

DOSSIER D'INFORMATION SUR L'APPLICATION DES CONNAISSANCES ET L'INFLUENCE SUR LES POLITIQUES ET PRATIQUES

BASÉ SUR L'ÉVALUATION SOMMATIVE DE L'INITIATIVE INNOVATION POUR LA SANTÉ DES
MÈRES ET DES ENFANTS D'AFRIQUE (ISMEA)

CONCEPTS CLÉS

Application des connaissances : « *la synthèse, l'échange et l'application des connaissances par les parties prenantes pertinentes afin d'accélérer l'utilisation des avantages de l'innovation mondiale et locale pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la santé de la population* ». [1] Il s'agit d'un « processus itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application éthique des connaissances ». [2]

Recherche sur la mise en œuvre : « *l'étude scientifique des questions relatives à la mise en œuvre - l'acte de concrétiser une intention, ce qui, dans la recherche en santé, peut être des politiques, des programmes ou des pratiques individuelles (qu'on appelle collectivement les « interventions »). L'objectif est de comprendre les interventions qui fonctionnent dans le « monde réel », ainsi que comment et pourquoi elles fonctionnent, et de mettre à l'essai des approches permettant de les améliorer.* » [3]

Recherche intégrée : « *visé à mettre en lumière les obstacles à la mise en œuvre et les défaillances connexes des systèmes de santé, en faisant appel à des acteurs travaillant au sein des systèmes de soins de santé en vue de mener une étude scientifique rigoureuse* ». [4]

CONTEXTE

Le dossier d'information sur l'application des connaissances a été préparé dans le cadre de l'évaluation sommative de l'initiative ISMEA, qui vise à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants en renforçant les systèmes de santé, avec comme point d'entrée les soins de santé primaires. L'ISMEA a été lancée en mars 2014 par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Affaires mondiales Canada (AMC), et devrait prendre fin en juillet 2021.

L'ISMEA appuie 28 projets de recherche sur la mise en œuvre dans 11 pays africains, lesquels ont été attribués à 19 équipes de recherche dans le cadre d'une première sélection, ainsi que neuf subventions de synergie élargissant la portée et la profondeur des projets sélectionnés. Toutes les équipes sont dirigées par un chercheur principal (CP) d'un établissement de recherche africain. De plus, elles ont un cochercheur principal affilié à un établissement de recherche canadien, ainsi qu'un cochercheur principal occupant un poste de décision, généralement au sein du gouvernement local, régional ou national. Deux subventions supplémentaires ont été accordées à des organismes de politiques et recherche en matière de santé (OPRS) en Afrique de l'Ouest et de l'Est, qui sont chargées de soutenir le renforcement des capacités des équipes de recherche, de faciliter l'apprentissage mutuel entre elles, de soutenir l'application des connaissances, et d'accroître la visibilité de la recherche afin de faciliter l'adoption des résultats à échelle dans les politiques nationales et régionales sur la santé.

L'évaluation sommative a été réalisée entre novembre 2019 et septembre 2020. Les données ont été collectées entre décembre 2019 et mai 2020, notamment au moyen d'un sondage en ligne auprès des chercheurs de l'ISMEA et d'entrevues avec des informateurs clés : chercheurs, décideurs et d'autres parties prenantes au Canada et dans les pays du programme. Enfin, le dossier d'information résume les constatations de l'évaluation sur les modalités utilisées par les équipes de recherche pour influencer les politiques et pratiques, et sur le soutien qu'elles ont reçu pour accomplir cette tâche de la part de l'équipe de gestion de l'ISMEA et des OPRS. Il permet de tirer des leçons et de formuler des recommandations découlant de ces constatations.

APPLICATION DES CONNAISSANCES ET RECHERCHE INTÉGRÉE

Les politiques, les systèmes ou les programmes de santé ne s'améliorent pas automatiquement parce qu'il existe des données probantes solides. La connaissance et la disponibilité d'interventions efficaces ne signifient pas qu'elles sont appliquées ou mises en pratique. Parmi les défis posés par l'intégration des données probantes dans les politiques et pratiques en santé, on peut mentionner les conflits de rôles entre chercheurs qui produisent des données probantes et décideurs qui, dans un environnement politique, doivent résoudre les problèmes en temps réel sur la base de données probantes souvent incomplètes.

L'application des connaissances est le terme utilisé pour désigner les efforts visant à combler le fossé entre chercheurs et décideurs, et à renforcer le lien entre la recherche et l'action. En 2013, le *Rapport sur la santé mondiale relative à la recherche pour la couverture sanitaire universelle* a indiqué, en guise de principale recommandation visant à traduire la recherche en politiques et pratiques, que **la recherche devrait être intégrée dans les processus d'élaboration des politiques** afin de faciliter le dialogue entre la science et la pratique. [5]

Depuis lors, la documentation concernant la recherche intégrée sur les systèmes et les politiques de santé s'est étoffée. En 2018, l'état des connaissances dans ce domaine émergent a été résumé dans un mémoire technique de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé. [4] Le mémoire a reconnu que les cadres théoriques de cette approche n'étaient pas encore entièrement établis et qu'il existe de multiples définitions, modèles et concepts. Le modèle adopté par l'ISMEA, qui consiste à intégrer les décideurs à titre de cochercheurs principaux dans les projets de recherche, n'est pas très bien documenté.

Une étude, publiée en 2019, a analysé les résultats de dix projets de recherche en santé en Amérique latine qui avaient été menés conjointement par un décideur politique ou un gestionnaire de programme et un chercheur d'un établissement de recherche cocandidat. L'étude a conclu que la coproduction de recherches par les chercheurs et les utilisateurs de la recherche pourrait améliorer les politiques et pratiques fondées sur des données probantes; que la recherche intégrée accroît la probabilité que les données probantes soient utilisées pour améliorer la mise en œuvre; que la recherche intégrée dans les politiques et pratiques est facilitée lorsque les questions de recherche sont pertinentes et les résultats réalisables; et que les principales contraintes sont les délais de mise en œuvre des politiques et les processus politiques complexes. [6]

QUELLES ONT ÉTÉ LES MODALITÉS ATTENDUES ET RÉELLES UTILISÉES PAR LES BÉNÉFICIAIRES DE SUBVENTIONS DE L'ISMEA POUR INFLUER SUR LES POLITIQUES ET PRATIQUES?

L'appel à propositions lancé par l'ISMEA a défini les caractéristiques communes à tous les projets financés. Toutefois, il y avait des différences considérables entre les projets en ce qui concerne le type de questions de recherche posées et leur position dans le continuum allant de la pratique des soins de santé primaires à la politique nationale de santé.

- À une extrémité de ce continuum, on retrouvait des projets qui mettaient en œuvre des activités **au niveau des soins de santé primaires et communautaire** afin d'accroître l'utilisation, l'équité et la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile. Ces activités comprenaient, par exemple, des mesures visant à améliorer l'efficacité de la prestation des services fournis par les agents de santé communautaires bénévoles; l'élaboration de systèmes communautaires de transport de patients; ou l'amélioration de la capacité des établissements de soins de santé primaires à fournir des services. En général, les projets ont été mis en œuvre dans une aire géographique limitée, couvrant les populations et les services d'un district, d'un sous-district ou même d'une unité administrative plus petite, et ils se sont concentrés plus directement sur la pratique des soins primaires plutôt que sur les politiques.
- À l'autre extrémité du continuum, on trouvait des projets qui ancrèrent leurs questions de recherche dans des **initiatives en matière de politique nationale de santé**, telles que l'instauration d'une politique relative aux soins de santé maternels gratuits; d'une politique visant à introduire un mécanisme de paiements basés sur le rendement pour les travailleurs de la santé de la fonction publique; ou d'une

révision de la méthodologie de collecte des données sur la mortalité dans le système national d'information sanitaire.

Tous les projets de l'ISMEA ont pu être cartographiés dans ce continuum, de la pratique des soins de santé primaires à la politique nationale de santé, en fonction de leur proximité avec l'un de ces deux pôles. Leur position s'est avérée un facteur déterminant des modalités utilisées pour l'application des connaissances. Par ailleurs, les équipes de projet qui ont effectué des recherches sur les interventions au niveau des soins de santé primaires et communautaire comprenaient généralement des décideurs chercheurs principaux basés au niveau district qui ont joué un rôle essentiel dans la communication des résultats de la recherche aux autorités sanitaires de niveau supérieur. Dans le cadre de certains projets, les chercheurs principaux ont participé à des groupes de travail techniques nationaux qui leur ont permis de présenter directement leurs résultats lors des discussions politiques nationales. C'est ce qui s'est produit dans au moins un pays visité par l'équipe d'évaluation où les représentants du ministère de la santé qui ont été interrogés ont déclaré que le gouvernement avait retardé la mise en œuvre d'une politique sur les agents de santé communautaires en attendant les résultats d'une étude financée par l'ISMEA sur les méthodes permettant de motiver ces cadres bénévoles et de les maintenir en poste.

Les OPRS ont joué un rôle important pour faciliter l'application des connaissances de la recherche menée au niveau des soins de santé primaires et communautaire. Leur position et leurs liens avec les institutions politiques intergouvernementales ont facilité l'accès aux décideurs nationaux et ont fourni des plateformes pour la diffusion nationale des résultats de la recherche.

- **Le regroupement géographique**, c'est-à-dire des présentations conjointes et des dialogues politiques facilités par les OPRS et réalisés par tous les projets menés dans un pays, a semblé renforcer l'influence politique. Toutefois, il ne s'agit que d'une constatation préliminaire, car la collecte de données pour l'évaluation s'est avérée trop précoce pour évaluer l'incidence des politiques.
- Le thème de l'ISMEA, soit la santé des mères et des enfants, a fourni une base commune pour des **regroupements thématiques**. Des événements nationaux, régionaux et mondiaux ont permis de présenter tous les projets de l'ISMEA et d'en discuter. Même si certains projets menés dans plusieurs pays étaient axés sur le sous-thème des services fournis par les agents de santé communautaires, l'évaluation n'a relevé aucun regroupement d'activités de diffusion ou d'application des connaissances autour de ce thème au sein des pays ou entre plusieurs pays.

Les modalités d'application des connaissances utilisées par les projets travaillant sur la mise en œuvre de politiques nationales ont été très différentes. Bien que ces projets aient également collecté et analysé des données au niveau des soins de santé primaires et communautaire, ils l'ont fait dans le but d'étudier la mise en œuvre et l'incidence des politiques nationales ou des politiques prévues. Leurs décideurs chercheurs principaux travaillaient généralement au niveau gouvernemental national et avaient souvent une grande influence sur la définition des questions de recherche. Enfin, les données probantes produites par ces projets ont permis d'alimenter directement les décisions politiques nationales. Par conséquent, elles dépendaient donc moins du soutien des OPRS.

QU'EST-CE QUI A BIEN FONCTIONNÉ ET QU'EST-CE QUI N'A PAS FONCTIONNÉ COMME PRÉVU?

Les processus politiques ont leurs propres échéanciers qui sont généralement beaucoup plus longs que le cycle de vie des projets de recherche sur la mise en œuvre. Par conséquent, il était sans doute trop tôt pour tirer des conclusions sur l'efficacité des approches d'application des connaissances sur la base des données recueillies au cours de la dernière année de l'ISMEA, alors que les équipes de recherche faisaient encore la collecte de données et l'analyse des résultats de recherche. Néanmoins, plusieurs équipes de recherche ont fait état de **succès initiaux par rapport aux politiques et pratiques** auxquels elles avaient contribué à des degrés divers. Bien qu'il s'agisse de résultats préliminaires, il convient de souligner qu'ils ont été obtenus par des projets qui ont collaboré directement avec les autorités sanitaires nationales, et par des projets qui ont collaboré avec les décideurs au niveau des établissements de santé ou des districts.

ÉCHELON	EXEMPLES DE SUCCES RELATIFS AUX POLITIQUES ET PRATIQUES
Au niveau de la communauté et des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de santé discutées par le groupe de femmes ont été intégrées dans les politiques des hôpitaux et centres de santé. • Des cartes d'apprentissage entre pairs et d'apprentissage par simulation ont été introduites dans les établissements de soins de santé primaires pour aider les prestataires de services à retenir leurs connaissances et compétences.
Au niveau infranationale (district, région ou état)	<ul style="list-style-type: none"> • La santé mentale a été intégrée dans les services de soins de santé primaires au niveau de l'État. • Une politique exigeant que les femmes bénéficiant de soins prénataux soient accompagnées de leur partenaire masculin a été revue car elle s'est avérée discriminatoire à l'égard des femmes célibataires. • Le gouvernement de l'État a adopté une stratégie et des lignes directrices concernant les visites à domicile pour tous les partenaires en santé travaillant dans l'État. • La présentation des résultats de la recherche au gouvernement de l'État a contribué à accélérer le développement de l'institution chargée de fournir des services de soins de santé primaires.
Au niveau nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme national de lutte contre le paludisme a révisé ses processus de sélection, de formation et de supervision des agents de santé communautaires. • Le ministère de la santé a adopté le curriculum du projet pour la formation des prestataires de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et en anesthésie.

Il est trop tôt pour prévoir quels types de projets auront la plus grande incidence sur l'amélioration des politiques et pratiques, et quels types de projets ne fonctionneront pas comme prévu. De nombreuses équipes de recherche ont affronté des contraintes, notamment des changements de décideurs cochercheurs principaux qui ont été affectés à des postes différents au sein de leur administration; des changements dans les politiques ou les priorités nationales; ou des constatations que les interventions mises à l'essai n'ont pas permis d'améliorer l'accès aux soins ou la prestation des services. Toutefois, il s'agit là de risques potentiels liés à la recherche sur la mise en œuvre qui n'invalident pas nécessairement le travail accompli et n'empêchent pas la production de données probantes pour l'amélioration de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

EN QUOI LA SITUATION A-T-ELLE ÉVOLUÉ DIFFÉREMMENT AU NIVEAU LOCAL, NATIONAL OU RÉGIONAL, SELON LA THÉMATIQUE OU LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE ?

L'ISMEA a financé des projets dans deux zones régionales; 9 projets menés par 6 équipes de recherche en Afrique de l'Ouest et 19 projets menés par 13 équipes de recherche en Afrique de l'Est. Chaque groupe a été soutenu par un OPRS. Dans le cadre d'une enquête menée par l'équipe d'évaluation, les chercheurs africains ont estimé que les deux OPRS étaient aussi efficaces l'une que l'autre, tandis que les réponses des chercheurs canadiens variaient considérablement, avec plusieurs d'entre eux refusant d'attribuer une note.

Les efforts visant à exercer une **influence politique régionale** ont été mis en œuvre par les deux OPRS en utilisant les forums politiques et techniques intergouvernementaux existants. Au moment de l'évaluation, il n'était pas encore possible d'évaluer l'efficacité de ces efforts.

Les équipes de recherche et les OPRS étaient engagés dans la génération d'**influence politique nationale** en utilisant les modalités déjà décrites. Les efforts combinés des équipes de recherche en Tanzanie et de l'OPRS d'Afrique de l'Est ont particulièrement bien réussi à attirer l'attention nationale. Six (6) équipes de recherche en Tanzanie ont reçu du financement pour 10 projets de l'ISMEA, pour un budget combiné de près de 8 millions de dollars. En outre, le Canada soutient plusieurs programmes de santé de grande envergure en Tanzanie et bénéficie d'une grande visibilité dans le secteur de la santé. Ces facteurs peuvent avoir contribué à renforcer l'influence politique des projets de l'ISMEA dans ce pays.

Les projets menés au **niveau local** ont fait état d'une influence sur les pratiques au niveau de la communauté, des établissements de santé et des districts, ainsi que, dans la plupart des cas, d'efforts de mise à l'échelle de

ces pratiques pour susciter des changements de politique à des niveaux supérieurs. L'efficacité variait d'un projet à l'autre.

QUELS SONT LES LEÇONS APPRISES ET LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA MESURE DE L'INFLUENCE SUR LES POLITIQUES ET PRATIQUES / RÉSULTATS POUR DES INITIATIVES COMPLEXES TELLES QUE L'ISMEA?

L'**indicateur** défini par l'ISMEA pour mesurer l'influence sur les politiques et pratiques était le « *nombre (type) d'influence des projets de recherche de l'ISMEA sur les politiques et la programmation par projet* ». Les principales complexités liées à la mesure de cet indicateur sont (i) le **décalage dans le temps des changements de politiques et pratiques**, et (ii) la **difficulté d'évaluer la contribution**, en particulier lorsque l'influence est reportée par les responsables de la mise en œuvre des projets eux-mêmes. Les politiques peuvent faire référence aux lignes directrices normatives, mais rarement aux résultats de recherche individuels. Par exemple, lorsqu'une équipe de recherche signale que la présentation de ses résultats a conduit à un développement accéléré de l'institution étatique chargée de fournir les soins de santé primaires, des questions de quantification et de vérification se posent. Des évaluations d'impact **au niveau projets** permettraient des évaluations qualitatives de la mesure dans laquelle chacun a exercé une influence sur les politiques et pratiques. Même si cette option peut être envisagée pour un échantillon de projets, elle n'est pas réalisable pour une initiative qui a financé 28 projets. Cela soulèverait également des questions d'agrégation. Par exemple, comment agréger l'influence d'un projet de recherche dans un pays où les responsables gouvernementaux ont déclaré qu'ils attendaient les évidences de la recherche avant de mettre en œuvre une politique nationale avec les résultats d'une autre équipe de recherche ayant indiqué que les établissements de santé d'une zone locale étaient plus ouverts à discuter des questions soulevées par les groupes de femmes?

Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer l'**influence politique globale** d'une grande initiative comme l'ISMEA, l'influence des projets individuels peut être évaluée qualitativement et présentée sur une échelle allant de faible à élevé à différents niveaux de politiques et pratiques (local, national, régional). Cependant, en ce qui concerne le **suivi en temps réel** de l'application des connaissances, la seule option viable pour effectuer une mesure quantitative globale est de compter les activités d'application des connaissances. Cela nécessite toutefois une définition claire des activités d'application des connaissances, qui les distingue des activités de dissémination pures telles que la présentation des résultats d'étude dans un contexte universitaire, ainsi qu'un moyen de vérification des activités d'application des connaissances autodéclarées.

RECOMMANDATIONS

- ⇒ **Recommandation 1** : Afin de mieux évaluer l'influence sur les politiques et pratiques des initiatives complexes telles que l'ISMEA, des évaluations d'impact d'un échantillon de projets pourraient être commandées entre un et deux ans après la fin du projet afin de tenir compte du décalage dans le temps des changements de politiques et pratiques.
- ⇒ **Recommandation 2** : Dans le cadre de toute future initiative complexe visant à influencer sur les politiques et pratiques, les bailleurs de fonds partenaires devraient envisager d'inclure un indicateur pour les activités d'application des connaissances qui serait défini selon les définitions acceptées du concept d'application des connaissances et comprendrait un moyen de vérifier si les activités déclarées répondent à ces définitions.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. *Bridging the “know-do” gap: Meeting on knowledge translation in global health*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2005.
2. Instituts de recherche en santé du Canada. Application des connaissances. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/29529.html>; consulté le 23 juillet 2020.
3. Peters, D. H., T. Adam, O. Alonge, I. A. Agyepong et N. Tran. « Implementation research: what it is and how to do it ». *Br J Sports Med*. 2014; 48: p. 731-736.
4. Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé. *Embedded health policy and systems research: Within the system, for the system, used by the system*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2018.
5. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2013 - La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2013.
6. Langlois, E.V., A. Mancuso, V. Elias, L. Reveiz, *Embedding implementation research to enhance health policy and systems: a multi-country analysis from ten settings in Latin America and the Caribbean*. *Health Research Policy and Systems*. 2019; 17:85