

Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu

Emilie Robert, Ph.D.^{1,2}, Valéry Ridde, Ph.D.³

RÉSUMÉ

Dans ce commentaire, nous proposons une conceptualisation des principes qui fondent la recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu, afin de favoriser l'ancrage des chercheurs dans ce champ. Ces principes sont la complémentarité des angles d'analyse; l'interdisciplinarité; la transversalité des connaissances; et l'ancrage théorique et conceptuel. Ils sont illustrés par l'analyse de deux réformes d'Afrique subsaharienne : les politiques de gratuité des soins et le financement basé sur les résultats. La prise en compte de ces principes permet une compréhension plus large des enjeux des systèmes de santé, et une réflexion plus fine sur chacun des angles d'analyse investigués. Ces exemples montrent l'intérêt d'opter pour une approche holistique et systémique des politiques et systèmes de santé pour élargir une vision techniciste dominante, souvent centrée sur leur performance et leur financement.

MOTS CLÉS : systèmes de santé; politiques de santé; Afrique; recherche; pays à faible et moyen revenu

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Can J Public Health 2016;107(4-5):e362–e365
doi: 10.17269/CJPH.107.5533

On attend beaucoup des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. Performance, résilience, réactivité comptent parmi les défis auxquels ils font face. La persistance de ces défis au fil des ans amène les chercheurs à reconnaître progressivement, à la fois la nature complexe et dynamique des systèmes de santé¹ et l'influence des politiques de santé sur ces systèmes.² Dans cette perspective, la recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS) vise à « comprendre et améliorer la façon dont les sociétés s'organisent pour atteindre des objectifs de santé collectifs, et dont les différents acteurs interagissent dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques en vue de contribuer à leurs résultats »³.

L'évolution de la RPSS dans les pays à faible et moyen revenu résulte de constats notamment posés par Walt et Gilson sur les faiblesses de la recherche sur les politiques de santé (tableau 1)⁴⁻⁶. Face à ces constats, nous proposons une conceptualisation des principes qui fondent la RPSS⁷. Nous les illustrons par leur application à deux exemples de réformes en Afrique subsaharienne : les politiques d'exemption des paiements directs des soins (PEP), étudiées dans le cadre du doctorat de l'auteure principale⁷ et le financement basé sur les résultats (FBR), étudié dans le cadre d'un programme de recherche coordonné par le second auteur.

Principe 1 : La complémentarité des angles d'analyse

La reconnaissance de ce premier principe constitue le socle de la RPSS. En reconnaissant la nature complexe et dynamique des systèmes de santé, on se détache d'une vision mécanique, impliquant des relations de cause à effet linéaires, pour se poser la question de l'influence réciproque des éléments qui les composent et des contextes dans lesquels ils fonctionnent. La RPSS conçoit ainsi

les systèmes de santé comme un ensemble imbriqué de trois niveaux qui sont à la fois des paliers opérationnels et d'influence⁸ :

- Macroscopique : traditionnellement centré sur le système de santé national, incluant également l'influence des forces à l'œuvre à l'échelle mondiale (système de gouvernance mondiale, acteurs internationaux, crises économiques);
- Méso : centré sur le niveau périphérique et/ou le niveau organisationnel (culture organisationnelle ou professionnelle, gouvernance et gestion aux échelons de la pyramide sanitaire, etc.);
- Microscopique : centré sur les individus dans le système (p. ex. prestataires, patients, gestionnaires) et leurs interactions.

Ces niveaux sont autant d'angles d'analyse dont la complémentarité met en évidence la pluralité des enjeux des systèmes de santé et des politiques qui les influencent. À l'instar des aveugles inspectant l'éléphant de la légende indienne, le système de santé peut ainsi être observé sous l'un ou l'autre de ces angles, ou sous plusieurs d'entre eux, et une politique de santé selon l'influence qu'elle exerce sur l'un ou l'autre de ces niveaux. De

Affiliations des auteurs

1. Equipe de recherche et d'intervention transculturelles (ERIT) (Montréal, Québec)
2. Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (IR-CUSM) (Montréal, Québec)

3. Ecole de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) (Montréal, Québec)

Correspondance : Emilie Robert, Ph.D., CLSC Parc Extension, local 204-2, 7085 Rue Hutchison, Montréal, QC H3N 1Y9, Tél : 514-273-3800, Courriel : emilie.robert2@mail.mcgill.ca

Remerciements : Mme Robert détient une bourse de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). M. Ridde est titulaire d'une chaire de recherche en santé publique appliquée financée par les IRSC (CPP-137901).

Conflit d'intérêt : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Synthèse des faiblesses de la recherche sur les politiques de santé

Objets de recherche	Contenu technique Centré sur la mécanique des politiques de santé, au détriment de la compréhension des jeux d'acteurs et des processus d'élaboration des politiques et de leur mise en œuvre
Portée des études	Faiblesse analytique, faible pouvoir explicatif, manque d'assise théorique, et faible intérêt pour les enjeux de pouvoir et l'analyse du discours et de la rhétorique Peu d'analyses comparatives dans le temps et dans l'espace
Caractéristiques du champ	Aspect constructif des recherches pour l'action négligé Diversité et fragmentation du champ Prédominance des chercheurs d'institutions des pays à revenu élevé

Tableau 2. Exemple de l'opérationnalisation des principes fondateurs de la RPSS pour l'étude des PEP et du FBR en Afrique subsaharienne

Principes fondateurs	Étude des PEP	Étude du FBR
<i>Complémentarité des angles d'analyse</i>	<ul style="list-style-type: none"> Angle macro : analyse du discours des acteurs de la santé mondiale sur les paiements directs des soins Angle méso : effets perturbateurs de ces politiques sur les systèmes de santé Angle micro : recours aux soins des usagers bénéficiaires des PEP 	<ul style="list-style-type: none"> Angle macro : analyse de la diffusion des idées, du transfert des politiques et de l'appropriation par les États Angle méso : effets sur le travail en équipe des soignants, sur les comités de gestion communautaires, sur la pérennité Angle micro : analyse des stratégies d'adaptation des agents de santé, enjeux d'équité et d'accès aux soins des indigents
<i>Interdisciplinarité</i>	<ul style="list-style-type: none"> Dialogue des méthodes : analyse des parties prenantes (angle macro); approche réaliste (angle micro) Dialogue des concepts/théories : « capacités » + contexte-mécanisme-effet + accès aux soins (angle micro); théories des coalitions d'acteurs et leviers du changement (angle macro) Dialogue des données : revue réaliste (angle micro), synthèse exploratoire (angle méso) 	<ul style="list-style-type: none"> Dialogue des méthodes : série chronologique et approche participative pour sélection et étude longitudinale de cas contrastés étudiés en profondeur Dialogue des concepts/théories : leadership, idées, théorie des courants et de l'innovation Dialogue des données : analyses quantitatives de la performance et des effets non attendus et compréhension avec des analyses qualitatives
<i>Transversalité des connaissances</i>	<ul style="list-style-type: none"> Synthèse exploratoire (enjeu méso) et revue réaliste (enjeu micro) Organisation d'échanges des savoirs entre pays et décideurs 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de théories et approches méthodologiques dans plusieurs contextes Organisation d'échanges des savoirs entre pays et décideurs
<i>Ancrage théorique et conceptuel</i>	<ul style="list-style-type: none"> Approche réaliste et démarche de théorisation (enjeu micro) Démarche réflexive 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation fondée sur la théorie Concepts et théories de l'étude des politiques publiques (idées, innovation, courant, etc.)

cette manière, nous avons reconnu la pluralité des enjeux soulevés par les PEP et le FBR par rapport au système de santé, pour choisir d'étudier quelques-uns sous chaque angle (tableau 2). Ces angles d'analyse peuvent s'inscrire dans les différents sous-processus des politiques publiques.

Appréhender ainsi ces interventions a élargi notre champ de vision, nous amenant à observer nos objets de recherche dans leur globalité et leur multidimensionnalité. Cela nous permet notamment d'établir des parallèles avec d'autres politiques, comme la couverture sanitaire universelle. Comment ce mouvement est-il apparu sur la scène internationale? Quelles transformations des systèmes de santé engendre-t-il? Quels enseignements transversaux pouvons-nous en tirer? Voici autant de questions touchant des angles différents, mais contribuant à dresser un portrait plus précis des enjeux.

Principe 2 : L'interdisciplinarité

Reconnaissant la complexité des enjeux qui touchent les systèmes de santé, la RPSS ouvre la porte aux diverses traditions disciplinaires. Elle encourage une approche d'abord pluridisciplinaire et donne une place équivalente aux sciences sociales, à la recherche qualitative anthropologique et sociologique, ainsi qu'à la recherche participative et la recherche-action, aux côtés des méthodes quantitatives⁸. Ainsi, la RPSS reconnaît à la fois la pertinence de la posture post-positiviste, et des postures réaliste et constructiviste, selon les questions de recherche.

Au-delà de la pluridisciplinarité, une telle démarche devrait aboutir à l'interdisciplinarité, définie comme « une herméneutique qui s'emploie à concilier les perspectives, les approches et les méthodes [...], à opérer une fusion des horizons »⁹. En effet, il ne s'agit pas uniquement de juxtaposer des méthodes, ou d'utiliser l'approche la plus juste pour étudier un enjeu précis. Il s'agit également de faire dialoguer les disciplines et les concepts qui en sont issus. L'interdisciplinarité est un idéal à atteindre, qui s'exprime par des tentatives d'intégration au niveau des démarches de recherche, des méthodes, des théories et concepts.

Dans l'exemple des PEP, ce principe nous a conduits à utiliser des méthodes d'autres disciplines (p. ex. approche réaliste issue de la sociologie appliquée à la criminologie). Nous avons également fait dialoguer certains concepts, comme l'approche des « capacités »¹⁰, développée en économie et en développement, que nous avons combinée avec les principes de l'évaluation réaliste, et les théories et concepts de l'accès aux soins. L'objectif était de mettre à profit les avancées théoriques réalisées dans chaque domaine, afin de mieux comprendre les expériences de recours aux soins. Cette démarche a permis l'émergence d'une nouvelle théorisation du recours aux soins de santé en Afrique subsaharienne. Enfin, nous avons fait dialoguer les données quantitatives et qualitatives, en utilisant des devis de type mixte, comme la revue réaliste ou la synthèse exploratoire narrative (« scoping study »).

Dans le cas du FBR, ce principe nous incite à étudier de manière concomitante et imbriquée les effets de cet incitatif sur le leadership et le travail en équipe au moyen de recherches qualitative et quantitative, empruntant des concepts aux sciences de l'organisation et à l'anthropologie du développement. De même, les effets inattendus seront analysés par des séries chronologiques interrompues concernant des indicateurs non primés par le FBR, et de longues observations de terrain pour mettre au jour les stratégies d'adaptation des acteurs, que les entrevues qualitatives individuelles ne peuvent relever.

Principe 3 : La transversalité des connaissances

Bon nombre d'interventions mises en œuvre dans les pays à faible et moyen revenu présentent des caractéristiques communes. Les PEP et le FBR illustrent parfaitement cette situation. Ainsi, les PEP constituent un exemple des mouvements de réformes mondialisés. Elles ciblent un problème similaire à plusieurs pays (accès financier aux soins), sont fondées sur un principe commun (gratuité des soins au point de service), et touchent de nombreux pays. De même, le FBR transcende aujourd'hui les frontières, du Rwanda à Haïti, et l'idée que les incitatifs financiers améliorent l'offre et la demande de soins se propage.

Les décideurs scrutent donc les expériences menées à l'extérieur des frontières nationales. Pourtant, la production de connaissances transversales à différents pays, en dehors de l'étude de l'évolution des indicateurs de santé, reste rare^{4,11}. Dans ce contexte, les synthèses de connaissances deviennent incontournables et celles intégrant données qualitatives et quantitatives gagnent en légitimité.

Dans le cas des PEP, nous avons mis à profit la multitude d'études disponibles en réalisant trois synthèses, dont une revue mixte¹² et une synthèse exploratoire qui a nourri le contenu du Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS. Nos travaux ont contribué à faciliter le rapprochement des expériences de plusieurs pays concernant les effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé et le recours aux soins de santé en Afrique subsaharienne.

La mise en commun des connaissances, à l'occasion d'ateliers par exemple, permet également cette transversalité. La participation d'acteurs clés, décideurs ou cadres de santé de différents pays, contribue ainsi au voyage des connaissances, tant scientifiques qu'expérientielles, à travers les frontières. Notre projet de capitalisation des PEP dans sept pays d'Afrique de l'Ouest s'inscrivait dans cette perspective et a facilité les échanges sur les aspects opérationnels des PEP (p. ex. financement, mesures d'accompagnement, suivi et évaluation).

Concernant le FBR, notre recherche vise à produire des connaissances sur les expériences du Bénin, du Burkina Faso et du Mali. Nous venons de lancer la recherche au Mali avec un atelier où les responsables de la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso sont venus partager les leçons de leur contexte. Ce type de démarche doit se poursuivre malgré le désintérêt de certains bailleurs de fonds du FBR qui se positionnent souvent dans une perspective défensive peu propice à la transversalité des connaissances.

Principe 4 : L'ancrage conceptuel et théorique

Walt et collègues mettent en lumière les lacunes de l'ancrage conceptuel et théorique des études empiriques dans la RPSS^{4,5}. Ils

enjoignent donc les chercheurs à utiliser les cadres et les théories existants, et à partager leurs expériences de recherche afin de poursuivre les réflexions théoriques et conceptuelles. Les travaux de Gilson sur les concepts utilisés pour l'analyse des politiques dans les pays à faible et moyen revenu¹³, de Béland et Ridde sur le concept des « idées » pour comprendre la mise en œuvre des politiques¹⁴, et de Grundy qui utilise le concept d'« écologie » pour analyser l'évolution des réformes du système de santé en Asie¹⁵ sont exemplaires en la matière.

Les insuffisances d'ancrage conceptuel et théorique touchent également l'étude des PEP. Nous avons donc tenté de donner un éclairage théorique ou conceptuel à nos travaux, lorsque cela était pertinent et réalisable. Par exemple, pour l'enjeu du recours aux soins de santé, nous avons mobilisé les concepts de l'approche réaliste que nous avons combinés à l'approche des « capacités » et à des théories et concepts de l'accès aux soins, permettant le développement d'une théorie sur le recours aux soins de santé¹².

Dans le cas du FBR, nous poursuivons une réflexion sur la théorie des courants de Kingdon initiée au Burkina Faso¹⁶. En effet, bien qu'originaires des États-Unis, cette théorie a été utilisée dans plusieurs contextes, dont l'Afrique. Notre plus récente application au Burkina Faso pour comprendre une politique d'exemption du paiement des cotisations des mutuelles de santé montre la pertinence de cette approche pour la RPSS en Afrique. C'est ce même prolongement théorique qui est appliqué dans nos travaux sur le FBR en Afrique de l'Ouest. Le rôle des idées et des acteurs est notamment mis en exergue dans l'émergence du FBR au Bénin. Au Burkina Faso, la théorie de l'innovation permettra de mieux comprendre les effets inattendus du FBR.

Enfin, notre démarche réflexive nous a conduit à partager nos apprentissages à travers des articles méthodologiques, notamment pour la revue réaliste¹⁷. C'est cette démarche qui mène aujourd'hui à la présente réflexion sur la RPSS.

CONCLUSION

En résumé, la RPSS met de l'avant la complémentarité des angles d'analyse pour comprendre les enjeux des systèmes de santé, l'interdisciplinarité pour les étudier, et la nécessité de produire des connaissances transversales et ancrées dans la théorie. La formalisation d'un domaine de recherche fondé sur ces principes est nouvelle et participe à leur légitimation pour l'analyse des politiques et des systèmes de santé. Nos travaux démontrent la pertinence et la faisabilité d'une telle démarche scientifique. Ils montrent également que l'on ne peut étudier tous les enjeux de chaque angle, ou adopter en intégralité chaque principe dans toute recherche. Cela ne doit pas empêcher les chercheurs de mener une réflexion globale sur les politiques et systèmes de santé pour s'efforcer d'en donner une compréhension toujours plus précise.

Nous encourageons donc l'enseignement de ces principes dans les formations universitaires en santé mondiale. Il ne s'agit en effet plus uniquement de former des épidémiologistes, des anthropologues, ou des économistes de la santé, mais également de leur donner les clés pour collaborer, développer une pensée critique, comprendre les transformations que subissent en permanence les systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu, et répondre aux défis qui se posent à eux.

RÉFÉRENCES

1. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323(7313):625–28. PMID: 11557716. doi: 10.1136/bmj.323.7313.625.
2. Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy: Understanding Public Health*. Berkshire, England: Open University Press, 2005; 119 p.
3. Alliance for Health Policy and Systems Research. *What is HPSR?* : WHO, n.d. Sur Internet : <http://www.who.int/alliance-hpsr/about/hpsr/en/> (consulté le 30 mai 2016).
4. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan* 2008;23(5):308–17. PMID: 18701552. doi: 10.1093/heapol/czn024.
5. Walt G, Gilson L. Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. *Health Policy Plan* 2014;29(Suppl 3):iii6–22. PMID: 25435537. doi: 10.1093/heapol/czu081.
6. Ghaffar A, Gilson L, Tomson G, Viergever R, Rottingen JA. Where is the policy in health policy and systems research agenda? *Bull World Health Organ* 2016;94(4):306–8. PMID: 27034524. doi: 10.2471/BLT.15.156281.
7. Robert E. *Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne : débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins*. Montréal, QC : Université de Montréal, 2015; 310 p. Sur Internet : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12308> (consulté le 30 mai 2016).
8. Gilson L. *Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader*. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research/World Health Organization, 2012; 427 p. Sur Internet : http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf (consulté le 30 mai 2016).
9. Resweber J-P. Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication* 2011;19:171–200. Sur Internet : <http://questionsdecommunication.revues.org/2661> (consulté le 30 mai 2016).
10. Frediani AA. Sen's capability approach as a framework to the practice of development. *Dev Pract* 2010;20(2):173–87. doi: 10.1080/09614520903564181.
11. Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literature 1994–2007. *Health Policy Plan* 2008;23(5):294–307. PMID: 18650209. doi: 10.1093/heapol/czn019.
12. Robert E, Samb OM, Ridde V, Marchal B. Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste. *Cahiers REALISME n°1*, 2015. Sur Internet : <http://www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/num-1/> (consulté le 30 mai 2016).
13. Gilson L. Qualitative research synthesis for health policy analysis: What does it entail and what does it offer? *Health Policy Plan* 2014;29(Suppl 3):iii1–iii5. PMID: 25392133. doi: 10.1093/heapol/czu121.
14. Béland D, Ridde V. Ideas and policy implementation: Understanding the resistance against free health care in Africa. *Global Health Governance*, in press.
15. Grundy J, Hoban E, Allender S, Annear P. The inter-section of political history and health policy in Asia – The historical foundations for health policy analysis. *Soc Sci Med* 2014;117:150–59. PMID: 25066947. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.047.
16. Ridde V. Policy implementation in an African state: An extension of Kingdon's multiple-streams approach. *Public Administration* 2009;87(4):938–54. doi: 10.1111/j.1467-9299.2009.01792.x.
17. Robert E, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation* 2013;36(3):79–108. PMID: 27423936. doi: 10.7202/1025741ar.

Reçu: 19 février 2016

Accepté: 21 septembre 2016

ABSTRACT

In this commentary, we propose four principles for health policy and systems research in low- and middle-income countries that we think should be ingrained in research practices in this field. These principles are: complementarity of analytical perspectives; interdisciplinarity; cross-cutting knowledge; and theoretical and conceptual foundations. We illustrate each principle with the study of two reforms implemented in sub-Saharan Africa: user fee exemption policies and results-based financing. Taking these four principles into account allows a broader understanding of health systems challenges, and a nuanced approach to reflecting on each of the investigated dimensions. The examples demonstrate the interest of adopting a holistic and systemic approach to researching health systems and policies to go beyond the dominant technocratic vision, often focused on their performance and financing.

KEY WORDS: Health systems; health policy; Africa; research; low- and middle-income countries