkit for health systems [website]. Baltimore: JHPIEGO; 2016 (<https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/>, accessed 3 April 2022).
18. Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programme: an analytical framework. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2011 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207693/9789290615323\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207693/9789290615323_eng.pdf), accessed 3 April 2022).
19. Lucas H, Zwarenstein M. A practical guide to implementation research on health systems. Brighton: Institute of Development Studies; 2016 (<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14383>, accessed 3 April 2022).
20. Kabia E, Mbau R, Muraya KW, Morgan R, Molyneux S, Barasa E. How do gender and disability influence the ability of the poor to benefit from pro-poor health financing policies in Kenya? An intersectional analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2018;17(1):1–12. doi:10.1186/s12939-018-0853-6.
21. Day S, Mason R, Tannenbaum C, Rochon PA. Essential metrics for assessing sex & gender integration in health research proposals involving human participants. *PLoS ONE*. 2017;12(8):e0182812. doi:10.1371/journal.pone.0182812.
22. Abrams JA, Tabaac A, Jung S, Else-Quest NM. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Social Science and Medicine*. 2020;258.
23. Ross LE. An account from the inside: Examining the emotional impact of qualitative research through the lens of “insider” research. *Qualitative Psychology*. 2017;4(3):326–37.
24. Deverka PA, Lavalley DC, Desai PJ, Esmail LC, Ramsey SD, Veenstra DL, et al. Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement. *Journal of comparative effectiveness research*. 2012;1(2):181 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371639/>, accessed 3 April 2022).





25. Boaz A, Hanney S, Borst R, O'Shea A, Kok M. How to engage stakeholders in research: design principles to support improvement. *Health Research Policy and Systems*. 2018;16(1):1–9 (<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0337-6>, accessed 3 April 2022).
26. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One*. 2015;10(10):e0141091 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619861/>, accessed 3 April 2022).
27. Glandon D, Paina L, Alonge O, Peters DH, Bennett S. 10 Best resources for community engagement in implementation research. *Health Policy and Planning*. 2017;32(10):1457–65 (<https://academic.oup.com/heapol/article/32/10/1457/4582360>, accessed 3 April 2022).
28. Ahmad MS, Abu Talib NB. Empowering local communities: decentralization, empowerment and community driven development. *Quality and Quantity*. 2015;49(2):827–38.
29. Hailemariam M, Felton JW, Key K, Greer DO, Jefferson BL, Muhammad J, et al. Intersectionality, special populations, needs and suggestions: The Flint Women's study. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(1):1–12. doi:10.1186/s12939-020-1133-9.
30. Dean L, Ozano K, Adekeye O, Dixon R, Fung EG, Gyapong M, et al. Neglected tropical diseases as a “litmus test” for universal health coverage? understanding who is left behind and why in mass drug administration: Lessons from four country contexts. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2019;13(11):e0007847. doi:10.1371/journal.pntd.0007847.
31. Durey A, McEvoy S, Swift-Otero V, Taylor K, Katzenellenbogen J, Bessarab D. Improving healthcare for Aboriginal Australians through effective engagement between community and health services. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):1–13 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1497-0>, accessed 3 April 2022).
32. De Weger E, Van Vooren N, Luijkx KG et al. Achieving successful community engagement: a rapid realist review. *BMC Health Service Research*. 2018;18:285 (2018). doi:10.1186/s12913-018-3090-1.
33. Hyder A, Syed S, Puvanachandra P, Bloom G, Sundaram S, Mahmood S et al. Stakeholder analysis for health research: case studies from low- and middle-income countries. *Public Health*. 2010;124(3):159–66. doi:10.1016/j.puhe.2009.12.006.
34. Choo HY, Ferree MM. Practicing intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities. *Sociological Theory*. 2010;28(2):129–49. doi:10.1111/j.1467-9558.2010.01370.x.
35. Warner LR. A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles*. 2008;59:454–63 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-008-9504-5>, accessed 3 April 2022).



36. van Olmen J, Marchal B, van Damme W, Kegels G, Hill PS. Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. *BMC Public Health*. 2012;12:774 (<https://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/774>, accessed 3 April 2022).
37. Sacks E, Morrow M, Story WT, Shelley KD, Shanklin D, Rahimtoola M, et al. Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all Analysis. *BMJ Global Health*. 2019;3:1384 ([https://gh.bmj.com/content/3/Suppl\\_3/e001384](https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e001384), accessed 3 April 2022).
38. Nowatzki N, Grant KR. Sex is not enough: The need for gender-based analysis in health research. *Health Care for Women International*. 2011;32(4):263-77.
39. Östlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*. 2006;21(suppl\_1):25-35 ([https://academic.oup.com/heapro/article/21/suppl\\_1/25/766144](https://academic.oup.com/heapro/article/21/suppl_1/25/766144), accessed 3 April 2022).
40. McLemore MR, Choo EK, Shutterstock K. The right decisions need the right voices. *The Lancet*. 2019;394:1133. doi:10.1080/135578.
41. McLemore MR, Altman MR, Cooper N, Williams S, Rand L, Franck L. Health care experiences of pregnant, birthing and postnatal women of color at risk for preterm birth. *Social Science & Medicine*. 2018;201:127-135. doi:10.1016/j.socscimed.2018.02.013.
42. Morgan R, Tetui M, Kananura RM, Ekirapa-Kiracho E, George AS. Gender dynamics affecting maternal health and health care access and use in Uganda. *Health Policy and Planning*. 2017;32:v13-21 ([https://academic.oup.com/heapol/article/32/suppl\\_5/v13/4718137](https://academic.oup.com/heapol/article/32/suppl_5/v13/4718137), accessed 3 April 2022).
43. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/91758>, accessed 3 April 2022).
44. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2010;38(2):65-76 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-010-0319-7>, accessed 3 April 2022).
45. O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: Using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology*;67(1):56-64 (<https://www.jclinepi.com/article/S089543561300334X/fulltext>, accessed 3 April 2022).
46. Mena E, Bolte G. Intersectionality-based quantitative health research and sex/gender sensitivity: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18:199. doi:10.1186/s12939-019-1098-8.
47. Morris M, Bunjun B. Using intersectional feminist frameworks in research: A resource for embracing the complexities of women's lives. Ottawa: Canadian Research Institute for



- Advancement of Women; 2007 ([https://www.researchgate.net/publication/302283410\\_Using\\_Intersectional\\_Feminist\\_Frameworks\\_in\\_Research\\_A\\_resource\\_for\\_embracing\\_the\\_complexities\\_of\\_women's\\_lives](https://www.researchgate.net/publication/302283410_Using_Intersectional_Feminist_Frameworks_in_Research_A_resource_for_embracing_the_complexities_of_women's_lives), accessed 3 April 2022).
48. Jayakumar B, Murthy N, Misra K, Burza S. “It’s just a fever”: Gender based barriers to care-seeking for visceral leishmaniasis in highly endemic districts of India: A qualitative study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2019;13(6):e0007457. doi:10.1371/journal.pntd.0007457.
  49. Zhang T, Shi W, Huang Z, Gao D, Guo Z, Chongsuvivatwong V. Gender and ethnic health disparities among the elderly in rural Guangxi, China: estimating quality-adjusted life expectancy. *Global Health Action*. 2016;9(1) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5097153/>, accessed 3 April 2022).
  50. Akhtar I. Research Design. In: *Research in Social Science: Interdisciplinary Perspectives*. Kanpur: Social Research Foundation; 2016 ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2862445](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2862445), accessed 3 April 2022).
  51. A manual for integrating gender into reproductive health and HIV programs: From commitment to action (2nd edition). Washington DC: Population Reference Bureau; 2009 (<https://www.prb.org/resources/a-manual-for-integrating-gender-into-reproductive-health-and-hiv-programs-from-commitment-to-action/>, accessed 3 April 2022).
  52. Greaves L, Pederson A, Poole N (Eds). *Making it better: Gender transformative health promotion*. Toronto: Canadian Scholars’ Press – Women’s Press; 2014.
  53. Bauer G, Bowleg L, Rouhani S, Scheim A, Blot S. *Harnessing the power of intersectionality: Guidelines for quantitative intersectional health inequities research*. London: Canada; 2014 ([https://www.researchgate.net/publication/343140477\\_Harnessing\\_the\\_Power\\_of\\_Intersectionality\\_Guidelines\\_for\\_Quantitative\\_Intersectional\\_Health\\_Inequities\\_Research](https://www.researchgate.net/publication/343140477_Harnessing_the_Power_of_Intersectionality_Guidelines_for_Quantitative_Intersectional_Health_Inequities_Research), accessed 3 April 2022).
  54. Lewin K. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*. 1946; 2(4):34–46 (<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>, accessed 3 April 2022).
  55. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*. 2008:325–50 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18173388/>, accessed 3 April 2022).
  56. Loewenson R, Laurell AC, D’ambrosio L, Shroff Z. *Participatory action research in health systems: A methods reader*. Harare: Training and Research Support Centre Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa; 2014 ([https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR\\_Methods\\_Reader2014\\_for\\_web.pdf](https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf), accessed 3 April 2022).
  57. Weber AM, Cislighi B, Meausoone V, Abdalla S, Mejía-Guevara I, Loftus P, et al. Gender norms and health: insights from global survey data. *The Lancet*. 2019;393(10189):2455–68 (<https://www.thelancet.com/article/S0140673619307652/fulltext>, accessed 3 April 2022).



58. Cole ER. Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*. 2009;64(3): 170–80.
59. Mosavel M, Ahmed R, Simon C. Perceptions of gender-based violence among South African youth: Implications for health promotion interventions. *Health Promotion International*. 2012;27(3):323–30 (<https://academic.oup.com/heapro/article/27/3/323/750755>, accessed 3 April 2022).
60. Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to recruiting “hard-to-reach” populations into research: A review of the literature. *Health Promotion Perspective*. 2011;1(2):86–94 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24688904/>, accessed 3 April 2022).
61. Ott MA, Campbell J, Imburgia TM, Yang Z, Tu W, Auerswald CL. Community engagement and venue-based sampling in adolescent male sexually transmitted infection prevention research. *Journal of Adolescent Health*. 2018;62(3):S58–64.
62. Taherdoost H. Sampling methods in research methodology; How to choose a sampling technique for research. *International Journal of Academic Research in Management*. 2016;5(2):18–27 ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3205035](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3205035), accessed 3 April 2022).
63. Whitehead D, Lopez V. Sampling data and data collection in qualitative research. In: Schneider Z, Whitehead D, LoBiondo-Wood G, Haber J, editors. *Nursing & midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based practice* (4th edition). Sydney: Elsevier – Mosby; 2013 ([https://www.academia.edu/25502575/Lopez\\_V\\_and\\_Whitehead\\_D\\_2013\\_Sampling\\_data\\_and\\_data\\_collection\\_in\\_qualitative\\_research\\_In\\_Nursing\\_and\\_Midwifery\\_Research\\_Methods\\_and\\_Appraisal\\_for\\_Evidence\\_Based\\_Practice\\_4th\\_edn\\_Schneider\\_Z\\_Whitehead\\_D\\_LoBiondo\\_Wood\\_G\\_and\\_Haber\\_J\\_Elsevier\\_Mosby\\_Marrickville\\_Sydney\\_pp\\_123\\_140](https://www.academia.edu/25502575/Lopez_V_and_Whitehead_D_2013_Sampling_data_and_data_collection_in_qualitative_research_In_Nursing_and_Midwifery_Research_Methods_and_Appraisal_for_Evidence_Based_Practice_4th_edn_Schneider_Z_Whitehead_D_LoBiondo_Wood_G_and_Haber_J_Elsevier_Mosby_Marrickville_Sydney_pp_123_140), accessed 3 April 2022).
64. Hunting G. *Intersectionality-informed qualitative research: A primer*. Burnaby: The Institute for Intersectionality Research & Policy; 2014 (<https://studylib.net/doc/10714283/intersectionality-informed-qualitative-research--a-primer>, accessed 3 April 2022).
65. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research. *International Journal for Equity in Health* 2010;9(1):1–15 (<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-9-5>, accessed 3 April 2022).
66. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101.
67. Olanrewaju FO, Ajayi A, Loromeke E, Olanrewaju A, Allo T, Nwannebuife O, et al. Masculinity and men’s health-seeking behaviour in Nigerian academia. *Cogent Social Sciences*. 2018;26(1):1682111 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311886.2019.1682111>, accessed 3 April 2022).
68. Fehrenbacher AE, Patel DR. Translating the theory of intersectionality into quantitative and mixed methods for empirical gender transformative research on health. *Culture, Health & Sexuality*. 2019;22:145–160. doi:10.1080/13691058.2019.1671494.



69. Jasmine A. Abrams, Ariella Tabaac, Sarah Jung, Nicole M. Else-Quest. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Social Science & Medicine*. 2020; 258:113138. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113138.
70. Henrickson M, Giwa S, Hafford-Letchfield T, Cocker C, Mulé NJ, Schaub J, et al. Research ethics with gender and sexually diverse persons. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17:1–13. doi:10.3390/ijerph17186615.
71. Freimuth VS, Quinn SC, Thomas SB, Cole G, Zook E, Duncan T. African Americans' views on research and the Tuskegee syphilis study. *Social Science and Medicine*. 2001;52(5):797–808.
72. Nieuwenhoven L, Klinge I. Scientific excellence in applying sex-and gender-sensitive methods in biomedical and health research. *Journal of Women's Health*. 2010;19(2):313–21. doi:10.1089/jwh.2008.1156.
73. Trbovc JM, Hofman A. Toolkit for integrating gender-sensitive approach into research and teaching. Trento: GARCIA Project; 2015 ([https://eige.europa.eu/sites/default/files/garcia\\_toolkit\\_gender\\_research\\_teaching.pdf](https://eige.europa.eu/sites/default/files/garcia_toolkit_gender_research_teaching.pdf), accessed 3 April 2022).
74. Windsong EA. Incorporating intersectionality into research design: An example using qualitative interviews. *International Journal of Social Research Methodology*. 2018;21(2):135–47 (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2016.1268361>, accessed 3 April 2022).
75. Intersectional approaches to equality research and data. York: Advance HE; 2017 (<https://www.advance-he.ac.uk/knowledge-hub/intersectional-approaches-equality-research-and-data>, accessed 3 April 2022).
76. Padgett DK. *Qualitative methods in social work research* (second edition). Thousand Oaks: SAGE Publications Inc; 2008 (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-methods-in-social-work-research/book239301>, accessed 3 April 2022).



# BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE



Études de cas pour la recherche de mise en œuvre

Compiled by Ayat Abu Agla et Robinah Najjemba

INTRODUCTION A LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE	309
COMPRENDRE LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE	313
DÉVELOPPER UNE PROPOSITION DE RECHERCHE POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE	317
MÉTHODES DE RECHERCHE ET GESTION DES DONNÉES	322
PLANIFICATION ET CONDUITE DE LA RMO	327
COMMUNICATION ET PLAIDOYER POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE	333
INTÉGRER LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ	339



## INTRODUCTION A LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

### Étude de cas 1

### Identification des obstacles liés à l'accessibilité aux services de prise en charge communautaire intégrée des cas

**Contexte :** La prise en charge communautaire intégrée (PECi) est une stratégie axée sur l'équité adoptée par l'OMS / UNICEF pour améliorer l'accessibilité aux services de traitement essentiel pour les enfants. En 2010, le gouvernement d'Éthiopie a utilisé son programme d'agents de vulgarisation sanitaire (AVS) pour étendre la stratégie de lutte contre les maladies infantiles à l'ensemble du pays. Cependant, après deux ans, l'utilisation des AVS est restée faible malgré la présence d'une stratégie de mise en place des services axée sur la minimisation de plusieurs obstacles habituels liés au coût, à la distance et à la qualité des services. Par exemple, les agents de vulgarisation sanitaire ont été formés, les agents de santé communautaires bénévoles ont été déployés dans les villages, et les enfants de moins de cinq ans ont reçu des soins de santé gratuits. En outre, les activités de mobilisation communautaire et d'éducation des AVS faisaient partie d'initiatives nationales existantes en matière de santé infantile visant à promouvoir l'engagement communautaire et la viabilité du programme. Des recherches ont été entreprises pour élucider les perceptions et les expériences des soignants et pour mieux comprendre l'utilisation apparemment faible des services de la PECi. Les paramètres utilisés pour définir l'accessibilité étaient la disponibilité des prestataires qualifiés de soins de santé, la disponibilité des produits de santé dans les centres de santé, l'accessibilité géographique ; l'abordabilité économique des services, et l'acceptabilité des prestataires et des services.

Des évaluations ethnographiques rapides ont été menées sur huit zones d'influence de centres sanitaires ruraux dans la région de Jimma & West Hararghe, à l'aide de groupes de discussion et d'entretiens approfondis. Les groupes de discussion se sont concentrés sur les normes sociales de la sollicitation de soins et sur les perceptions de la communauté concernant les services médicaux d'urgence et les services de la PECi. Les entretiens approfondis se sont concentrés sur les expériences de soins des soignants au cours de la maladie la plus récente d'un enfant, y compris les perceptions relatives aux obstacles ou éléments facilitants, aux AVS fournissant les services de PECi aux centres de santé. Les participants à l'étude étaient des mères, des pères, des AVS, et des agents de santé communautaires.

**Résultats :** Les AVS étaient fréquemment absents. Bien que les services soient gratuits, de nombreux soignants ne pouvaient pas accéder aux services en raison des coûts sociaux et de transport associés. Les longues distances jusqu'aux centres de santé, les terrains accidentés et les transports inadéquats rendaient les centres de santé souvent inaccessibles. Le manque d'appropriation de l'initiative au sein des centres de santé à cause d'agents AVS indifférents, le manque de confiance dans la qualité des soins fournis et le manque de pouvoir décisionnel du soignant concernant les choix de soins pour leur enfant ont également été cités comme facteurs prohibitifs. De plus, les soignants avaient une connaissance limitée des maladies de l'enfant et des services fournis dans les centres de santé.



### Étude de cas 1

### Identification des obstacles liés à l'accessibilité aux services de prise en charge communautaire intégrée des cas

**Conclusions :** En dépit de politiques de santé encourageantes et favorables, l'utilisation des services de la PECi était sous-optimale en raison de problèmes au niveau du personnel et systémique.

**Enseignements :** Des approches novatrices sont nécessaires pour relever les défis identifiés, pour réduire les obstacles et promouvoir l'utilisation des services de PECi pour tous les soignants et les enfants qui en ont besoin.

Source : 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 ; Nov 24:czv115.

### Étude de cas 2

### Caractéristiques clé de la recherche de mise en œuvre

**Contexte :** Comparée à d'autres domaines de recherche, la recherche sur la mise en œuvre (RMO) est axée sur la demande et les questions de recherche sont basées sur les besoins identifiés par les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé. Elle est spécifique au contexte et tient compte des influences culturelles et communautaires. De plus, bien que la RMO soit dynamique et adaptative, elle se déroule dans des environnements réels et il n'y a aucune tentative d'influencer le cadre dans lequel l'intervention se déroule. Il y a un dialogue avec les parties prenantes concernées, y compris les bénéficiaires. Étant donné que la RMO s'intéresse particulièrement aux utilisateurs de la recherche et pas seulement à la production de connaissances, elle vise à promouvoir l'adoption des résultats de la recherche dans les pratiques de routine. Le processus d'application des connaissances est favorisé par la participation active des acteurs concernés dans l'identification, la conception et l'exécution de la recherche et ne doit pas être utilisé uniquement comme moyen de diffusion des résultats de l'étude.

**Exemple d'un projet de RMO :** Pour documenter un traitement médicamenteux de masse (TMM) contre la filariose lymphatique dans deux districts indonésiens, un outil de sondage micro-narratif a été développé pour capturer les expériences des membres de la communauté sur le traitement de masse et pour identifier les environnements sociaux où l'administration des médicaments et l'observance se produisaient au mieux. L'objectif du projet était d'améliorer la couverture et l'observance du TMM pour l'élimination de la filariose lymphatique dans deux districts dits de « finalisation ». Il s'agissait d'une étude en trois phases comprenant une enquête de référence, une mise en œuvre des recommandations identifiées et une enquête finale. L'approche systématique a débuté avec la collaboration de l'équipe de recherche multidisciplinaire avec les parties prenantes et les responsables de la mise en œuvre du programme afin d'identifier les obstacles liés à la distribution du TMM. Les parties prenantes concernées ont été impliquées dans la sélection des sites d'étude, le développement de l'outil d'enquête, l'analyse des enquêtes de référence et finale, la diffusion des résultats de recherche et des recommandations qui en découlaient, la diffusion des résultats de recherche et l'identification des actions pour améliorer l'administration et l'accessibilité.



## Étude de cas 2 | Caractéristiques clé de la recherche de mise en œuvre

Les obstacles à une couverture efficace du TMM qui ont été identifiés étaient les suivants : les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans manquaient d'informations appropriées sur le programme ; des idées fausses sur la sécurité des médicaments étaient courantes ; les critères d'inadmissibilité n'étaient pas clairs ; et il y avait un nombre de points de distribution limités. Les résultats ont été discutés avec les parties prenantes concernées puis des recommandations et des interventions réalisables ont été exécutées en utilisant les structures existantes du système de santé. Les interventions recommandées ont été mises en œuvre dans le contexte sociodémographique local. Par exemple, les médias sociaux et les SMS ont été utilisés pour atteindre les jeunes, un message spécifique a été développé pour les personnes « systématiquement non-observantes », et des organigrammes ont été produits pour guider les distributeurs de médicaments. Les critères de non-éligibilité ont été adaptés au contexte local. Des messages spécifiques portant sur la sécurité des médicaments, les procédures de prise de médicaments, les informations sur la non-éligibilité, les avantages de l'observance pour tous et où s'adresser pour obtenir de l'aide, ont été soigneusement décrits sur l'emballage des médicaments. Les deux districts qui étaient responsables de la mise en œuvre des recommandations identifiées et de l'enquête finale ont montré une amélioration de la couverture du TMM.

**Conclusion :** La recherche menée était axée sur la demande et les conclusions ont été utilisées par les services de santé locaux pour améliorer la mise en place et l'accessibilité aux services de TMM. De plus, la recherche n'a pas influencé les services de santé de routine. La participation active a renforcé l'appropriation des parties prenantes et leur a permis de mobiliser des ressources locales et des réseaux pertinents pour promouvoir l'adoption de médicaments et améliorer l'observance.

**Enseignements :** Le profil de l'équipe de recherche doit refléter les compétences requises pour relever un problème de mise en œuvre et l'équipe doit engager activement les parties prenantes pertinentes pour mieux comprendre le contexte dans lequel l'intervention se produit.

Source : 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. doi :10.1371/journal.pntd.0005027.



### Étude de cas 3

## Pérenniser la PTME dans des conditions réelles : Enjeux du suivi continu de la santé de la mère et du nourrisson (Mother Infant Retention for Health- MIR4Health)

**Contexte :** Bien que les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aient augmenté en Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie, avec le dépistage du VIH et le traitement antirétroviral allant en s'améliorant, le maintien à long terme des soins de PTME reste un défi. Le Kenya, un des pays de la région confrontés à cet obstacle, s'est engagé à éliminer les nouvelles infections pédiatriques au VIH. En 2014, le pays avait une prévalence nationale du VIH de 5,6%, ce qui inclut environ 75 000 femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes chaque année.

Bien que le test du VIH pendant la grossesse soit effectué à plus de 90%, seulement 64% des nourrissons exposés au VIH ont reçu un traitement ART pour la PTME. Pour augmenter la proportion de nourrissons protégés contre l'exposition au VIH, il faut faire face aux obstacles qui empêchent les femmes pendant leur grossesse puis avec leurs nourrissons d'être identifiées puis connectées et référées aux services de soins et suivies par ceux-ci.

Cette étude (MIR4Health) a été financée par le *National Institutes of Health* (NIH) des États-Unis et le plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR) et l'*Implementation Science Alliance*. Une intervention combinée a été conçue pour réduire la perte de suivi des femmes qui entrent dans les services de PTME dans dix établissements de santé au Kenya en utilisant une approche d'essai randomisé individuel. L'objectif était d'évaluer l'efficacité du niveau de soins avec un suivi actif des patientes vivant avec le VIH d'abord pendant la grossesse puis avec leurs nourrissons pendant six mois post-partum. Le niveau de soins comprenait les services de soins prénataux et les services de VIH, tandis que l'intervention dispensée par les conseillers non professionnels comprenait quatre composantes supplémentaires : éducation sanitaire individualisée ; soutien à la rétention et à l'observance ; rappels des rendez-vous par SMS ; suivi et traçage des visites manquées à la clinique. Des données de routine et des questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'étude. Les résultats de l'étude ont mis en évidence que les complications durant la grossesse, les décès de nourrissons et le transfert hors établissements spécifiques augmentaient la perte de suivi chez les femmes et les nourrissons en soins de PTME.

**Conclusion :** Cette étude a fait face à plusieurs réalités de terrain, typiques de la recherche de mise en œuvre. L'étude MIR4H a été confrontée à des défis réels - retards de financement, grève des professionnels de santé, pénurie de trousse de dépistage rapide du VIH, adoption lente de nouvelles directives sur le VIH - qui ont entraîné des retards évidents et ont eu pour résultat une adaptation de la mise en œuvre du projet.

**Enseignements :** La recherche sur la mise en œuvre doit pouvoir s'adapter à tous les défis.

Source : Fayorsey R. N. et al. Mother and infant retention for health (MIR4Health) : Study design, adaptations, and challenges with PMTCT implementation science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2016 ; 72 : Supplément2.



# COMPRENDRE LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

## 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.



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

**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.

### 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 Nigéria 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 Nigéria, 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.

**Étude de cas 2****Engagement communautaire : Intervention éducative *Majigi* pour l'éradication de la poliomyélite dans le nord du Nigeria**

**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

**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 impromptues ont également été effectuées dans les foyers.



### Étude de cas 3

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

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.





# DÉVELOPPER UNE PROPOSITION DE RECHERCHE POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

## Étude de cas 1 Votre problème de recherche peut-il se justifier ?

**Contexte :** Toute recherche digne d'intérêt doit répondre à un manque de connaissances (*knowledge gap*). Par conséquent, dans la recherche sur la mise en œuvre, les connaissances doivent être utilisées pour surmonter des goulots d'étranglement identifiés afin d'améliorer la prestation des services de santé. Par conséquent, toute recherche proposée doit traiter du décalage entre la réalité observée et ce qui est souhaité. De plus, un projet de recherche réussi doit être en mesure d'obtenir le soutien des parties prenantes concernées. Par conséquent, il doit être acceptable, pertinent, prioritaire, politiquement acceptable, opportun, éthique, urgent et réalisable. Le tableau présente une analyse des variables ci-dessus pour une étude visant à déterminer les obstacles et les motivations de l'adoption de la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) parmi divers groupes d'hommes au Zimbabwe. Le but de l'analyse est d'établir si la recherche pouvait se justifier.

Variable	Explication
Y a-t-il un décalage entre la situation qui existe et une situation 'idéale' ?	<b>Oui :</b> Le programme a débuté en 2009, mais en septembre 2013, seulement 170 000 hommes avaient participé alors qu' un objectif sur cinq ans (2013-2015) visait 1,9 million d'hommes.
La recherche était-elle une <b>priorité</b> ?	<b>Oui :</b> En 2009, le Zimbabwe était l'un des pays prioritaires identifiés par l'OMS / ONUSIDA pour renforcer la CMMV. Mais après quatre années de mise en œuvre, une couverture de seulement 4,8% de la population ciblée a été atteinte. Par conséquent, la compréhension des obstacles et des motivations à l'adoption de la CMMV contribueront à créer une demande efficace pour en faire une priorité urgente.
Y avait-il une raison claire à la différence ou au décalage créant le problème ?  Quels facteurs pourraient expliquer cette différence ?	<b>Non.</b>  Attitudes négatives envers la circoncision, peur de la douleur ; la peur des complications, menaces perçues par rapport à la masculinité ; coûts.
Les résultats <b>étaient-ils</b> requis d'urgence par les parties prenantes, par exemple décideurs, exécutants, prestataires de soins de santé ?	<b>Oui :</b> Il était nécessaire d'établir pourquoi le programme n'atteignait pas les objectifs fixés.
La recherche était-elle <b>politiquement</b> acceptable ?	<b>Oui :</b> Le projet était géré par le ministère de la Santé et Population Services International (PSI), et était à même de recevoir un soutien. Le sujet présentait un grand intérêt pour les autorités locales et nationales.
La recherche <b>était-elle</b> sûre d'un point de vue éthique ?	<b>Oui :</b> Les résultats ont été partagés avec les intervenants, le groupe de recherche et ont été bénéfiques pour la communauté. De plus, le consentement éclairé a été obtenu des participants à la recherche.
Les recommandations étaient-elles <b>applicables</b> à la population cible ?	<b>Oui :</b> Les recommandations ont été utilisées pour créer des messages d'information, d'éducation et de communication spécifiques au contexte. Des ambassadeurs de bonne volonté spéciaux ont été identifiés dans la communauté.  [Démontrer que vous vous êtes informé et êtes au courant des ressources disponibles, ainsi que toutes autres ressources nécessaires pour faciliter la mise en œuvre des recommandations].



## Étude de cas 1 Votre problème de recherche peut-il se justifier ?

Variable	Explication
La recherche était-elle <b>opportune</b> ?	<b>Oui</b> : Parce qu'en dépit de la mise en place rapide de service à grande échelle, l'adoption de la CMMV avait été plus lente que prévu.
La recherche est-elle <b>pertinente</b> ?	<b>Oui</b> : Le VIH est un problème de santé publique touchant une importante proportion de la population, en termes d'impacts sanitaires, sociaux et économiques.
La recherche est-elle <b>nouvelle ou innovante</b> ?	<b>Oui</b> : Les résultats ont identifié d'autres populations cibles telles que les femmes pour les messages d'information, d'éducation et de communication. D'autres modes de diffusion ont également été identifiés.
La recherche est-elle réalisable ?	<b>Oui</b> : Les ressources humaines pour collecter les informations et mettre en œuvre les recommandations étaient disponibles et l'OMS et PSI étaient disposées à financer la recherche.

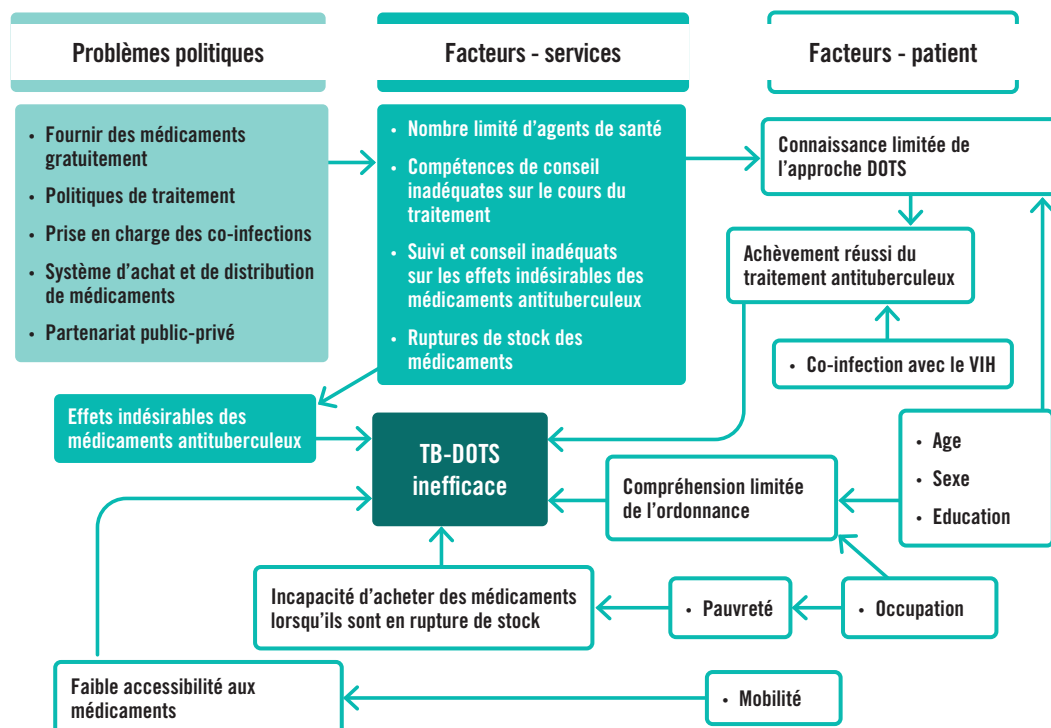
**Conclusion** : L'étude visant à déterminer les obstacles et les motivations liées à l'adoption de la CMMV parmi les différents groupes d'hommes au Zimbabwe se justifiait parce qu'il y avait un décalage entre la réalité et la situation souhaitée, de plus, le besoin d'information était urgent ; la recherche était politiquement acceptable pour les parties prenantes, éthiquement solide, et réalisable en termes de ressources humaines, de temps et de financement.

Source : 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.



## Étude de cas 2 Analyse du problème de recherche

**Contexte :** L'approche de traitement de courte durée avec surveillance directe (DOTS de l'anglais « directly-observed treatment, short-course ») a été adoptée comme stratégie efficace pour la prise en charge de la tuberculose et a apporté à une amélioration significative à la détection, le traitement et le contrôle de la tuberculose. Au Nigéria, toutefois, ni l'objectif fixé pour le taux de détection de la tuberculose ni le taux de guérison n'ont été atteints à l'échelle nationale. Cela est dû à plusieurs problèmes à différents niveaux du système de santé (à savoir la politique, la prestation de services de santé, les niveaux communautaires et individuels). Pour traiter la question de recherche et de plus établir les relations entre les facteurs à différents niveaux du système de santé, le problème a été analysé de manière critique. Le processus a comporté une séance de réflexion (*brainstorming*) sur les différents facteurs qui contribuent au problème majeur, et sur la description des relations de cause à effet entre les différents facteurs avec regroupement dans des domaines thématiques pertinents (voir diagramme). Le processus a également impliqué activement les parties prenantes concernées. Une étude antérieure par Bello *et al.*, a examiné les défis liés à la stratégie de mise en œuvre DOTS dans le traitement des patients atteints de tuberculose en vue de déterminer les obstacles à une mise en œuvre efficace. Au niveau du patient, les facteurs associés comprenaient un manque de connaissances sur la stratégie DOTS, une mauvaise observance à la prise des médicaments, une co-infection avec le VIH, la pauvreté et le sexe du patient. Au niveau de l'établissement de santé, les conseils inadéquats du personnel de santé et les ruptures de stock de médicaments représentaient des obstacles ainsi que les effets secondaires des médicaments. Ces observations ont été faites malgré l'existence de politiques nationales visant à améliorer l'adoption du programme DOTS.



**Enseignements :** Une analyse complète du problème a identifié des goulots d'étranglement spécifiques et leurs relations mutuelles à différents niveaux du système de santé. Ceci a contribué au développement d'outils de recherche, ainsi qu'à des recommandations pour des interventions ciblées.

Source : 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.



### Étude de cas 3 Plan de gestion de la qualité

**Contexte** : l'intégration de la gestion de la qualité dans votre proposition de RMO n'est pas une étape facultative. La gestion de la qualité est essentielle pour garantir que la recherche respecte ou dépasse les normes scientifiques, éthiques et réglementaires. Comme l'assurance qualité fait partie intégrante de toutes les activités de recherche, le plan de gestion de la qualité de la proposition doit explicitement décrire comment l'équipe de recherche garantira la qualité constante de la recherche pendant la durée de vie du projet. Le tableau illustre les mesures de contrôle de la qualité prises par une équipe de recherche qui a évalué les connaissances et les attitudes des membres clés de la communauté à l'égard de la tuberculose au Bangladesh. Les mesures adoptées pour sauvegarder l'intégrité scientifique ont permis de concevoir des études appropriées, de déterminer la taille de l'échantillon, la stratégie d'échantillonnage et la sélection des participants à l'étude. Pour assurer que les outils soient normalisés, des éléments spécifiques ont été pré-testés et des ajustements essentiels ont été faits avant la collecte des données réelles. De même, afin de minimiser les erreurs dans les processus de collecte de données, tous les collecteurs de données et les superviseurs ont été informés de la portée du programme et ont été formés à l'utilisation des outils de collecte de données. En outre, tous les collecteurs de données ont été affectés à des superviseurs qui ont vérifié la cohérence et l'exhaustivité des données collectées. Les groupes de discussion et les entretiens d'informateurs clés ont été enregistrés pour référence. Les préoccupations éthiques des participants à la recherche ont été prises en compte en traduisant les outils d'étude en bengali (la langue locale), en cherchant un consentement éclairé et en respectant la confidentialité et la vie privée. L'autorisation éthique a été demandée au comité d'éthique correspondant.



### Étude de cas 3 Plan de gestion de la qualité

**Tableau. Mesures de gestion pour assurer la qualité des données**

Phase d'étude	Variable	Mesure de contrôle qualité	
Conception	Conception de l'étude	Les méthodes mixtes ont permis la saisie des aspects quantitatifs et qualitatifs	
	Taille de l'échantillon	Dérivé scientifiquement (c'est-à-dire basé sur la prévalence, le pouvoir d'étude, le degré d'erreur, l'effet de plan)	
	Zone d'étude	Sélectionnée au hasard	
	Échantillonnage des participants	Participants choisis par échantillonnage raisonné et par échantillonnage pratique pour les informateurs clés	
	Outils d'étude		Questionnaire structuré pour les méthodes quantitatives
			Guide d'entretien pour les méthodes qualitatives
			Outils de collecte de données traduits en bengali
Préoccupations éthiques		Demande d'approbation éthique au comité d'éthique de l'École de santé publique James P. Grant	
		Essais pilotes des outils pour assurer qu'ils soient corrects et culturellement adaptés	
Collecte des données	Qualité des données	Formation des collecteurs de données	
		Protocole de terrain avec toutes les instructions, y compris saut de question et questionnaire/enquête	
		Supervision des collecteurs de données	
		Des notes ont été prises lors des discussions de groupe et entretiens	
		Enregistrement des interviews et des discussions pour éviter la perte d'information	
Préoccupations éthiques		Consentement verbal éclairé, respect de la confidentialité et de la vie privée	
Gestion des données	Données qualitative	Les données ont été nettoyées	

**Enseignements :** Les processus d'assurance de la qualité doivent commencer dès la conception de l'étude et se poursuivre tout au long de la durée du projet. Ils doivent être décrits succinctement et justifiés dans chaque proposition de recherche.

Source : 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.



# MÉTHODES DE RECHERCHE ET GESTION DES DONNÉES

## Étude de cas 1

### Intervention éducative sous directives communautaires : Étude quasi-expérimentale dans les zones d'endémie palustre du district de Sarpang, Bhoutan

**Contexte** : Le paludisme demeure un problème de santé publique en dépit d'interventions efficaces telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Le Royaume du Bhoutan a obtenu des succès notables dans la prévention et le contrôle du paludisme, et le pays s'achemine vers la phase d'élimination du paludisme. Par exemple, en 2011, seuls 194 cas de paludisme ont été enregistrés contre 5935 cas en 2000. Pour atteindre l'objectif d'élimination, les efforts actuels doivent être renforcés par des interventions sous directives communautaires afin de permettre à la communauté d'améliorer son comportement de recherche de soins et autres comportements préventifs. Les interventions sous directives communautaires se sont révélées utiles dans la prévention et le contrôle des maladies infectieuses telles que l'onchocercose. Cette étude a été menée pour élucider l'efficacité de l'intervention éducative sous directives communautaires sur la prévention et le contrôle du paludisme dans les zones d'endémie palustre du district de Sarpang, au Bhoutan. Une conception d'étude quasi-expérimentale a été adoptée, utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives (Figure). Le district d'étude (Sarpang) a été choisi intentionnellement parmi sept districts d'endémie palustre. Les unités sanitaires de base de l'étude (USB) étaient Umling et Chuzerganga (volet d'intervention), et Jigmeling (volet de contrôle). Celles-ci avaient été choisies intentionnellement. Ces USB étaient similaires en termes de taille de population et autres critères contextuels pertinents. Les données de base ont été collectées pendant la phase d'élaboration à l'aide d'entretiens approfondis et de discussions de groupe, d'enquêtes auprès des ménages et d'un examen de documents et de données. L'outil de formation a été développé en collaboration avec le personnel des USB. Des agents de santé et des groupes d'action communautaire ont reçu une formation sur la transmission du paludisme, l'entretien et l'utilisation des MILDA, l'utilisation appropriée de la pulvérisation intra-domiciliaire résiduelle, le contrôle des sites de reproduction des moustiques, et l'importance du diagnostic et du traitement précoces. Dans les USB d'intervention, l'ensemble d'interventions a été mis en œuvre en plus des activités du programme régulier alors que dans l'USB de contrôle, seules les activités du programme régulier ont été menées. L'efficacité de l'intervention a été évaluée à l'aide d'enquêtes auprès des ménages, de discussions de groupe, d'entretiens approfondis et de réunions de bilan. La comparaison du groupe pré- et post-intervention a montré une amélioration significative des connaissances, de l'attitude et de la pratique dans le volet d'intervention par rapport au groupe témoin.

**Conclusion** : La conception d'étude quasi-expérimentale a permis d'élucider l'efficacité de l'intervention éducative sous directives communautaires sur la prévention et le contrôle du paludisme dans les zones d'endémie palustre.

**Enseignements** : Une conception d'une étude quasi-expérimentale est une approche appropriée pour établir l'impact d'une intervention donnée. Cependant, pour assurer des résultats fiables, les volets d'intervention et de contrôle doivent être aussi semblables que possible en termes de caractéristiques de la population et de contexte. La seule variable distinctive doit être l'intervention en question.

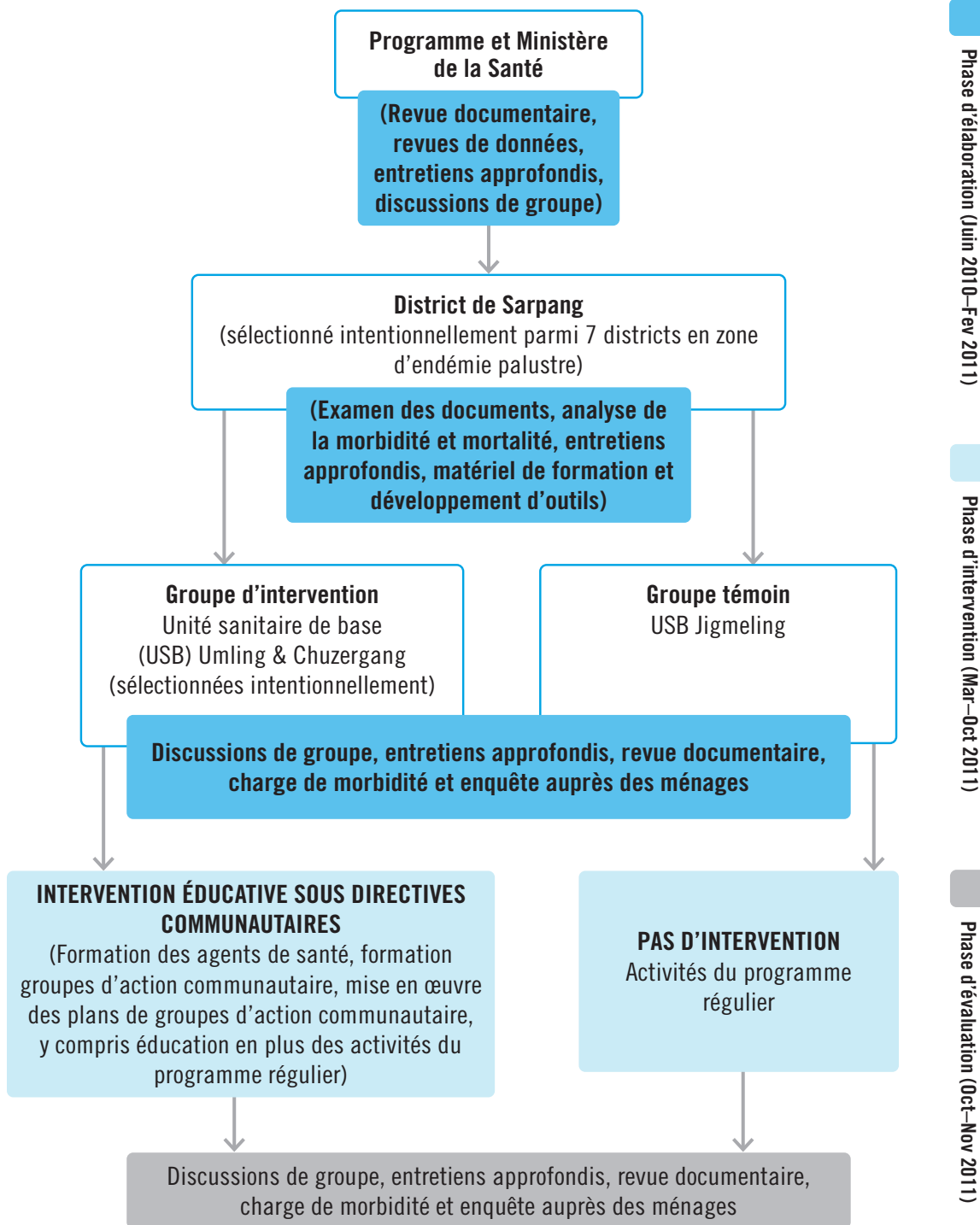
Source : Tobgay T. et al. Community-directed educational intervention for malaria elimination in Bhutan : quasi-experimental study in malaria endemic areas of Sarpang district. *Malaria Journal*. 2013 ; 12(1) :1.



**Étude de cas 1**

**Intervention éducative sous directives communautaires : Étude quasi-expérimentale dans les zones d'endémie palustre du district de Sarpang, Bhoutan**

**Figure. Diagramme schématique des activités de recherche**





## Cas d'étude 2

### Utilisation de méthodes mixtes pour expliquer la persistance du paludisme dans des régions reculées du Centre du Viet Nam

**Contexte** : Le paludisme demeure une menace mondiale majeure malgré la disponibilité de méthodes efficaces. Pour le contrôler efficacement il faut une action concertée de la part des *systèmes de santé* et de la *communauté* et aussi une compréhension des caractéristiques qui en augmentent le risque. Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Viet Nam, mis en place en 1991, a permis de lutter contre le paludisme en fournissant gratuitement des médicaments antipaludiques, des moustiquaires imprégnées, des pulvérisations d'insecticide à domicile deux fois par an, et un diagnostic et un traitement précoces. Dans l'ensemble, le nombre de cas cliniques a diminué de 1, 2 million et 4646 décès enregistrés en 1991 à 185 529 cas cliniques et 50 décès en 2002. Cependant, plus de 90% des cas graves et des décès sont survenus dans les régions montagneuses, boisées et en grande partie peuplées de minorités ethniques du Centre du Viet Nam, où les populations sont appauvries, mal éduquées, culturellement et linguistiquement distinctes et vivent dans des localités dispersées et peu accessibles. Les chercheurs ont donc jugé à la fois instructif et opportun d'étudier le paludisme persistant dans de tels contextes.

**Méthodes** : Des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) ont été utilisées pour collecter des données, afin d'explorer les interrelations complexes entre les différents acteurs et les éléments du système. Les données ont été recueillies en deux étapes. La phase de recherche formative a principalement utilisé des outils qualitatifs (réunions communautaires, observation de l'utilisation des moustiquaires, et discussions de groupe / entretiens semi-structurés) avec les responsables, les prestataires de santé et la communauté pour définir et élargir les domaines thématiques d'enquête. Les résultats ont guidé les approches quantitatives (par exemple, un questionnaire pour les prestataires, des enquêtes structurées avec les membres de la communauté et les agents de santé villageois, et un contrôle de qualité des installations de microscopie et des dossiers de santé au niveau du district et de la commune). Le tableau décrit les méthodes utilisées.

**Conclusion** : L'utilisation des méthodes mixtes a informé les chercheurs et le PNLP sur les facteurs contextuels qui ont fait barrière à un contrôle efficace du paludisme dans la région touchée.

**Enseignements** : La complexité des facteurs contextuels couplée à la pauvreté, au faible niveau d'éducation, à la mobilité transfrontalière et à la diversité culturelle, a rendu appropriée l'utilisation de méthodes mixtes.





## Cas d'étude 2

## Utilisation de méthodes mixtes pour expliquer la persistance du paludisme dans des régions reculées du Centre du Viet Nam

**Tableau. Résumé des méthodes mixtes utilisées pendant le projet**

ETAPE FORMATIVE		
Méthode	Objectifs	Participants
Réunions communautaires		Responsables du contrôle du paludisme, gouvernement local, organisations de masse, hôpitaux
Discussion de groupe	Explorer convictions, attitudes, prise de conscience, sollicitation de soins, prestation de soins, et circonstances relatives à l'exposition et au contrôle du paludisme.	Gestionnaires de lutte antipaludique des provinces et districts, et personnel de santé communal, agents de santé villageois et membres de la communauté
Entretiens semi-structurés		Responsables du contrôle du paludisme des provinces, secrétaires chargés du contrôle du paludisme au niveau du district, personnel hospitalier de district, personnel de santé communal, agents de santé villageois, membres de la communauté
Discussions informelles en groupe		Directeurs d'hôpitaux de district
Observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les antipaludiques disponibles sur le marché</li> </ul>	Points de vente de médicaments
Observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décrire l'environnement et le contexte du village</li> </ul>	Villages/communauté
ETAPE D'ÉVALUATION		
Tests/quiz	Obtenir une impression de la connaissance des gestionnaires de santé et de l'adhérence aux directives	Personnel hospitalier du district
Observations, listes de contrôle	Évaluer la visibilité et la mise à jour des directives de traitement du paludisme	Points de service de santé
	Qualité de la microscopie	
	Qualité des moustiquaires lors des visites à domicile de l'enquête CAP	Ménages
Examen des dossiers et registres de traitement		Registres des patients atteints de paludisme
Questionnaire structuré	Déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la communauté (CAP)	Agents de santé villageois, Membres de la communauté

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(1) :1.



### Étude de cas 3 Outils de collecte de données : Cas du projet NIGRAAN

**Contexte** : Les outils de collecte de données permettent une collecte systématique de données sur les participants dans chaque étude donnée. L'outil exact utilisé dépend de l'objectif de l'étude. En raison de la nature potentiellement complexe de la recherche de mise en œuvre (RMO), des méthodes mixtes – et par conséquent différents outils de collecte de données – sont souvent utilisées par le projet NIGRAAN dans les zones rurales du Pakistan. Le projet a été mené par le département des sciences de la santé communautaire de l'Université Aga Khan (AKU) (Karachi) en collaboration avec le Département provincial de la santé du Sindh. « Nigraan » est un mot ourdou qui signifie « superviseur ». Le projet RMO de deux ans visait à identifier les moyens de renforcer la supervision structurée et de soutien des femmes agents de santé (LHW = *lady health workers*) par les femmes superviseurs de santé (LHS = *lady health supervisors*) et d'améliorer la prise en charge communautaire de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Badin, à Sindh. L'étude a été menée en trois phases séquentielles. Les participants à l'étude comprenaient des femmes agents de santé, des femmes superviseurs, des soignants communautaires responsables d'enfants de moins de cinq ans et des décideurs. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide de questionnaires structurés, d'un questionnaire d'évaluation des connaissances et d'un questionnaire d'évaluation des compétences (Tableau 1), tandis que des données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'entretiens approfondis, de discussions de groupe et d'entretiens narratifs.

**Tableau 1. Outils de collecte de données quantitatives**

Outil	Participants à l'étude	Objectif de l'outil
Questionnaire d'enquête auprès des ménages	Aidants principaux	Consigner les informations sociodémographiques et les pratiques des aidants principaux (membres de la famille, etc.) concernant la diarrhée et la pneumonie de la population étudiée, ainsi que documenter la morbidité due à la diarrhée et à la pneumonie.
Questionnaire d'évaluation des connaissances	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Évaluer la compréhension théorique et les connaissances des femmes agents de santé et femmes superviseurs en matière de prise en charge communautaire de la diarrhée et de la pneumonie.
Fiches d'évaluation des compétences « A »	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Évaluer les compétences pratiques / cliniques des femmes agents de santé et femmes superviseurs en matière de gestion communautaire des cas de diarrhée et de pneumonie.
Fiches d'évaluation des compétences « B »	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Évaluer les compétences de supervision et de mentorat clinique des femmes superviseurs en termes de rétro-information et de supervision formative auprès des femmes agents de santé.

**Tableau 2. Outils de collecte de données qualitatives**

Outil	Participants à l'étude	Objectif de l'outil
Entretiens narratifs	Soignants communautaires	Explorer les pratiques de soins et la prise de décision concernant la diarrhée infantile et la pneumonie.
Discussions de groupes et entretiens approfondis	Femmes agents de santé et femmes superviseurs	Perspectives, connaissances et compétences des Femmes agents de santé concernant la prise en charge communautaire des cas de diarrhée infantile et de
Entretiens approfondis	Décideurs	Définir leurs opinions sur les causes des écarts structurels observés.

**Eneignements** : La collecte de données doit être conçue spécifiquement, en accord avec la population et l'objectif de l'étude (Tableau 2).

## PLANIFICATION ET CONDUITE DE LA RMO

### Cas d'étude 1 Planification d'un projet de RMO, exécution et mesures d'assurance qualité

**Contexte** : L'Indonésie a lancé son programme national d'élimination de la filariose lymphatique (FL) en 2002, y compris le traitement médicamenteux de masse (TMM, couramment appelé simplement « traitement de masse ») annuel dans les régions endémiques. En 2014, certaines régions avaient mené au moins cinq séries de TMM efficaces et étaient donc admissibles pour les enquêtes d'évaluation de la transmission afin de déterminer si le TMM pouvait être interrompu. Dans le district d'Agam, malgré de multiples tournées de TMM, la couverture médicamenteuse était insuffisante et une transmission persistante de la FL était observée. À Depok City, le programme ne pouvait pas se qualifier pour les enquêtes d'évaluation de la transmission en raison d'une couverture médicamenteuse insuffisante lors de plusieurs tournées de TMM. Les raisons de l'insuffisance de la couverture dans la ville de Depok et la présence de la transmission continue de la FL dans le district d'Agam n'étaient pas comprises. C'est dans ce contexte que les chercheurs ont cherché à accroître leurs connaissances sur la façon de guider et d'aider ces zones à mettre en œuvre des tournées de TMM supplémentaires au-delà des 4-6 cycles initialement suggérés par le programme. Cela a été fait à travers le développement d'une nouvelle conception d'enquête pour recueillir des récits courts sur les expériences directes des gens avec le TMM pour la FL.

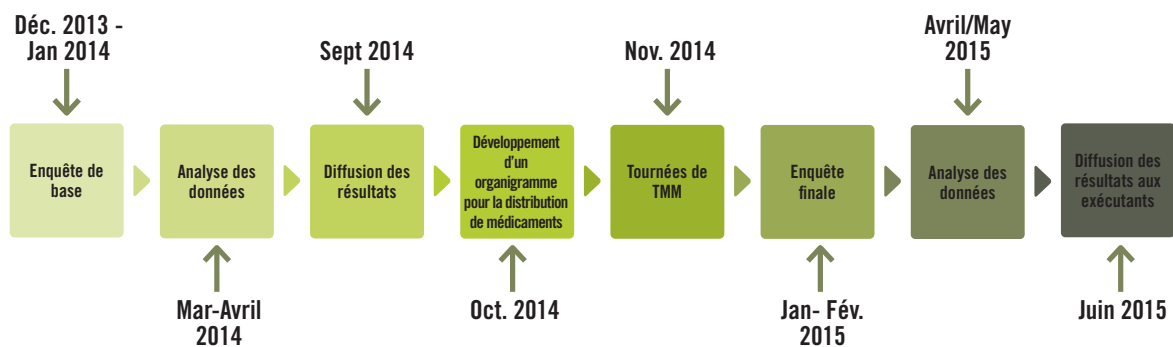
**Phase de planification** : En collaboration avec les responsables de la mise en œuvre du programme, l'équipe de recherche a développé un outil d'étude pour déterminer les facteurs qui pouvaient être responsables de la couverture sous-optimale dans les deux sites d'étude. Grâce à un processus de collaboration, des thèmes de recherche ont été identifiés, un plan de mise en œuvre du projet a été élaboré et des outils de collecte de données ont été conçus. Ce processus impliquait une communication régulière avec les équipes de santé du district afin de déterminer les dates importantes pour la formation des enquêteurs, les enquêtes communautaires, les activités de sensibilisation au TMM et les dates de TMM même. Avant les enquêtes, l'équipe de recherche a demandé l'approbation éthique de la Faculté de Santé de l'*Universitas Indonesia* pour la recherche dans les deux sites d'étude.

**Phase d'exécution** : Le projet a été mis en œuvre en trois phases. Dans la première phase (de base) les données ont été collectées, analysées et interprétées et des recommandations viables partagées entre les parties prenantes avant le prochain TMM. La deuxième phase (exécution) impliquait l'adoption de TMM en utilisant les recommandations basées sur les résultats de l'enquête de base. Ces recommandations ont servi à élaborer un organigramme pour aider les personnes qui distribuaient les médicaments. La troisième phase (évaluation) comportait un autre cycle de collecte de données (enquête finale) pour évaluer les changements qui pouvaient avoir eu lieu à la suite des recommandations de l'enquête de base. La figure ci-dessous montre la chronologie d'exécution du projet.



## Cas d'étude 1 Planification d'un projet de RMO, exécution et mesures d'assurance qualité

Figure. Chronologie d'exécution pour l'ensemble du projet



### Assurance qualité

Pour assurer la qualité des données :

- les questionnaires ont été pré-testés auprès d'une cohorte de personnes dans la ville de Depok avant la collecte des données ;
- les collecteurs de données ont été formés à la méthodologie de l'enquête ;
- tous les questionnaires ont été administrés par des agents recenseurs formés ;
- les superviseurs ont vérifié les questionnaires remplis à la fin de chaque journée ;
- le même cadre d'échantillonnage et la même méthodologie ont été utilisées dans les enquêtes de base et finale ;
- les données ont été saisies deux fois (à l'aide d'Epi-Info) ;
- les données ont été vérifiées pour le biais de réponse, les gammes de valeur et la cohérence.

**Conclusion** : Grâce au processus de collaboration décrit, les chercheurs et les responsables de la mise en œuvre ont développé un outil valide et efficace capable de détecter les problèmes opérationnels au sein des programmes de TMM. Ils ont également été en mesure d'élaborer un plan de mise en œuvre efficace.

**Enseignements** : La planification nécessite un travail d'équipe et une étroite collaboration entre les responsables de la mise en œuvre du programme et les chercheurs. Cette étroite collaboration permet d'aligner les activités de recherche sur les activités du programme. La qualité doit également être maintenue tout au long du cycle de vie du projet.

Source : 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.

**Étude de cas 2****Importance d'un suivi continu du traitement au zinc contre la diarrhée infantile lors de la mise à l'échelle nationale (Bangladesh)**

**Contexte** : Les maladies diarrhéiques demeurent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Des essais cliniques montrent que le zinc, dans le cadre d'un traitement contre la diarrhée infantile, aide non seulement à réduire la gravité et la durée de la diarrhée, mais réduit également la probabilité d'un épisode répété dans le futur. En 2004, l'OMS / UNICEF a révisé la gestion clinique des directives relatives à la diarrhée infantile pour y inclure le zinc.

Le projet « *Scaling Up of Zinc for Young Children* » ou SUZY (c'est-à-dire : « du zinc à grande échelle pour les jeunes enfants ») a été établi au Bangladesh en 2003 pour fournir un traitement au zinc contre la diarrhée chez tous les enfants de moins de cinq ans. Le projet a été soutenu par des organisations publiques, privées et non gouvernementales, ainsi que par des agences multinationales. La campagne de mise à l'échelle comprenait la production et la distribution de comprimés de zinc, la formation de professionnels de la santé pour assurer le traitement au zinc et la création de campagnes médiatiques (TV et radio) pour sensibiliser et promouvoir l'utilisation du zinc dans le traitement de la diarrhée. Pour établir l'efficacité et le succès de la campagne nationale et mettre en évidence les problèmes potentiels lors de la mise en œuvre des initiatives de soins dans les zones défavorisées, quatre sites d'enquête ont été mis en place pour suivre les résultats des deux premières années de la campagne SUZY. Chacune des zones étudiées représentait un segment différent de la population au Bangladesh : bidonvilles urbains, zones urbaines de non-bidonvilles, zones municipales (petites villes) et milieux ruraux. La population étudiée sur ces sites était d'environ 1,5 million d'enfants de moins de cinq ans. Sur chaque site, sept enquêtes ont été menées entre septembre 2006 et octobre 2008. Au cours de chaque enquête, environ 3200 enfants atteints de diarrhée ont participé à l'étude à partir de ménages sélectionnés au hasard.

**Résultats** : Au départ, la sensibilisation au traitement du zinc était inférieure à 10% dans toutes les communautés. 10 mois plus tard, ce pourcentage a atteint 90%, 74%, 66% et 50% dans les zones urbaines de non-bidonvilles, les zones municipales, les bidonvilles urbains et les zones rurales, respectivement. Après 23 mois, seulement 25% des enfants de moins de cinq ans en zones urbaines de non-bidonvilles, 20% dans les bidonvilles municipaux et urbains et 10% en milieux ruraux utilisaient du zinc pour traiter la diarrhée infantile. L'utilisation de zinc s'est avérée sûre, avec peu d'effets secondaires, et n'a pas affecté l'utilisation des traitements traditionnels. Cependant, de nombreux enfants n'ont pas reçu le traitement correct de dix jours et 50% des parents ont reçu sept comprimés de zinc ou moins. Les résultats ont également montré que bien que la première campagne nationale de promotion du traitement du zinc contre la diarrhée infantile au Bangladesh ait connu un certain succès, la forte sensibilisation au zinc ne s'est pas traduite par un usage intensif. La campagne de mise à l'échelle n'a eu aucun effet négatif sur l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO). Toutefois, il y avait des disparités dans la couverture du traitement au zinc qui favorisait les ménages urbains à revenu élevé.

**Conclusions** : L'étude a identifié des domaines où davantage de travail était nécessaire pour assurer des niveaux de couverture plus élevés. Par exemple, il était nécessaire de lier les messages des médias avec ceux des prestataires de soins de santé pour aider à renforcer et à promouvoir leurs connaissances sur l'utilisation du zinc. Un changement d'orientation des messages médiatiques passant de la sensibilisation à la promotion de la prise de décision au niveau des ménages a favorisé l'adoption du traitement au zinc contre la diarrhée infantile et l'amélioration de l'observance.



## Étude de cas 2 Importance d'un suivi continu du traitement au zinc contre la diarrhée infantile lors de la mise à l'échelle nationale (Bangladesh)

**Enseignements** : Le suivi à long terme des programmes de mise à l'échelle peut identifier d'importantes lacunes dans la couverture de traitement et fournir les informations nécessaires sur les résultats attendus et imprévus, informations qui sont utiles pour guider des prises de décision adaptées.

Source : Larson C.P., Saha U.R., and Nazrul H. Impact monitoring of the national scale up of zinc treatment for childhood diarrhea in Bangladesh: repeat ecologic surveys. PLoS Medicine. 2009; 6(11):e1000175.

## Étude de cas 3 Analyse des contraintes et catalyseurs dans l'exécution du projet

**Contexte** : L'exécution des projets de RMO rencontre de nombreuses contraintes potentielles, en particulier dans les contextes à ressources limitées. Il est essentiel que de telles contraintes soient identifiées avant que la recherche ne commence. Plusieurs cadres conceptuels et lignes directrices ont été élaborés pour aider à identifier les contraintes et catalyseurs spécifiques aux différents niveaux d'exécution du projet. Un tel cadre, développé par Gericke et ses collègues, peut être appliqué à un large éventail d'interventions pour aider à identifier les obstacles potentiels à l'exécution du projet. Le cadre conceptuel décrit : (i) les caractéristiques d'intervention (par exemple, conception du produit, matériel et équipement) ; (ii) les caractéristiques de mise en place (par exemple, installations, ressources humaines, communications et transports) ; (iii) la capacité du gouvernement (par exemple, réglementation, systèmes de gestion, action concertée) ; et (iv) les caractéristiques d'utilisation (par exemple, facilité d'utilisation, demande préexistante et risques liés au marché noir). Ce cadre conceptuel – avec une catégorie supplémentaire pour répondre aux capacités du secteur privé (fabrication, marketing, prestataires de soins de santé, ménages) – a été utilisé pour identifier les contraintes et catalyseurs du succès du traitement au zinc pour la diarrhée infantile au Bangladesh. Ces contraintes et certains des catalyseurs qui ont influencé la mise à l'échelle du projet de zinc sont résumés dans le tableau.

**Tableau. Résumé des contraintes et des catalyseurs influant la mise à l'échelle du traitement au zinc contre la diarrhée infantile au Bangladesh**

Catégorie	Critère	Statut de l'intervention	Niveau de contrainte
<b>1. Caractéristiques d'intervention</b>			
1.1 Conception du produit	Stabilité	<ul style="list-style-type: none"><li>Stable dans des conditions d'humidité et de température élevées jusqu'à 3 ans dans des plaquettes thermoformées en aluminium-PVC</li></ul>	Bas
	Facilité de stockage	<ul style="list-style-type: none"><li>Pas d'exigences particulières</li></ul>	Bas
1.2 Matériel	Besoins d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"><li>Doit maintenir un approvisionnement continu avec réapprovisionnement régulier des points de vente au détail ou des établissements de soins de santé avec des conditions de demande de produits incertaines</li></ul>	Modéré
1.3 Équipement	Équipement technologique	<ul style="list-style-type: none"><li>Aucun équipement ou infrastructure de haute technologie nécessaire</li><li>Les ménages ont besoin d'une cuillère ou d'un petit récipient</li></ul>	Bas
<b>2. Caractéristiques de mise en place</b>			
2.1 Installations	Niveaux du secteur de la vente au détail	<ul style="list-style-type: none"><li>Réalizable, compte tenu du système de distribution existant</li><li>Réalizable à tous les niveaux des établissements de soins et dans les ménages</li></ul>	Bas



### Étude de cas 3 Analyse des contraintes et catalyseurs dans l'exécution du projet

Catégorie	Critère	Statut de l'intervention	Niveau de contrainte
2.2 Ressources humaines	Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite une formation du prestataire, aidée par un référentiel de questions fréquemment posées avec des réponses standardisées</li> </ul>	Modéré
	Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite des personnes compétentes dans le suivi et l'entretien de l'approvisionnement du produit</li> </ul>	Modéré
2.3 Communications et transport	Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite une infrastructure de promotion et de distribution du produit qui doit atteindre les points de vente au détail et approvisionne les établissements de santé</li> </ul>	Modéré
<b>3. Capacité du gouvernement</b>			
3.1 Réglementation / législation	Réglementation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs considérations réglementaires : par exemple</li> <li>Enregistrement de la formulation de comprimé au zinc</li> <li>Enregistrement / autorisation de l'image de marque et de l'emballage du produit</li> <li>Autorisation de vente sans ordonnance ou dérogation</li> <li>Autorisation de la publicité dans les médias de masse</li> </ul>	
3.2 Systèmes de gestion	Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité requise pour suivre efficacement la qualité des produits au zinc disponibles sans ordonnance</li> </ul>	Modéré
3.3 Collaborative action	Intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doit pouvoir maintenir des prix équitables et socialement adaptés qui sont accessibles aux pauvres</li> </ul>	Modéré
	Financement externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'il y a une forte demande de zinc dans le secteur public, l'achat de zinc nécessitera un financement externe (à moins que les coûts ne soient répercutés sur le consommateur)</li> </ul>	Modéré
<b>4. Capacité du secteur privé</b>			
4.1 Fabrication	Production	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite un laboratoire pharmaceutique qui peut maintenir une certification de bonnes pratiques de fabrication (BPF), de préférence dans le pays</li> </ul>	Modéré
	Distribution	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite des systèmes de distribution qui permettent aux médicaments d'atteindre les points de vente au détail</li> </ul>	Modéré
4.2 Marketing	Réseaux de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'accès généralisé aux réseaux de médias de masse (TV, radio), en particulier pour les ménages pauvres et ruraux, est nécessaire</li> </ul>	Modéré
	Compétence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessite des compétences professionnelles pour préparer et diffuser des messages marketing ciblant les ménages les plus à risque (dans les bidonvilles urbains et les milieux ruraux pauvres)</li> </ul>	Modéré



### Étude de cas 3 Analyse des contraintes et catalyseurs dans l'exécution du projet

Catégorie	Critère	Statut de l'intervention	Niveau de contrainte
4.3 Prestataires de soins de santé	Réglementation / formation continue	<ul style="list-style-type: none"> <li>La grande majorité des prestataires de santé au Bangladesh ne sont pas agréés et sont mal réglementés, mais ils sont représentés par des groupes d'intérêts spéciaux qui peuvent organiser une formation continue.</li> <li>La principale source d'information provient des représentants médicaux du secteur privé (vendeurs de médicaments)</li> </ul>	Modéré
	Access	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accès facile et disponibilité généralisée de prestataires non réglementés à peu de frais</li> </ul>	Bas
4.4 Ménages	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coût</li> <li>Recherche de soins en santé</li> <li>Exigences</li> <li>Dépenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestataires privés sous licence sont limités aux zones urbaines</li> <li>Les aidants demandent des soins principalement dans le secteur privé</li> <li>Les consommateurs exigent et attendent un traitement curatif</li> <li>Si la charge de coût pour le zinc est transférée aux ménages, il est probable que le traitement n'atteindra pas la plupart des ménages les plus pauvres</li> </ul>	Modéré

#### 5. Caractéristiques d'utilisation

5.1 Facilité d'utilisation	Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le zinc, en tant que traitement de la diarrhée infantile, sera universellement inconnu des soignants et de la plupart des prestataires, ce qui nécessite une formation complète des prestataires et une formation des soignants.</li> <li>L'observance des soignants pour suivre les instructions concernant la préparation est élevée (98%) mais est faible concernant la durée prescrite (&lt;50%)</li> </ul>	Haut
5.2 Demande préexistante	Besoin de promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une intervention largement inconnue, nécessitant par conséquent une promotion à grande échelle par les prestataires et les médias.</li> </ul>	Modéré
5.3 Risques du marché noir	Revente / contrefaçon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le produit est fourni gratuitement dans les installations du secteur public, le risque de revente existe (les plaquettes thermoformées fournies par le Ministère de la Santé sont étiquetées « ne peut être vendu »)</li> <li>La formulation de comprimé dispersable peut être contrefaite, avec des produits de qualité inférieure mettant en péril la réputation de l'intervention</li> </ul>	Bas

**Enseignements** : Les différentes catégories de contraintes liées à l'exécution du projet doivent être identifiées avant la recherche afin de concevoir des mesures d'atténuation pour un plan d'exécution complet.

Source : Larson C.P., Koehlmoos T.P. and Sack DA., Scaling Up of Zinc for Young Children (SUZY) Project Team. Scaling up zinc treatment of childhood diarrhoea in Bangladesh : theoretical and practical considerations guiding the SUZY Project. Health policy and planning. 2012 ; 27(2) :102-14.



## COMMUNICATION ET PLAIDOYER POUR LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

### Étude de cas 1 Diffusion des résultats de la recherche pour différents publics

**Contexte** : La recherche de mise en œuvre (RMO) génère fréquemment de gros volumes de données qui nécessitent organisation, résumé et visualisation pour pouvoir être utilisées pour différents types de communication et de plaidoyer à des fins et / ou des publics différents. Pour aider le public à comprendre et à interpréter la signification des données spécifiques, elles sont souvent transformées, en partant des chiffres bruts, pour être présentées sous différents formats visuels. La méthode choisie pour visualiser les données peut mettre en valeur des caractéristiques spécifiques d'un ensemble de données déterminé ; il faut donc choisir une approche objective qui répond à votre objectif et aux besoins d'un public spécifique, n'affecte pas l'intégrité des données elles-mêmes, et ne présente pas une perspective biaisée. Le choix de la présentation des données doit être fait en fonction de sa simplicité et de son interprétabilité car les parties prenantes ont besoin de comprendre les informations fournies et de pouvoir les interpréter correctement.

L'exemple suivant illustre la manière dont le public cible détermine l'approche de visualisation des données. Les mêmes données provenant d'une enquête visant à évaluer la performance des distributeurs communautaires de médicaments (DCM), lors de la mise en place d'une prise en charge intégrée des cas de paludisme dans la communauté en utilisant des trousse de diagnostic rapide, sont présentées sous différents formats pour les différents publics prioritaires. Les données sur la performance ont été stratifiées selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité. Le format sous forme de tableau convient à un auditoire scientifique, le graphique à barres aux publics alphabétisés (par exemple les décideurs et les exécutants de projets), tandis que le diagramme peut être utilisé pour les publics analphabètes au niveau communautaire.

**Conclusion** : De gros volumes de données peuvent être organisés et résumés sous forme de figures, de tableaux ou de diagrammes / graphiques et utilisés comme outils variés de communication.

**Enseignements** : La présentation des résultats doit être soigneusement examinée pour éviter des interprétations potentiellement erronées qui peuvent mener à des conclusions et / ou des réponses inappropriées. Le choix du format doit être simple, clair et attrayant pour le public cible.



## Étude de cas 1 Diffusion des résultats de la recherche pour différents publics

**Tableau. Caractéristiques des distributeurs communautaires de médicaments (DCM) et respect des directives de traitement du paludisme**

Sexe des DCM	Hommes, nombre (%)	Femmes, nombre (%)	Total
Gestion correcte des cas	130 (89.0)	486 (97.6)	616
Gestion incorrecte des cas	16 (11.0)	12 (2.4)	28
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>498</b>	<b>644</b>
(Test exact de Fisher P valeur bilatérale <0.0001)			
Âge des DCM	< 36 ans, nombre (%)	>36 ans, nombre (%)	
Gestion correcte des cas	294 (92.7)	322 (98.4)	616
Gestion incorrecte des cas	23 (7.3)	5 (1.6)	28
<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>327</b>	<b>644</b>
(Test exact de Fisher P valeur bilatérale = 0.0004)			
Niveau de scolarité des DCM	Primaire, nombre (%)	Secondaire et plus, nombre (%)	
Gestion correcte des cas	83 (92.2)	533 (96.2)	616
Gestion incorrecte des cas	7 (7.8)	21 (3.8)	28
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>544</b>	<b>6434</b>
(Test exact de Fisher P valeur bilatérale = 0.0947)			



**Étude de cas 1 Diffusion des résultats de la recherche pour différents publics**

**Figure Caractéristiques des distributeurs communautaires de médicaments (DCM) et respect des directives de traitement du paludisme**

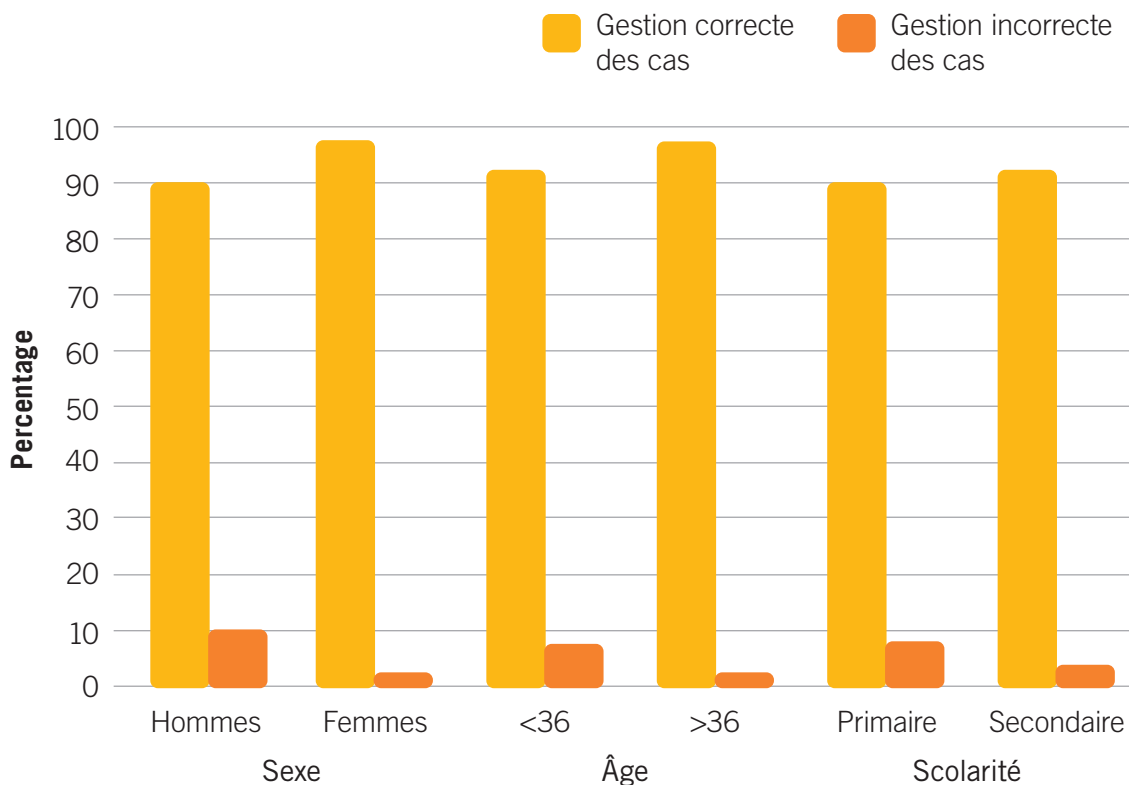
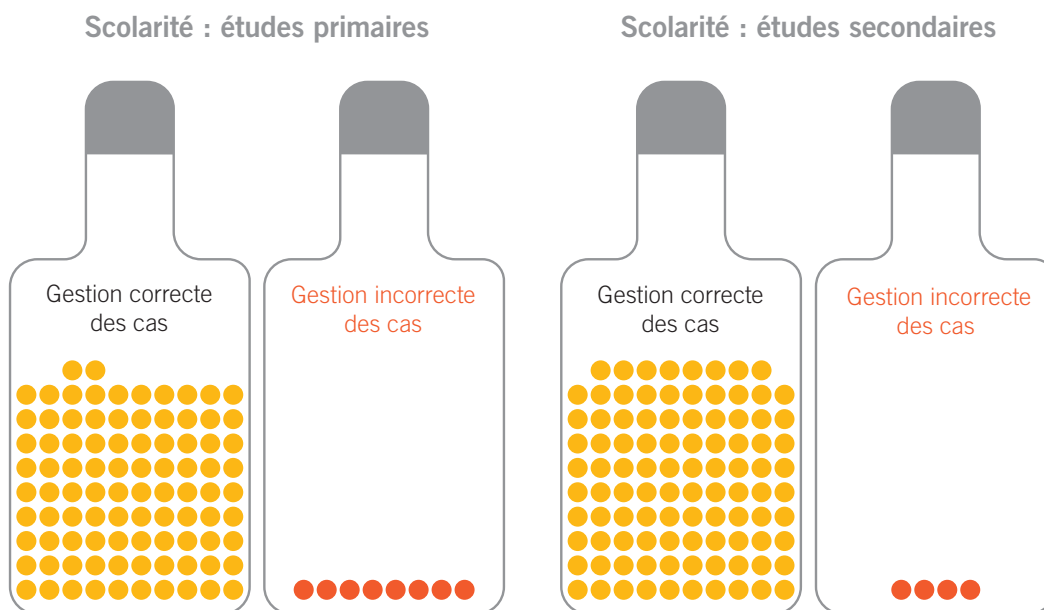


Diagramme Pourcentage de DCM ayant respecté les directives de traitement du paludisme par niveau de scolarité



Source : Orji BC, et al. Community health workers provide integrated community case management using malaria rapid diagnostic test kits. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. (2016) ; 13(4) :875-879.



## Cas d'étude 2

### Une stratégie de diffusion d'un projet de RMO : un cas du projet Nigraan, Pakistan

**Contexte** : La diffusion des résultats de la recherche est essentielle pour faciliter l'adoption des résultats de la recherche et pour les traduire en action. Pour que la diffusion soit efficace, les outils doivent être adaptés au public cible et le message doit être clair et succinct. De plus, le message doit arriver à un moment opportun. De plus, pour que des améliorations sur la santé puissent être observées, la diffusion doit aller au-delà de la simple communication, elle doit viser à transmettre de nouvelles connaissances et à favoriser une bonne assimilation par le public cible, afin que ce dernier puisse être en position de prendre les mesures nécessaires.

**Méthodes** : NIGRAAN, un projet communautaire de RMO dans les zones rurales au Pakistan, a été mené par le Département des Sciences de la Santé Communautaire de l'Université Aga Khan (AKU) à Karachi, en collaboration avec le Département Provincial de la Santé du Sindh. Nigraan est un mot ourdou qui signifie « superviseur ». Ce projet RMO de deux ans visait à identifier les moyens de renforcer la supervision structurée et de soutien des femmes agents de santé (LHW = *lady health workers*) par les femmes superviseurs de santé (LHS = *lady health supervisors*) afin d'améliorer la prise en charge communautaire de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de Badin dans la Province de Sindh. La stratégie de diffusion du projet NIGRAAN a été élaborée en se basant sur le cadre de diffusion de la boîte à outils pour la RMO développée par TDR / OMS. Les publics cibles concernés (membres de la communauté, LHW, LHS, gestionnaires de programmes, responsables de la mise en œuvre et la communauté scientifique) ont été impliqués aux échéances appropriées pendant le cycle de vie du projet.

**Conclusion** : Une stratégie de diffusion a été développée pendant la phase de planification du projet et les parties prenantes concernées ont été activement impliquées. De plus, les outils de diffusion étaient spécifiques aux objectifs de diffusion et au public cible.

**Enseignements** : En créant un plan de diffusion, les chercheurs doivent considérer l'objectif du projet, le public cible, le support et le plan d'exécution. L'élaboration d'une stratégie explicite de diffusion à l'avance guide le processus d'application des connaissances. Deuxièmement, pour améliorer l'utilisation des résultats de la recherche, la diffusion ne doit pas être une activité de diffusion de fin de projet, mais doit adopter une approche continue et intégrée de l'application des connaissances. De plus, l'approche multidisciplinaire et collective utilisée pour diffuser les résultats de façon continue renforce la confiance des parties prenantes.



## Cas d'étude 2

## Une stratégie de diffusion d'un projet de RMO : un cas du projet Nigraan, Pakistan

Table. Stratégie de diffusion du projet Nigraany

Objective de diffusion	Contenu	Outil de diffusion	Public cible	Calendrier
Sensibiliser la communauté sur le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valeur du projet</li> <li>Avantages potentiels pour la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions communautaires</li> <li>Médias électroniques (journaux, radio)</li> </ul>	Membres de la communauté	Dès le début du projet
Sensibiliser les décideurs politiques sur le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aperçu général et technique du projet</li> <li>Intégration dans les systèmes / structures existants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunion de l'équipe exécutive de gestion de projet</li> <li>Brochure du projet</li> <li>Notes de politique</li> </ul>	Décideurs politiques au niveau du district et de la province	Au lancement du projet
Sensibiliser la communauté sur la progression du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que se passe-t-il ?</li> <li>Réponse de la communauté au projet</li> <li>Enjeux sur le terrain et demandes de soutien à la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médias locaux (radio, journaux)</li> <li>Réunions d'évaluation des femmes superviseurs (LHS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communauté</li> <li>Organismes communautaires</li> </ul>	En continu
Sensibiliser les femmes agents de santé (LHW = lady health workers) et les femmes superviseurs de santé (LHS= lady health supervisors) sur le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aperçu du projet et de l'intervention</li> <li>A quoi peut-on s'attendre ?</li> <li>Rôles et responsabilités</li> <li>Attentes des parties prenantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atelier de formation</li> <li>Séminaires de diffusion officiels pour les femmes superviseurs à l'AKU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femmes agents de santé (LHW)</li> <li>Femmes superviseurs (LHS)</li> </ul>	Intermittent
Informers les décideurs et leaders communautaires sur la progression du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mises à jour sur le terrain (que se passe-t-il ? / Progression)</li> <li>Tout problème survenant à l'intérieur du système et / ou de la communauté affectant la structure technique du projet</li> <li>Demande de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien du projet, Réunions d'équipe</li> <li>Réunions de l'équipe de district de gestion de projet</li> </ul>	Décideurs politiques, représentants de la communauté, autres parties prenantes ayant un intérêt actif dans le projet	Périodes intermittentes
Informers l'agence de financement sur l'avancement du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progression des activités du projet</li> <li>Problèmes techniques éventuels</li> <li>Aspects financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'étape</li> <li>Courriels, appels téléphoniques</li> </ul>	Organisation Mondiale de la Santé	Annuellement et à la fin du projet
Contribuer à l'augmentation des connaissances scientifiques existantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processus de recherche</li> <li>Résultats de la recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Articles publiés</li> </ul>	Communauté scientifique	En continu
Informers le personnel de l'AKU sur la progression du projet	Activités, réussites, défis et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions du corps professoral</li> <li>Présentations à l'Université</li> </ul>	Personnel de l'AKU	Intermittent
Contribuer au curriculum du « Dossier d'Apprentissage pour la Santé des Femmes »	Manuel du formateur pour améliorer la gestion des cas de pneumonie et de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel du formateur</li> </ul>	Femmes superviseurs (LHS)	Après la phase de formation

Source : Rabbani F et al. Improving community case management of diarrhoea and pneumonia in district Badin, Pakistan through a cluster randomised study--the NIGRAAN trial protocol. Implement Science. 2014 ; 9 :186.



### Cas d'étude 3

## Éducation sanitaire participative innovante : promouvoir la santé reproductive dans des situations d'après-conflit au Soudan

**Contexte** : Malgré les efforts déployés pour améliorer la santé maternelle, le Soudan du Sud a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde. Des décennies de guerre, la faiblesse des infrastructures, la pénurie d'agents de santé et le manque de ressources ont eu des effets négatifs sur le système de santé en général et sur la santé reproductive en particulier, comme en témoigne un comportement de recours aux services de santé généralement insuffisant. Un projet de deux ans financé par « Global Health Through Education, Training and Services » a été mené dans l'État du Haut-Nil, dans le district de Renk au Soudan du Sud. Des études ethnographiques participatives antérieures sur la santé reproductive et infantile ont permis de mieux comprendre les questions contextuelles entourant le problème, les perceptions de la santé maternelle et les dynamiques interactives influençant les décisions des patients. Une intervention (éducation sanitaire) a été conçue pour cibler toute la communauté en abordant les problèmes de santé maternelle dans le contexte d'après-conflit. L'intervention a intégré le « Dossier d'Apprentissage pour la Santé des Femmes » (DASF ; en anglais *Women Health Learning Package ou WHLP*) dans une approche participative impliquant des femmes de la communauté locale, des organisations non gouvernementales et les membres d'une troupe de théâtre.

**Résultats** : Des matériels adaptés au contexte ont été élaborés et diffusés conjointement sous forme de chansons, de pièces de théâtre et de pictogrammes afin de promouvoir les connaissances dans les communautés sur les questions de santé maternelle auprès de divers publics. Tous les matériels/ produits d'information ont été développés dans des dialectes locaux.

**Conclusion** : L'engagement effectif de la communauté dans le projet – dès l'identification initiale du problème et le développement du message – a renforcé le sentiment d'appropriation locale. Il a également abouti à la mise au point de matériels éducatifs adaptés au contexte afin de promouvoir la santé des femmes dans un tel contexte d'après-conflit.

**Enseignements** : Pour qu'une communication soit efficace, des approches de diffusion innovantes doivent être adoptées, l'engagement de la communauté est vital, et le message et les outils de diffusion doivent être adaptés au contexte local.

Source : Elmusharaf K. et al. Innovative Participatory Health Education (video). Disponible : [https://www.webmedcentral.com/View\\_video/225](https://www.webmedcentral.com/View_video/225).

## INTÉGRER LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

### 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.



## 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.



### 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 ».

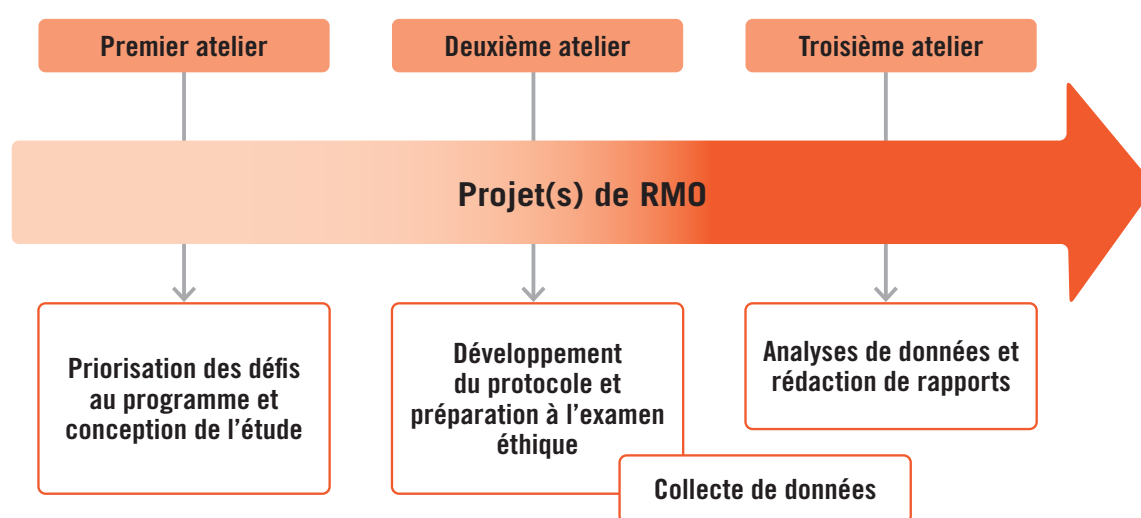


### Cas d'étude 3

## 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.







**TDR**  Pour la recherche sur  
les maladies de la pauvreté  
UNICEF • PNUD • Banque mondiale • OMS

 **Organisation  
mondiale de la Santé**

ISBN 978-92-4-251368-4



9 789242 513684