

Université de Montréal

**Mise en œuvre, mise à l'échelle et pérennisation des initiatives innovantes dans les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées : Cas de la Tunisie**

par Marie-Claire Ishimo

Département de Gestion, Évaluation et Politique de Santé  
École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Thèse présentée  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor-Doctorat (Ph.D.)  
en Santé Publique  
option Organisation des Soins de Santé

Août 2019

© Marie-Claire Ishimo, 2019

Université de Montréal  
Département de Gestion, Évaluation et Politique de Santé  
École de Santé Publique de l'Université de Montréal

---

*Cette thèse intitulée*

**Mise en œuvre, mise à l'échelle et pérennisation des initiatives innovantes dans les systèmes  
de santé des pays avec des ressources limitées : Cas de la Tunisie**

*Présentée par*

**Marie-Claire Ishimo**

*A été évaluée par un jury composé par les personnes suivantes*

**Régis Blais**

Président-rapporteur

**François Champagne**

Directeur de recherche

**Lambert Farand**

Codirecteur de recherche

**Carl-Ardy Dubois**

Membre du jury

**Hélène Laperrière**

Examinatrice externe

**Jean-Louis Denis**

Représentant du doyen

## Résumé

Dans beaucoup de pays, surtout dans des pays avec des ressources limitées, des efforts importants sont investis dans la mise en œuvre des initiatives innovantes à petite échelle, qui connaissent beaucoup de succès au niveau local mais qui subséquemment n'arrivent pas à être soutenues et étendues, et déclinent avec le temps. L'objectif de cette thèse est de comprendre et d'approfondir les enjeux liés aux processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des initiatives innovantes dans des pays avec des ressources limitées. Ce sujet est important vu les défis majeurs auxquels sont actuellement confrontés les systèmes de santé dans ces pays.

Cette thèse analyse la mise en œuvre, la mise à l'échelle et la pérennisation des initiatives innovantes selon la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons. Cette théorie stipule que toute action sociale est composée de petites sous-unités de systèmes d'action interreliées et imbriquées les unes avec les autres, interagissant entre elles et avec leur propre environnement. La théorie de l'action sociale permet d'effectuer des analyses portant sur différents phénomènes liés et imbriqués, et situés à différents niveaux systémiques et temporels comme les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation. Dans le cadre de cette thèse, nous concevons le système d'action sociale du processus de mise à l'échelle comme un système d'action sociale du processus de mise en œuvre à un niveau supérieur dans l'espace, et le système d'action du processus de pérennisation comme un système d'action du processus de mise en œuvre continue dans le temps au même niveau ou à un niveau supérieur.

Dans le cadre de la recherche, nous avons étudié ces trois processus dans un contexte de pays avec des ressources limitées, à l'aide d'une étude de cas multiples basée sur une recherche qualitative avec des niveaux d'analyse imbriqués. Quatre initiatives innovantes introduites dans le secteur de la santé tunisien entre 1964 et 2010 ont fait l'objet de l'étude. Il s'agit de : la stratégie mobile pour les services de planification familiale (1964), le projet de réforme de la gestion des hôpitaux universitaires (1991), le programme national de développement des circonscriptions sanitaires (1994), et le projet d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins (2010). Les données ont été collectées par le biais d'entrevues semi-dirigées, suivies d'une période d'observation de dix jours (et de discussions informelles), et d'un examen des documents officiels pour chaque initiative étudiée. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu

dans le logiciel QDA-Miner (version 4.1.27). Cette recherche empirique nous a permis de mettre en évidence la nature et le niveau d'influence de plusieurs déterminants contextuels qui permettent d'expliquer les différents niveaux de mesure (structurel, processuel et effectif) de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation proposés par le cadre théorique de l'étude.

Les résultats de cette recherche soutiennent la proposition qu'il est possible que les systèmes d'action sociale des processus de mise en œuvre et de mise à l'échelle (quel que soit le niveau) soient principalement influencés par des déterminants structurels (engagement politique, contexte historique et juridique, etc.) et organisationnels (leadership, expertise technique, disponibilité des ressources, collaborations, etc.), tandis que des déterminants individuels (niveau des compétences, engagement, confiance et motivation) et des caractéristiques liées aux initiatives innovantes (pertinence, compatibilité pratique et technique avec le contexte local, simplicité, etc.) soient davantage impliqués dans le système d'action sociale du processus de pérennisation. Ces résultats envoient un signal aux bailleurs de fonds et décideurs qui voudraient réussir la mise en œuvre, la mise à l'échelle et la pérennisation des initiatives innovantes dans le domaine de la santé dans un contexte de ressources limitées.

Au regard de ces résultats, nous avons proposé une nouvelle approche intégratrice permettant de mieux appréhender l'analyse des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des initiatives innovantes dans les systèmes de santé. Cette approche considère les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation comme étant des systèmes d'action sociale imbriqués et interreliés, qui sont en constante évolution et en interaction avec un environnement commun englobant plusieurs déterminants de succès ou d'échec agissant à différents niveaux (structurel, organisationnel, individuel et intervention).

**Mots-clés :** Mise en œuvre, mise à l'échelle, pérennisation, systèmes d'action sociale, initiatives innovantes, déterminants contextuels, pays avec des ressources limitées, Tunisie.

## **Abstract**

In many countries, especially in countries with limited resources, significant efforts are invested in the implementation of small-scale innovative initiatives, which are very successful at the local level, but subsequently fail to be expanded and decline over time. The objective of this thesis is to understand and explain the issues related to the implementation, scaling up and sustainability processes of innovative initiatives in countries with limited resources. This topic is important given the major challenges currently facing health systems in these countries.

This thesis analyzes the implementation, scaling up and sustainability of innovative initiatives according to Talcott Parsons' social action theory. This theory states that all social action is composed of small subunits of interrelated and interlocking systems of action interacting with each other and with their own environment. The social action theory allows for analysis of different related and embedded phenomena at different systemic and temporal levels such as implementation, scaling up and sustainability processes. As part of this thesis, we design the social action system of the scaling up process as a social action system of the implementation process at a higher level in space, and the social action system of the sustainability process as a social action system of the continuous implementation process over time at the same level or at a higher level.

As part of the research, we investigated these three processes in a country context with limited resources, using a multiple case study based on qualitative research with nested levels of analysis. Four innovative initiatives introduced in the Tunisian health sector between 1964 and 2010 were the subject of the study. These include the Mobile Strategy for Family Planning Services (1964), the Hospital Management Reform Project (1991), the National Health District Development Program (1994), and the Vaccine Supply Chain Optimization Project (2010). Data was collected through semi-structured interviews, followed by a ten-day observation period (and informal discussions) and review of official documents for each initiative. The data was analyzed using a content analysis in the QDA-Miner software (version 4.1.27). This empirical research has allowed us to highlight the nature and the level of influence of the contextual determinants that make it possible to explain the different levels of implementation, scale up and sustainability measures (structural, procedural and effective) proposed by the theoretical framework of the study.

The results of this research support the proposition that social action systems of implementation and scaling up processes (at any level) may be primarily influenced by structural determinants (political commitment, historical and legal context, etc.) and organizational (leadership, technical expertise, availability of resources, collaborations, etc.), while individual determinants (level of skills, commitment, trust and motivation) and characteristics related to innovative initiatives (relevance, practical and technical compatibility with the local context, simplicity, etc.) are more involved in the social action system of the sustainability process. These results send a signal to donors and policymakers who would like to successfully implement, scale up and sustain innovative health initiatives in the context with limited resources.

In light of these results, we have proposed a new integrative approach to better understand the analysis of implementation, scaling up and sustainability processes of innovative initiatives in health systems. This approach considers the processes of implementation, scaling up and sustainability as interconnected and interlocking social action systems, in constant evolution and interaction with a common environment encompassing several contextual determinants of success and challenges operating at different levels (structural, organizational, individual and intervention).

**Keywords:** Implementation, scaling up, sustainability, social action systems, innovative initiatives, contextual determinants, countries with limited resources, Tunisia.

## Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Table des matières .....	vi
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures .....	xiii
Liste des sigles .....	xv
Liste des abréviations.....	xvii
Dédicaces .....	xviii
Remerciements.....	xix
PARTIE 1. INTRODUCTION .....	1
PARTIE 2. RECENSION DES ECRITS.....	4
Chapitre 1 - Conceptualisations et aspects de mesure de la mise en œuvre, pérennisation et mise à l'échelle .....	5
Section 1 - Mise en œuvre : Concepts, mesures et analyses.....	7
1.1.1. Conceptualisation de la mise en œuvre.....	7
1.1.2. Mesure de la mise en œuvre .....	8
1.1.3. Analyse de la mise en œuvre .....	14
1.1.4. Éléments de synthèse sur la conceptualisation et la mesure de la MEO .....	17
1.1.5. Propositions et principales conclusions sur les éléments de mesure de la MEO.....	25
Section 2 - Pérennisation : Concepts, mesures et analyses.....	26
1.2.1. Conceptualisation de la pérennisation .....	26
1.2.2. Mesure de la pérennisation .....	28
1.2.3. Analyse de la pérennisation .....	33
1.2.4. Éléments de synthèse sur la conceptualisation et la mesure de la P .....	36
1.2.5. Propositions et principales conclusions sur les éléments de mesure de la P .....	37
Section 3 - Mise à l'échelle : Concepts, mesures et analyses .....	39
1.3.1. Conceptualisation de la mise à l'échelle.....	39
1.3.2. Mesure de la mise à l'échelle.....	40
1.3.3. Analyse de la mise à l'échelle.....	42
1.3.4. Éléments de synthèse sur la conceptualisation et la mesure de la MAE .....	43

1.3.5. Propositions et principales conclusions sur les éléments de mesure de la MAE.	44
Chapitre 2 – Les déterminants de mise en œuvre, pérennisation et mise à l’échelle.....	44
2.1. Déterminants de mise en œuvre.....	44
2.1.1. Déterminants structurels de mise en œuvre .....	45
2.1.2. Déterminants organisationnels de mise en œuvre.....	45
2.1.3. Déterminants liés aux promoteurs de l’intervention.....	46
2.1.4. Déterminants liés aux bénéficiaires de l’intervention.....	46
2.1.5. Déterminants liés aux caractéristiques de l’intervention .....	47
2.2. Déterminants de pérennisation.....	48
2.2.1. Déterminants structurels de pérennisation .....	48
2.2.2. Déterminants organisationnels de pérennisation .....	49
2.2.3. Déterminants liés aux promoteurs de l’intervention.....	50
2.2.4. Déterminants liés aux bénéficiaires de l’intervention.....	50
2.2.5. Déterminants liés aux caractéristiques de l’intervention .....	50
2.2.6. Déterminants liés au processus de pérennisation.....	51
2.3. Déterminants de mise à l’échelle .....	52
2.3.1. Déterminants structurels de mise à l’échelle .....	52
2.3.2. Déterminants organisationnels de mise à l’échelle.....	52
2.3.3. Déterminants liés aux caractéristiques de l’intervention .....	53
2.3.4. Déterminants liés à la stratégie de mise à l’échelle .....	54
2.3.5. Défis de mise à l’échelle.....	54
2.4. Éléments de synthèse sur les déterminants de MEO, P et MAE .....	55
Chapitre 3 – Mécanismes de mise en œuvre, pérennisation et mise à l’échelle.....	62
3.1. Mécanismes de mise en œuvre .....	62
3.2. Mécanismes de pérennisation .....	63
3.3. Mécanismes de mise à l’échelle.....	65
<b>PARTIE 3. CADRE THEORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....</b>	<b>66</b>
Chapitre 4 – Cadre théorique .....	66
4.1. Théorie de l’action sociale de Parsons.....	66
4.1.1. Système d’action sociale.....	68
4.1.2. Conditions d’un système d’action sociale .....	69



4.1.3. Systèmes d’alignement entre les fonctions de l’action sociale.....	71
4.2. Justification du choix de la théorie de l’action sociale .....	72
Chapitre 5 – Questions de recherche .....	74
PARTIE 4. CONTEXTE DE L’ÉTUDE .....	75
Chapitre 6 - Contexte de la Tunisie .....	75
6.1. Contexte historique .....	75
6.2. Contexte politique.....	75
6.3. Contexte économique.....	76
6.4. Profil sociodémographique .....	76
6.5. Profil sanitaire.....	77
6.6. Organisation du système de santé tunisien .....	79
6.6.1. Système de soins.....	79
6.6.2. Financement du système de santé.....	80
6.6.3. Formations sanitaires .....	80
6.7. Historique des réformes de santé en Tunisie .....	81
6.7.1. Phase I - Expansion du système de santé (1960-70).....	81
6.7.2. Phase II - Couverture sanitaire (1980-90).....	81
6.7.3. Phase III - Vaste programme de réforme du système de santé (1990-2000).....	82
6.7.4. Phase IV - Programme de mise à niveau du secteur public (2008-2013).....	83
6.7.5. Phase V - Nouvelle politique de santé (2015 – 2020) .....	83
PARTIE 5. METHODOLOGIE .....	85
Chapitre 7 – Composante théorique.....	85
7.1. Approche générale .....	85
7.2. Recherche documentaire.....	86
Chapitre 8 – Composante empirique.....	86
8.1. Choix de la stratégie et du devis de recherche.....	86
8.2. Validité de la stratégie de recherche .....	88
8.2.1. Crédibilité .....	88
8.2.2. Transférabilité.....	88
8.2.3. Fiabilité.....	89
8.2.4. Confirmabilité.....	89

8.3. Population à l'étude .....	89
8.3.1. Échantillonnage des initiatives innovantes .....	89
8.3.2. Échantillonnage des entrevues semi-dirigées individuelles.....	96
8.4. Collecte des données.....	97
8.4.1. Sources de données.....	97
8.4.2. Instruments de collecte .....	98
8.4.3. Qualité des instruments de collecte .....	99
8.5. Analyse des données .....	99
PARTIE 6. RESULTATS.....	100
Chapitre 9 - Analyse des déterminants de la MEO, MAE et P : Étude de cas multiples en Tunisie	
.....	100
Résumé.....	100
9.1. Introduction.....	102
9.2. Objectifs de la recherche.....	104
9.3. Description des cas .....	104
9.3.1. Cas 1: La stratégie mobile des services de PF (1964) .....	104
9.3.2. Cas 2: Le PNDCS (1994) .....	105
9.3.3. Cas 3: Le projet de réforme de la gestion hospitalière (1991).....	106
9.3.4. Cas 4: Le projet Optimize (2010) .....	107
9.4. Méthodes.....	108
9.4.1. Stratégie de recherche.....	108
9.4.2. Échantillonnage .....	109
9.4.3. Collecte des données.....	110
9.4.4. Analyse des données.....	112
9.5. Résultats.....	116
9.5.1. Cas 1: La stratégie mobile des services de PF (1964) .....	116
9.5.2. Cas 2: Le PNDCS (1994) .....	126
9.5.3. Cas 3: Le projet de réforme de la gestion hospitalière (1991).....	134
9.5.4. Cas 4: Le projet Optimize (2010) .....	141
9.6. Discussion .....	151
Bibliographie.....	157

Chapitre 10 – Élaboration d’un cadre théorique pour l’analyse et la mesure des processus de MEO, MAE et P.....	164
Résumé.....	164
10.1. Introduction.....	165
10.2. Cadre théorique.....	168
10.2.1. Structure.....	168
10.2.2. Processus.....	168
10.2.3. Fonctions.....	169
10.3. Résultats.....	171
10.3.1. Élaboration d’un cadre théorique pour l’analyse des processus MEO, MAE et P.....	171
10.3.2. Élaboration d’un cadre théorique pour la mesure des processus MEO, MAE et P.....	173
10.3.2.1. Types de mesure de la mise en œuvre.....	173
Mise en œuvre structurelle.....	174
Mise en œuvre processuelle.....	175
Mise en œuvre effective.....	178
10.3.2.2. Types de mesure de la pérennisation.....	181
Pérennisation structurelle.....	181
Pérennisation processuelle.....	183
Pérennisation effective.....	185
10.3.2.3. Types de mesure de mise à l’échelle.....	187
Mise à l’échelle structurelle.....	188
Mise à l’échelle processuelle.....	189
Mise à l’échelle effective.....	192
10.4. Discussion.....	193
Bibliographie.....	198
PARTIE 7. DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION.....	207
Chapitre 11 – Discussion générale.....	207
Chapitre 12 – Conclusion et contributions de l’étude.....	209
12.1. Conclusion générale et recommandations de l’étude.....	209

12.2. Contributions de l'étude.....	211
12.2.1. Contribution théorique.....	212
12.2.2. Contribution pratique.....	213
12.2.3. Contribution méthodologique.....	213
12.3. Forces et limites de l'étude .....	214
12.4. Considérations éthiques .....	214
12.5. Pistes de recherche futures.....	215
Bibliographie Générale .....	216
Annexe 1. Guide d'entretien individuel.....	xxi
Annexe 2. Grille d'observation.....	xxv
Annexe 3. Formulaire d'information et de consentement .....	xxvi
Annexe 4. Certificat éthique .....	xxx

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1.</b> Aspects de mesure de la mise en œuvre identifiés dans la littérature .....	13
<b>Tableau 2.</b> Types d'analyse de la mise en œuvre identifiés dans la littérature.....	16
<b>Tableau 3.</b> Aspects de mesure de la pérennisation identifiés dans la littérature.....	32
<b>Tableau 4.</b> Types d'analyse de la pérennisation identifiés dans la littérature.....	35
<b>Tableau 5.</b> Aspects de mesure de la mise à l'échelle identifiés dans la littérature .....	42
<b>Tableau 6.</b> Types d'analyse de la mise à l'échelle identifiés dans la littérature .....	43
<b>Tableau 7.</b> Déterminants de MEO, P et MAE des interventions en santé .....	56
<b>Tableau 8.</b> Identification des initiatives innovantes.....	92
<b>Tableau 9.</b> Cas choisis .....	96
<b>Tableau 10.</b> Sources d'information.....	109
<b>Tableau 11.</b> Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P de la stratégie mobile des services de PF .....	118
<b>Tableau 12.</b> Extraits d'entretiens sur la stratégie mobile des services de PF .....	120
<b>Tableau 13.</b> Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P du PNDCS.....	128
<b>Tableau 14.</b> Extraits d'entretiens sur le PNDCS.....	130
<b>Tableau 15.</b> Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P du projet de réforme hospitalière.....	136
<b>Tableau 16.</b> Extraits d'entretiens sur le projet de réforme hospitalière .....	138
<b>Tableau 17.</b> Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P du projet Optimize	143
<b>Tableau 18.</b> Extraits d'entretiens sur le projet Optimize .....	144
<b>Tableau 19.</b> Synthèse des déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P des initiatives innovantes .....	150

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b>	Étapes logiques de l'introduction du changement dans les organisations de soins et systèmes de santé .....	7
<b>Figure 2.</b>	Exemples d'aspects de mesure de la mise en œuvre ne faisant pas consensus dans la littérature	19
<b>Figure 3.</b>	Manque de consensus sur la position du concept d'adoption dans le processus de diffusion des innovations .....	20
<b>Figure 4.</b>	Éléments proposés pour la mesure de la mise en œuvre.....	26
<b>Figure 5.</b>	Éléments proposés pour la mesure de la pérennisation .....	39
<b>Figure 6.</b>	Éléments proposés pour la mesure de la mise à l'échelle.....	44
<b>Figure 7.</b>	Exemples de mécanismes de mise en œuvre identifiés dans la littérature.....	63
<b>Figure 8.</b>	Exemples de mécanismes de pérennisation identifiés dans la littérature .....	65
<b>Figure 9.</b>	Exemples de mécanismes de mise à l'échelle identifiés dans la littérature .....	66
<b>Figure 10.</b>	Illustration de la théorie de l'action sociale de Parsons.....	68
<b>Figure 11.</b>	Les trois conditions d'un système général d'action sociale.....	72
<b>Figure 12.</b>	Évolution du système de santé tunisien .....	84
<b>Figure 13.</b>	Trajectoire commune des initiatives innovantes dans des pays avec des ressources limitées	91
<b>Figure 14.</b>	Cadre d'analyse des déterminants de la MEO, MAE et P .....	113
<b>Figure 15.</b>	Illustration des différentes composantes de la théorie de l'action sociale .....	170
<b>Figure 16.</b>	Cadre théorique pour l'analyse des processus de MEO, MAE et P.....	172
<b>Figure 17.</b>	Types de mesure de la mise en œuvre .....	173
<b>Figure 18.</b>	Composantes de la MEO structurelle .....	175
<b>Figure 19.</b>	Composantes de la MEO processuelle.....	178
<b>Figure 20.</b>	Composantes de la MEO effective .....	180
<b>Figure 21.</b>	Types de mesure de la pérennisation .....	181
<b>Figure 22.</b>	Composantes de la pérennisation structurelle.....	183
<b>Figure 23.</b>	Composantes de la pérennisation processuelle .....	185
<b>Figure 24.</b>	Composantes de la pérennisation effective.....	187
<b>Figure 25.</b>	Types de mesure de la mise à l'échelle.....	188
<b>Figure 26.</b>	Composantes de la MAE structurelle .....	189

<b>Figure 27.</b>	Composantes de la MAE processuelle.....	191
<b>Figure 28.</b>	Composantes de la MAE effective .....	192

## Liste des sigles

BM : Banque Mondiale

CM: Centres de Maternité

CREPF : Centres Régionaux de l'Éducation et du Planning Familial

CSSB: Centres de Soins de Santé de Base

DS: Districts de Santé

DRSSB: Directions Régionales des Soins de Santé de Base

EPA : Établissements Publics à caractère Administratif

EPIC : Établissements Publics à caractère Industriel et Commercial

EPS : Établissements Publics de Santé

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

HD: Hôpitaux de District

HR: Hôpitaux Régionaux

JICA: Japan International Cooperation Agency

MAE: Mise à l'échelle

MEO: Mise en œuvre

MSP: Ministère de la Santé Publique

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONFP: Office National de la Famille et de la Population

P: Pérennisation

PF: Planification Familiale

PATH: Program for Appropriate Technology in Health

PCT: Pharmacie Centrale de la Tunisie

PNDCS: Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SAS : Système d'Action Sociale

SGI : Système de Gestion Informatisée

SIGL: Système d'Information de Gestion Logistique

SPR : Structure – Processus – Résultats



UNICEF: United Nations Children's Fund/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID: United States Agency for International Development/ Agence des États-Unis pour le Développement International

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VSSM: Vaccine System Supply Management

## **Liste des abréviations**

Al. : Alia (autres)

Coll. : Collaborateurs

Etc. : Et cætera

## Dédicaces

*‘Fais de l’Éternel tes délices, et il te donnera les désirs de ton cœur (Psaumes 37:4)’*

*À mon époux Théophanie Integuzza,*

*À ma mère Xavéra Mukankubito,*

*À Elisabeth et Michel Barnaud,*

*Que cette thèse témoigne ma reconnaissance  
pour votre soutien et votre amour sans faille  
durant ce cheminement de vie.*

## **Remerciements**

Une thèse de doctorat est un long cheminement qui ne peut être achevé que grâce à des personnes qui se trouvent sur notre chemin pour nous guider, nous écouter, et enfin, de nous rappeler qu'on n'est pas seuls. Je tiens à souligner ma gratitude pour leur apport à la réussite de ce projet.

Mes remerciements s'adressent premièrement à mes deux directeurs de recherche François Champagne et Lambert Farand. Merci pour m'avoir guidé et soutenu lors de ce cheminement, pour la pertinence de vos commentaires et le partage de votre expertise en évaluation des interventions et de la performance des systèmes de santé, et de votre connaissance des problématiques des pays avec des ressources limitées. Ce qui m'a permis d'approfondir mes réflexions d'une manière très inspirante.

Ma gratitude se tourne également vers différents organismes qui m'ont octroyé des bourses au cours de ma recherche doctorale, ce qui a énormément contribué à l'avancement de cette thèse. Je tiens à remercier le Fonds de Recherche du Québec-Santé (FRQS) pour la bourse de formation au doctorat, l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM) pour la bourse de soutien aux études, le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) pour la bourse de recherche sur le terrain, Mitacs-Globalink avec la collaboration du Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS) et la Maison Internationale de l'Université de Montréal (MIU) pour leurs bourses de soutien dans la collecte de données, et la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales (FESP) de l'Université de Montréal et l'Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) pour leur soutien à la diffusion des résultats de cette thèse à des différentes conférences nationales et internationales.

Je remercie également l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus particulièrement Ann-Lise Guisset et Guido Sabatinelli, pour leur soutien et accompagnement lors de mes travaux de recherche sur le terrain.

Un grand merci à mes collègues du programme de doctorat en santé publique : Ursulla Aho-Glele, Agathe Lorthios-Guilledroit, Jessica Maria-Violanda Spagnolo, Mamadou Mouctar Sow, Jean-Claude Mutabazi, Victor Munezero, David Zombré et Omar Malla Samb. Merci pour vos encouragements et votre soutien, qui ont été une source de motivation incontournable.

Grand merci à tous mes amis : Yustus Cyizere, Axel Taganda, Yvette Rugwabiza, Elisabeth Umubyeyi, Julien Kagabo, Yvan Munyakazi, Prosper Cyurishema, Cyrille Dikko, Igor Rutayisire, Liliane Karire, Koko Maeda, Anna Barth, Minata Sarr, Marie-Ange Iribagiza, Joie-Grâce Usabwimana, Spéciose Mukakamanzi, Frieda Shyengo, Olive Mukamana, Placide Ntwali, Emelyne Umutoni, Dorothée Girinka, Sylvie Amizero et Libérée Mugabe. Un grand merci pour votre temps d'écoute et soutien moral.

Et enfin, un grand merci à mes sœurs : Michèle Nkusi, Justine Gwira, Francine Bana, Aimée Nkusi, à mon frère Adolphe Gwaneza, à ma belle-sœur Ina Llazi et à mes beaux-frères Patrick Kabenga, Thierry Iraguha et Jean-Yves Ceunen. Merci pour votre soutien et amour inconditionnel.

## **PARTIE 1. INTRODUCTION**

Dans beaucoup de pays, de nombreuses initiatives innovantes (nouvelles pratiques, technologies, programmes et politiques de santé, stratégies de prestation de services, etc.) ont déjà démontré des effets positifs dans l'amélioration de l'état de santé des populations (Simmons, Fajans, & Ghiron, 2007), l'augmentation de l'espérance de vie (Gispert et al., 2008) et la lutte contre diverses maladies notamment des maladies transmissibles (Bhutta, Sommerfeld, Lassi, Salam, & Das, 2014) et des maladies non transmissibles (WHO, 2013). Dans des pays avec des ressources limitées, les expériences montrent que différentes initiatives innovantes ont été employées pour lutter contre le VIH/Sida (Medley, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2009; Stangl, Lloyd, Brady, Holland, & Baral, 2013), la tuberculose (P. Garner & Volmink, 2000), le paludisme (Christopher, Le May, Lewin, & Ross, 2011); améliorer la santé maternelle et infantile (Gilmore & McAuliffe, 2013; Lee et al., 2016); promouvoir la vaccination (Dykstra, Glassman, Kenny, & Sandefur, 2019; Dykstra, Glassman, Kenny, & Sandefur, 2015); prendre en charge la santé mentale (Lund, Tomlinson, & Patel, 2016); et utilisées dans beaucoup d'autres différents domaines (A. K. Hall, Cole-Lewis, & Bernhardt, 2015).

Bien que plusieurs initiatives innovantes ont réussi à démontrer des effets positifs sur la santé des populations, leur déploiement à plus grande échelle et leur durabilité demeurent un défi important, en particulier pour des pays avec des ressources limitées (Mangham & Hanson, 2010). En effet, beaucoup d'initiatives innovantes sont rarement conçues dans une perspective de pérennisation ou d'expansion future. En 2015, à la fin des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), seulement quelques pays ont atteint les OMD (Gérardin, Dos Santos, & Gastineau, 2016; OMD, 2015). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec les nouveaux objectifs de

développement durable (ODD), il est prévu qu'à l'horizon 2030, tous les pays aient atteint la couverture universelle (WHO, 2015a). L'une des solutions envisagées pour atteindre les ODD fixés est de développer et de tester de nouvelles initiatives, étendre et institutionnaliser les plus prometteuses et efficaces afin de les offrir à l'échelle mondiale de la population (WHO, 2015b).

Plusieurs stratégies sont privilégiées afin de garantir une mise en œuvre (MEO), une mise à l'échelle (MAE) et une pérennisation (P) efficaces des initiatives innovantes testées avec succès localement (David H. Peters, Adam, Alonge, Agyepong, & Tran, 2014; D. H. Peters, El-Saharty, Siadat, Janovsky, & Vujcic, 2009). Plusieurs déterminants de succès sont également identifiés à différents niveaux : du contexte environnemental, des communautés, des organisations, des individus, etc. Les données historiques sur quelques initiatives innovantes réussies démontrent que plusieurs déterminants ont beaucoup contribué à l'efficacité de leur MEO, MAE et P (R. Atun, 2012; Rifat Atun, de Jongh, Secci, Ohiri, & Adeyi, 2009; K. Hanson, Cleary, Schneider, Tantivess, & Gilson, 2010).

Bien que de nombreux déterminants semblent contribuer de façon importante à l'efficacité de la MEO, MAE et P de ces initiatives, on note également de nombreux défis (Mangham & Hanson, 2010; Travis et al., 2004; Van Damme, Kober, & Kegels, 2008). L'expérience des pays avec des ressources limitées montre que bon nombre d'initiatives innovantes sont mises en œuvre prématurément ou échouent à être mises à l'échelle et pérennisées, ce qui entraîne des gaspillages importants (A. Gupta, Thorpe, Bhattacharyya, & Zwarenstein, 2016). En effet, il arrive parfois que certaines initiatives soient mises à l'échelle sans pour autant qu'elles aient démontré leur efficacité à petite échelle (Chopra & Ford, 2005).

Une mise en œuvre efficace est une étape importante pour documenter la faisabilité et l'efficacité d'une initiative innovante à petite échelle, et permet d'identifier les conditions de succès lors de la mise à l'échelle, ainsi que le maintien de ces conditions dans le temps (Joseph A Durlak, 1998). Rares sont des initiatives mises en œuvre efficacement à petite échelle ou produisant des effets attendus et à long-terme (Chaudoir, Dugan, & Barr, 2013; Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004).

C'est dans ce contexte que notre étude s'inscrit dans le cadre d'une analyse des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des initiatives innovantes dans un contexte de ressources limitées. Nous nous intéressons à savoir pourquoi certaines initiatives innovantes réussissent et d'autres pas. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéresserons à quatre initiatives innovantes du secteur de la santé en Tunisie, il s'agit de : (i) la stratégie mobile des services de planification familiale (PF) introduite au début des années 60; (ii) le programme national de développement des circonscriptions sanitaires (PNDCS) initié en 1994; (iii) le projet d'appui à la réforme de la gestion des hôpitaux universitaires conduit en 1991; et (iv) le projet d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins initié en 2010.

L'objectif général de cette thèse vise à comprendre et approfondir les enjeux liés aux processus de mise en œuvre (MEO), de mise à l'échelle (MAE) et de pérennisation (P) des initiatives innovantes dans les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées.

Plus spécifiquement, cette thèse vise à :



- 1) Documenter les déterminants de succès et d'échec ayant contribué à la MEO, MAE, et P de quelques initiatives innovantes ; et proposer un cadre intégrateur d'analyse des déterminants de ces trois processus dans un contexte de ressources limitées
- 2) Proposer un cadre général théorique pour l'analyse des processus de MEO, MAE et P des initiatives innovantes dans le domaine de la santé
- 3) Élaborer et opérationnaliser un cadre de mesure des processus de MEO, MAE et P des initiatives innovantes dans les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées.

Cette thèse apporte une contribution importante à l'avancement des connaissances dans le champ de l'analyse de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et des effets à long-terme des innovations dans les systèmes de santé, en particulier pour des pays avec des ressources limitées. Elle participe aux réflexions théoriques et méthodologiques sur l'utilisation des concepts de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations dans le domaine de la santé.

Cette thèse est écrite en sept parties. La première partie (la présente partie) porte sur l'introduction, la deuxième partie concerne la recension des écrits, la troisième partie porte sur le cadre théorique, la quatrième partie est sur le contexte de l'étude, la cinquième partie porte sur la méthodologie utilisée, la sixième partie présente les résultats de l'étude, et la dernière qui est la septième partie porte sur la discussion générale et les principales conclusions de cette étude.

## **PARTIE 2. RECENSION DES ECRITS**

La recension des écrits de cette thèse comprend trois chapitres qui sont les suivantes : (i) la conceptualisation et les aspects de mesure des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation; (ii) les déterminants de succès des processus de mise en œuvre, de mise à

l'échelle et de pérennisation; (iii) les mécanismes utilisés dans les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation.

## **Chapitre 1 - Conceptualisations et aspects de mesure de la mise en œuvre, pérennisation et mise à l'échelle**

Des initiatives innovantes (ou innovations) réfèrent aux 'composantes des services de santé ou des pratiques ou encore des produits qui sont nouveaux ou perçus comme tels' (Simmons & Shiffman, 2007). Elles peuvent aller de nouvelles technologies, de nouveaux modes de prestations de services à des nouvelles politiques de santé (R. Atun, 2012; Simmons et al., 2007). Dans le cadre de cette thèse, nous employons le terme 'intervention' (au sens large du terme : politique, programme, projet) pour décrire une innovation ou initiative innovante.

Le cadre général de notre étude se base sur les étapes logiques de l'introduction du changement ou des interventions dans les organisations et systèmes de santé, partant de l'étape d'initiation à l'étape de mise à l'échelle (Champagne, 2002) (**Figure 1**).

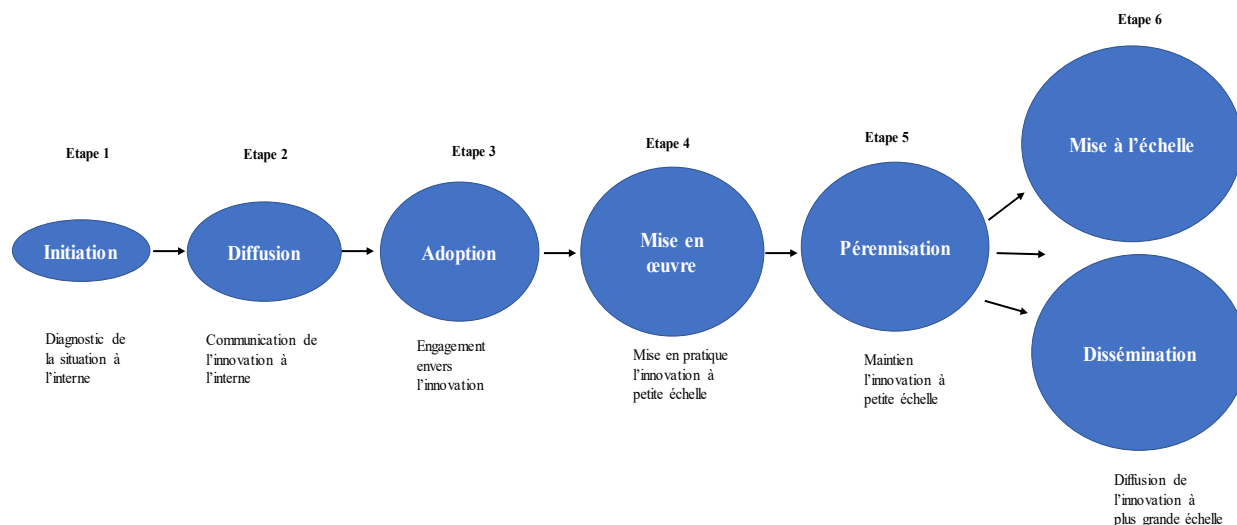
La mise en œuvre, la mise à l'échelle et la pérennisation font partie du processus général de la diffusion des innovations. Cependant, ces trois processus diffèrent des autres étapes du processus de la diffusion. La première étape qui est celle de l'initiation est considérée comme un processus de diagnostic de la situation par laquelle une idée d'intervention est pensée et conçue. La deuxième étape est celle de la diffusion de l'intervention, il s'agit d'un processus passif et spontané par lequel l'information sur l'existence de l'intervention 'potentielle' est partagée au sein de l'organisation. Ensuite vient l'étape de l'adoption qui est un processus de prise de décision par rapport à

l'utilisation de l'intervention (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Scheirer, 2016).

La mise en œuvre fait référence à un 'effort initié de manière délibérée et activement planifié dans l'intention de mettre en pratique un objet spécifique' (Pfadenhauer et al., 2015). Il s'agit ainsi d'efforts actifs et planifiés pour mettre pleinement en pratique une intervention au sein d'une organisation ou de la communauté cible. Tandis que la pérennisation fait référence à la continuité des activités et des effets liés à cette intervention après son adoption et sa mise en œuvre (Joseph A Durlak, 1998).

Quant à la mise à l'échelle, il s'agit d'un concept très proche de la dissémination. La dissémination est un processus qui fait référence aux efforts actifs et planifiés pour informer les autres de l'existence de l'intervention et de ses résultats, et conduit à l'extension de ses activités à d'autres sites pour servir à de nouveaux bénéficiaires (Ploeg et al., 2014). La mise à l'échelle fait référence à une série de processus visant à introduire une intervention dont l'efficacité est démontrée par le biais d'une structure de prestation de programme et dans le but d'améliorer la couverture et l'accès équitable à celle-ci (Mangham & Hanson, 2010).

**Figure 1.** Étapes logiques de l'introduction du changement dans les organisations de soins et systèmes de santé



## Section 1 - Mise en œuvre : Concepts, mesures et analyses

### 1.1.1. Conceptualisation de la mise en œuvre

A ce jour, il n'y a pas de modèle unique pour étudier le processus de mise en œuvre (D. L. Fixsen, Naoom, Blase, & Friedman, 2005; E. Proctor et al., 2011). Plusieurs théories, modèles et cadres d'analyse ont été décrits dans la littérature, mais différent au niveau des terminologies, définitions, niveaux d'analyse et conceptuels (Damschroder et al., 2009; Ellis et al., 2003; P. Nilsen, 2015). Dans leurs travaux, Nilsen et collaborateurs proposent une taxonomie distinguant différentes catégories de théories, modèles et cadres utilisés dans les études de la mise en œuvre (P. Nilsen, 2015). Parmi ces catégories, on retrouve : (i) des modèles de processus qui décrivent et orientent les processus de traduction des connaissances issues de la recherche à la pratique; (ii) des cadres des déterminants; (iii) des théories classiques de MEO (théories organisationnelles, théorie de la diffusion, etc.); (iv) des théories de mise en œuvre (climat de mise en œuvre, capacité d'absorption et capacité organisationnelle); et (v) les cadres d'évaluation qui spécifient les aspects de la mise en œuvre qui pourraient être évalués pour déterminer le succès de MEO. Les cadres des déterminants,

les théories classiques et les théories de MEO aident à comprendre ou à expliquer ce qui influence réellement les résultats de MEO.

### **Définition de la mise en œuvre**

Dans la littérature, la mise en œuvre est principalement définie comme étant le processus qui permet la mise en pratique ou l'utilisation de nouvelles pratiques dans un contexte donné (Greenhalgh, Robert, Bate, Macfarlane, & Kyriakidou, 2005; B. A. Rabin & Brownson, 2012). Autrement dit, le processus de mise en œuvre réfère à la manière dont les interventions sont concrètement traduites en pratique et intégrées dans des organisations ou dans d'autres contextes donnés (D. L. Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009; E. M. Rogers, 2002; Simpson, 2002). Il s'agit d'un ensemble de processus, d'activités et de stratégies désignées pour mettre en pratique une ou plusieurs dimensions de l'intervention dans un contexte spécifique (D. L. Fixsen et al., 2005; B. A. Rabin, R. C. Brownson, D. Haire-Joshu, M. W. Kreuter, & N. L. Weaver, 2008). La MEO est ainsi un processus actif accompagné d'efforts diversifiés et planifiés pour permettre cette mise en pratique (Joseph A Durlak, 1998; Greenhalgh et al., 2004). C'est dans la phase active du processus de MEO où les activités des interventions sont concrètement mises en œuvre (G. A. Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011).

#### **1.1.2. Mesure de la mise en œuvre**

Autant il n'y a pas de consensus sur la définition de la MEO, autant il n'y en a pas sur sa mesure. Plusieurs auteurs ont déjà étudié et proposent différents aspects pour mesurer le processus de MEO (**Tableau 1**). Dans la section suivante, nous allons brièvement décrire les différents aspects de mesure proposés dans la littérature.

## **Pertinence**

La pertinence ou la crédibilité d'une intervention est l'adéquation ou la cohérence entre les objectifs de cette intervention et le problème qu'elle est supposée résoudre (Berk & Rossi, 1999). En d'autres termes, il s'agit du bien-fondé ou la raison d'être de l'intervention (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz, & Denis, 2009). La pertinence se traduit ainsi par le lien existant entre les objectifs de l'intervention et la nature du problème que cette intervention vise à résoudre (Atkinson, 2007; Cook et al., 2012). La pertinence est mesurée à travers la perception des différentes parties prenantes que l'intervention est appropriée pour redresser un problème spécifique dans un groupe ou contexte donné (E. Proctor et al., 2011).

## **Acceptabilité**

L'acceptabilité est la perception des parties prenantes qu'une intervention est agréable, acceptable et satisfaisante (E. Proctor et al., 2011). L'acceptabilité est mesurée en fonction des différentes perspectives et connaissances des parties prenantes concernant l'intervention, en se basant sur leur expérience avec les différentes dimensions de l'intervention comme son contenu, sa complexité, etc. (G. A. Aarons, 2004; Gregory A Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2012; G. A. Aarons & Palinkas, 2007; Karlsson & Bendtsen, 2005; E. K. Proctor et al., 2009).

## **Faisabilité**

La faisabilité est le degré par lequel une intervention peut être mise en œuvre avec succès dans un contexte donné (Karsh, 2004; Martens et al., 2008; Nemeroff et al., 2008). La faisabilité est un aspect rétrospectif qui témoigne le succès ou l'échec potentiel d'une intervention dans un contexte donné (E. Proctor et al., 2011).

## **Adaptation**

Dans son ouvrage, Rogers (1995) étudie l'adaptation comme étant le degré par lequel une intervention peut être modifiée ou changée au cours de son processus de mise en œuvre (Rogers Everett, 1995). L'adaptation se mesure à travers le nombre et la cohérence des modifications apportées par rapport aux objectifs de l'intervention (Rogers Everett, 1995). Les modifications apportées à l'intervention peuvent être des ajouts, des suppressions, ou des remplacements de certaines composantes de cette intervention. Les modifications doivent en principe rester en cohérence avec les objectifs de l'intervention.

## **Adoption**

La littérature sur l'adoption date des années 60 dans le domaine de la diffusion des interventions (E. Rogers, 1962). L'adoption étant considérée comme une démarche de prise de décision qui accompagne tout processus de diffusion d'une intervention qui permet aux individus d'utiliser ou non cette intervention (E. Rogers, 1962). Dans la littérature la plus récente, l'adoption est utilisée comme un aspect de mesure du processus de MEO (E. Proctor et al., 2011; Raghavan, Inkelas, Franke, & Halfon, 2007). L'adoption étant considérée comme l'intention, la décision initiale ou l'action d'initier ou de tester une intervention (E. Proctor et al., 2011; Borsika A Rabin, Ross C Brownson, Debra Haire-Joshu, Matthew W Kreuter, & Nancy L Weaver, 2008; Rye & Kimberly, 2007). L'adoption est mesurée selon le nombre de personnes ou d'organisations qui utilisent l'intervention pendant une période de temps bien-définie (De Jong, De Ruyter, & Lemmink, 2003; Mahler & Rogers, 1999; Everett M Rogers, 2003), ou selon la fréquence de diffusion de l'intervention sein des organisations (Kessler & Chakrabarti, 1996; Teo, Lim, & Fedric, 2007).

## **Fidélité**

Bien qu'il y ait une absence d'une grille commune pour analyser le processus de MEO, le degré de MEO est souvent mesuré en fonction de la fidélité (E. Proctor et al., 2011). La fidélité ou l'intégrité d'une intervention est considérée comme le degré par lequel certaines composantes actives de cette intervention sont spécifiquement traduites en pratique, autrement dit mises en œuvre tel que prévu (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; E. Proctor et al., 2011). La fidélité témoigne du degré par lequel une intervention maintient sa forme originale lors du processus de MEO (Beidas et al., 2013; Beidas, Edmunds, Marcus, & Kendall, 2012; D. J. Cohen et al., 2008; B. A. Rabin et al., 2008).

## **Coûts**

Les coûts concernent les dépenses (directes et indirectes) liées à la MEO d'une intervention ainsi que le temps investi dans cette intervention (Greer, Grasso, Cohen, & Webb, 2014; E. Proctor et al., 2011). Il s'agit des ressources matérielles, financières et humaines requises ou mobilisées pour mettre en œuvre une intervention (McHugh et al., 2007; Ronckers, Groot, Steenbakkers, Ruland, & Ament, 2006).

## **Dose**

La dose est définie comme étant le degré de participation ou de présence des participants à l'intervention. La dose est ainsi mesurée par le nombre des participants à une ou plusieurs sessions de l'intervention (Dane & Schneider, 1998).



## **Réactivité**

La réactivité est le degré par lequel les différentes parties prenantes (participants, promoteurs et bénéficiaires de l'intervention) sont enthousiastes envers l'intervention. Elle se mesure à travers le taux de participation ou d'engagement, ou le taux de satisfaction des parties prenantes (Dane & Schneider, 1998).

## **Couverture**

D'autres auteurs incluent la couverture dans la mesure de la MEO, qui est le degré d'implication et de représentativité des participants de l'intervention (Century, Rudnick, & Freeman, 2010). La couverture se mesure par la quantité (par exemple le pourcentage de la population éligible) et les caractéristiques de la population ciblée par l'intervention (Carroll et al., 2007).

## **Pénétration**

La pénétration est le degré par lequel une intervention est intégrée dans une organisation et ses sous-systèmes (E. Proctor et al., 2011). Il s'agit de la pénétration des services et activités liées à l'intervention au sein d'une organisation et de ses composantes (Shapiro, Prinz, & Sanders, 2012; Stiles, Boothroyd, Snyder, & Zong, 2002).

## **Pérennisation**

Dans l'étude de la MEO, la pérennisation est considérée comme étant la mesure par laquelle une intervention est maintenue dans le temps et institutionnalisée au sein de son organisation hôte (Goodman, McLeroy, Steckler, & Hoyle, 1993; Peterson et al., 2014; E. Proctor et al., 2011; B. A.

Rabin et al., 2008). Très peu d'études incluent la pérennisation dans les aspects de mesure de la MEO. Nous allons aborder cette dimension plus loin.

## Succès

Durlak et DuPré (2008) incluent le succès dans les aspects de mesure de la MEO, et le définissent comme étant le degré par lequel toutes les parties prenantes considèrent qu'une intervention a été mise en œuvre avec succès. Le succès se mesure à travers les effets observés de façon globale, ou encore en se basant sur un ou plusieurs aspects de mesure de la MEO mentionnés plus haut (J. A. Durlak & DuPre, 2008).

**Tableau 1.** Aspects de mesure de la mise en œuvre identifiés dans la littérature

<b>Auteurs</b>	<b>Aspects de mesure</b>	<b>Définitions</b>
Atkinson (2007) Proctor et al. (2011) Cook et al. (2012)	Pertinence/Crédibilité	La perception qu'une intervention est appropriée pour redresser un problème X dans un groupe ou contexte donné
Aarons et al. (2004) Aarons et al. (2007) Proctor et al. (2011) Aarons et al. (2012)	Acceptabilité	La perception des parties prenantes qu'une intervention est agréable ou satisfaisante
Martens et al. (2008) Nemeroff et al. (2008) Proctor et al. (2011)	Faisabilité	Le degré par lequel une intervention peut être MEO avec succès dans un contexte donné
Rogers (1995)	Adaptation	Le degré par lequel une intervention peut être modifiée ou changée au cours du processus de MEO
Raghavan (2007) Rabin et al. (2008) Proctor et al. (2011)	Adoption	L'intention d'initier une intervention

Dane et Schneider (1998) Noonan et al. (2009) Proctor et al. (2011) Beidas et al. (2012) Beidas et al. (2013)	Fidélité/Intégrité/ Fiabilité	Le degré par lequel les composantes actives d'une intervention sont mises en œuvre tel que prévu
Proctor et al. (2011) Greer et al. (2014)	Coûts	Les dépenses et le temps investi, liés à la MEO d'une intervention
Dane et Schneider (1998)	Dose	Le degré de participation/présence des participants à une intervention
Dane et Schneider (1998)	Réactivité	Le degré par lequel toutes les parties prenantes (participants, promoteurs, bénéficiaires) sont enthousiastes envers l'intervention
Carroll et al. (2007) Century et al. (2010)	Couverture	Le degré d'implication et de représentativité des participants à une intervention.
Stiles et al. (2002) Proctor et al. (2011) Shapiro et al. (2012)	Pénétration	Le degré par lequel une intervention est intégrée dans une organisation et ses sous-systèmes
Proctor et al. (2011) Peterson et al. (2013)	Pérennisation	La mesure dans laquelle une intervention est institutionnalisée et maintenue dans le temps
Durlak et DuPre (2008)	Succès	Le degré par lequel les parties prenantes considèrent qu'une intervention a été MEO avec succès

### 1.1.3. Analyse de la mise en œuvre

L'analyse de la mise en œuvre vise à comprendre les conditions de mise en œuvre des interventions et le processus de production de leurs effets (F. Champagne, A. Brousselle, Z. Hartz, A.-P. Contandriopoulos, & J.-L. Denis, 2009). En d'autres termes, l'analyse de la MEO met en relation le contexte, l'intervention et les effets observés. Les effets observés de l'intervention se traduisent par l'écart entre ce qui se passe avec l'intervention et ce qui se passerait sans cette intervention (François Champagne, Astrid Brousselle, et al., 2009). L'analyse de la MEO permet ainsi d'accroître la capacité de généralisation d'une intervention dans d'autres milieux, et d'augmenter

la validité externe d'une intervention par le biais d'une compréhension approfondie des déterminants de production ou d'inhibition de ses effets (François Champagne, Astrid Brousselle, et al., 2009).

Dans la littérature, les auteurs font des propositions différentes concernant l'analyse de la MEO (**Tableau 2**). D'après Love (Love, 2004), on peut analyser la MEO d'une intervention, soit en faisant: (i) l'analyse des besoins de la population cible (pertinence) ainsi que la faisabilité de l'intervention (ressources nécessaires, principaux obstacles, etc.); (ii) l'analyse de la planification et de la conception de l'intervention (efficacité de la théorie de l'intervention, ses composantes actives, etc.); (iii) l'analyse de l'opérationnalisation de l'intervention (en termes de couverture, dose, réactivité, qualité et succès); (iv) l'analyse de l'amélioration de l'intervention (forces et faiblesses de l'intervention, effets observés attendus et inattendus, etc.). D'après Patton (Patton, 2003), on peut analyser la MEO d'une intervention de cinq façons, soit en faisant: (i) l'analyse de l'effort mobilisé en lien avec l'intervention (jugement sur la quantité et la qualité des ressources disponibles de l'intervention); (ii) l'analyse de la surveillance de l'intervention à travers les systèmes informatisés de gestion, les données sur la population cible, les coûts engendrés par l'intervention, etc.; (iii) l'analyse des processus à travers la compréhension des forces et faiblesses de l'intervention et par l'analyse de la dynamique interne et des composantes de l'intervention; (iv) l'analyse de différentes composantes de l'intervention et de leur opérationnalisation; et (v) l'analyse des éléments spécifiques qui permet d'identifier les facteurs et les composantes qui produisent les effets. Champagne et Coll. (François Champagne, Astrid Brousselle, et al., 2009) proposent plutôt quatre typologies pour l'analyse de la mise en œuvre : (i) le type 1a qui vise à expliquer l'évolution ou la transformation de l'intervention au fil du temps (analyse de l'impact

du contexte dans la détermination de la forme de l'intervention) ; (ii) le type 1b qui vise à comprendre les variations observées dans le degré de mise en œuvre d'une intervention; (iii) le type 2 qui met en relation les variations dans le degré de mise en œuvre avec les effets observés de l'intervention; et (iv) le type 3 qui analyse l'influence de l'interaction entre une intervention et son contexte de mise en œuvre sur les effets observés de l'intervention. D'après les auteurs de cette typologie, le type 1a vise à expliquer comment l'intervention s'adapte au contexte en se transformant dans sa forme, sa taille ou sa nature. Le type 1b vise à définir les facteurs explicatifs des écarts observés entre l'intervention planifiée et l'intervention mise en œuvre. Quant au type 2, il permet d'identifier les composantes spécifiques et essentielles pour la production des effets pour pouvoir associer les effets observés à l'intervention. Et enfin, le type 3 permet d'analyser la dynamique interne d'une intervention.

**Tableau 2.** Types d'analyse de la mise en œuvre identifiés dans la littérature

<b>Auteurs</b>	<b>Types d'analyse</b>	<b>Définitions</b>
Patton (2003)	Analyse de l'effort mobilisé	Évaluation des besoins de la clientèle cible et des ressources requises pour répondre à ces besoins
Love (2004)	Analyse des besoins et de la faisabilité de l'intervention	
Love (2004)	Analyse de la planification et de la conception de l'intervention	Évaluation de l'efficacité de la théorie de l'intervention et de ses composantes actives
Patton (2003)	Analyse des composantes	Évaluation de la couverture, de la qualité de mise en œuvre, du degré de participation et des effets observés de l'intervention
Love (2004)	Analyse de l'opérationnalisation de l'intervention	
Patton (2003)	Analyse des processus	Évaluation des forces et faiblesses de l'intervention et des effets observés (anticipés et non-anticipés) selon le contexte de MEO
Love (2004)	Analyse de l'amélioration de l'intervention	
Champagne et al. (2009)	Analyse des effets (type 3)	

Patton (2003)	Analyse des éléments spécifiques	Évaluation des facteurs et composantes spécifiques responsables de la production des effets
Champagne et al. (2009)	Analyse de l'impact (type 2)	
Champagne et al. (2009)	Analyse de la transformation (type 1a)	Évaluation de l'effet du contexte sur la transformation et l'évolution de l'intervention
Champagne et al. (2009)	Analyse des déterminants contextuels (type 1b)	Évaluation de l'influence des facteurs contextuels dans la mise en œuvre de l'intervention
Patton (2003)	Analyse de la surveillance de l'intervention	Évaluation des systèmes de surveillance pour la mise en œuvre de l'intervention

#### 1.1.4. Éléments de synthèse sur la conceptualisation et la mesure de la MEO

Bien que la littérature sur la MEO soit abondante, elle demeure encore floue en termes de conceptualisations et de mesures. En effet, on note un langage inconsistant et des descriptions inadéquates quant aux différents aspects de mesure de la MEO identifiés dans la littérature. Dans la sous-section suivante, nous allons faire ressortir quelques éléments d'inconsistance ou manquant de consensus, et terminer par une brève synthèse sur les différents éléments de mesure de la MEO.

##### **Au niveau de la pertinence, l'acceptabilité, la dose et la réactivité**

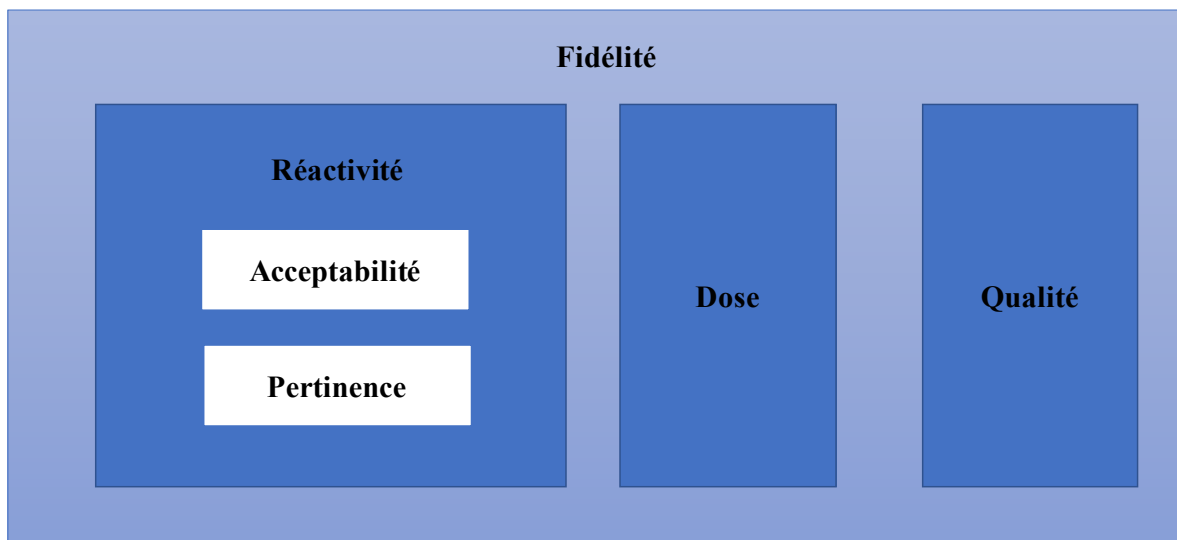
Dans la littérature, on note un manque de consensus sur plusieurs aspects de mesure de la mise en œuvre (**Figure 2**). Quelques auteurs incluent par exemple la pertinence (la perception qu'une intervention est appropriée pour redresser un problème X dans un groupe ou contexte donné) et l'acceptabilité (la perception des parties prenantes qu'une intervention est agréable et satisfaisante) dans la réactivité (le degré par lequel toutes les parties prenantes sont enthousiastes envers une intervention) qui est plutôt liée au niveau d'engagement et de satisfaction des parties prenantes (Dane & Schneider, 1998). Dans la littérature, la pertinence fait également référence à la compatibilité de l'intervention avec son contexte de mise en œuvre (E. Proctor et al., 2011).

D'autres auteurs considèrent plutôt la pertinence (le bien-fondé), l'acceptabilité (compatibilité pratique et technique) et la faisabilité (adaptabilité au contexte) comme les déterminants de MEO liés aux caractéristiques de l'intervention et non pas comme des aspects de mesure de la MEO (Greenhalgh et al., 2004).

Concernant l'acceptabilité, le manque de consensus sur ce concept ne date pas d'aujourd'hui (Davis, 1993). Pour certains auteurs, l'acceptabilité est un concept bien distinct du construit plus large de la satisfaction des bénéficiaires par rapport à l'intervention. L'acceptabilité semble être une dimension plus spécifique, liée spécifiquement à une ou plusieurs activités de l'intervention, alors que la satisfaction fait référence à l'expérience générale des bénéficiaires avec l'intervention et peut inclure bien d'autres dimensions qui ne sont pas directement liées à cette intervention.

Par ailleurs, d'autres auteurs incluent la dose ou la réponse des participants/bénéficiaires de l'intervention (le degré de participation ou d'enthousiasme des participants par rapport à l'intervention), la réactivité (le niveau d'engagement, de participation et de satisfaction de toutes les parties prenantes) et la qualité de la mise en œuvre (liée à l'enthousiasme et attitudes du responsable de MEO envers l'intervention) dans la mesure de la fidélité (Dane & Schneider, 1998; Mihalic, 2004; Mowbray, Holter, Teague, & Bybee, 2003; Sanetti & Collier-Meek, 2014).

**Figure 2.** Exemples d'aspects de mesure de la mise en œuvre ne faisant pas consensus dans la littérature



### **Au niveau de l'adoption**

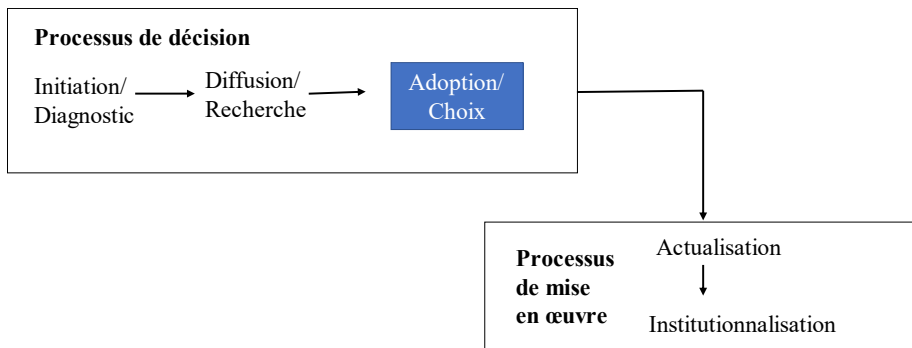
Bien qu'il existe un consensus sur la définition du concept d'adoption dans la littérature, sa position dans le processus de diffusion des interventions (Everett M Rogers, 2003) et de l'introduction du changement organisationnel (Champagne, 2002) reste variable (**Figure 3**). Quelques auteurs (Scénario 1) considèrent l'adoption comme une sous-étape du processus de prise de décision (Everett M Rogers & Shoemaker, 1971; Van de Ven & Rogers, 1988). D'autres auteurs (Scénario 2) présentent plutôt l'adoption comme une sous-étape décisionnelle faisant partie de l'étape d'initiation de l'intervention (Zaltman & Brooker, 1971; Zaltman, Duncan, & Holbek, 1973). Tandis que d'autres auteurs (Scénario 3) voient l'adoption comme une sous-étape de la phase de la MEO (Kwon & Zmud, 1987; Lindquist & Mauriel, 1989; Marcus & Weber, 1989; Wilson, 1965). Dans la littérature la plus récente (Scénario 4), l'adoption est considérée comme une étape à part entière faisant partie du processus de diffusion des interventions, considérée ainsi comme une étape précédente de la MEO, et de la phase de pérennisation qui apparaît une fois qu'une



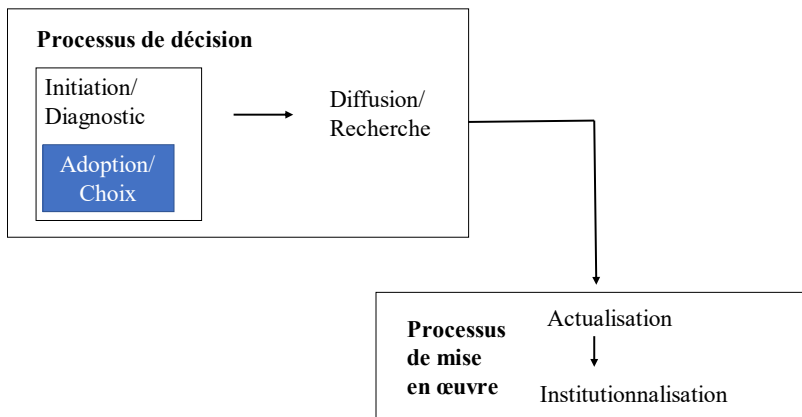
intervention est mise en œuvre (Joseph A Durlak, 1998; J. A. Durlak & DuPre, 2008; Everett M Rogers, 2003).

**Figure 3.** Manque de consensus sur la position du concept d'adoption dans le processus de diffusion des innovations

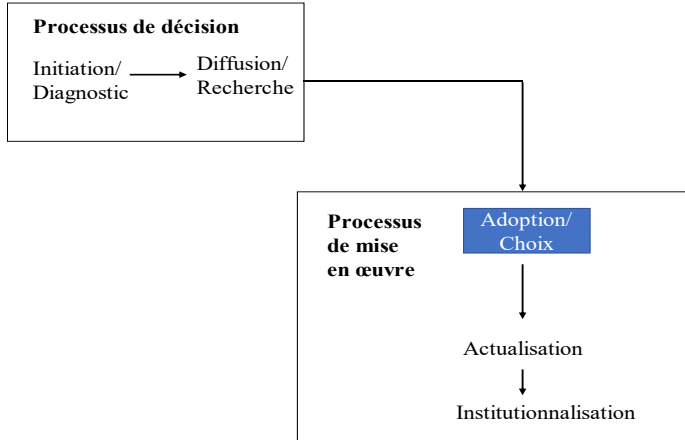
**Scénario 1**



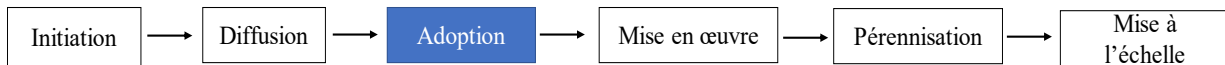
**Scénario 2**



### Scénario 3



### Scénario 4



### Au niveau de l'adaptation

L'adaptation est un aspect qui démontre la souplesse d'une intervention ('adaptabilité'), et se mesure par le degré avec lequel une intervention peut être modifiée sans perdre son 'authenticité' avant d'être MEO. Quelques auteurs qui ont pu étudier l'adaptation comme un aspect de mesure dans le processus de MEO des interventions, suggèrent d'évaluer cet aspect en même temps que la fidélité de la MEO, pour éviter de mettre en conflit l'efficacité de l'intervention en cas de modification de certaines composantes spécifiques ('ingrédients actifs') de cette intervention (Berkel, Mauricio, Schoenfelder, & Sandler, 2011; D. J. Cohen et al., 2008; Patton, 2011). Ces études ont pu démontrer que la perte de l'intégrité de l'intervention réduit son efficacité car les effets de cette intervention peuvent être cachés dans ces ingrédients (composantes) dits 'actifs' de l'intervention. Les composantes actives de l'intervention sont en principe offertes selon la théorie

de l'intervention, et sont supposées de produire les effets (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, & Botvin, 1990; Botvin et al., 1992).

### **Au niveau de la fidélité**

On note également un manque de consensus sur ce qui constitue la mesure de la fidélité dans la littérature (Blakely et al., 1987; Pentz et al., 1990; Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993). Pour plusieurs auteurs, la fidélité se mesure en termes de contenu et de quantité à travers le nombre de composantes mises en œuvre, la dose, la fréquence et la durée de l'intervention (Moncher et al., 1991; Gresham et al., 1993; Proctor et al., 2011; Noonan et al., 2009). Pour d'autres, le calcul du score de fidélité se fait principalement en fonction des composantes actives de l'intervention (Hall and Loucks, 1978).

Dans leur revue, Dane and Schneider (1998) incluent d'autres éléments dans la mesure de la fidélité de l'intervention tels que:

- **L'exposition** : qui est un index qui inclut à la fois le nombre de sessions (liées à l'intervention) mises en œuvre ; la durée de chaque session; et la fréquence à laquelle les techniques de l'intervention ont été mises en œuvre.
- **L'observance**: le degré par lequel les composantes spécifiques de l'intervention ont été livrées tel qu'indiqué selon les manuels de cette intervention.
- **La qualité de la MEO**: Il s'agit des aspects qualitatifs de la MEO d'une intervention. Ces aspects ne sont pas directement liés à la MEO du contenu prescrit. Il peut s'agir de l'enthousiasme du responsable de MEO, la préparation du leader, les estimations globales de l'efficacité des sessions de MEO et l'attitude du leader envers l'intervention, etc.

- **La réactivité ou réponse des participants** : Il s'agit de la mesure de la réponse des participants aux sessions de l'intervention, et peut inclure des indicateurs tels que le niveau de participation et l'enthousiasme des participants par rapport à l'intervention.
- **La différenciation de l'intervention**: qui est un contrôle effectué pour s'assurer que l'intervention a été reçue tel que planifiée.

Par ailleurs, la fidélité peut être également mesurée selon les dimensions suivantes (H.-T. Chen, 2004) :

- **Le contenu** : couverture de toutes les activités essentielles de l'intervention prévue.
- **La force** : si l'intervention mise en œuvre est aussi riche que l'intervention prévue.
- **L'intensité** : qui se mesure par le nombre de sessions ou le nombre de fois que l'intervention a été proposée.

Plusieurs études font le lien entre la fidélité et les effets d'une intervention (J. A. Durlak & DuPre, 2008; Resnicow et al., 1998). Alors que certains auteurs incluent la dose et la qualité de la MEO (de l'intervention offerte) dans la mesure de la fidélité (Mowbray et al., 2003; Sanetti & Collier-Meek, 2014); Dane et Schneider (1998) ont pu démontrer, dans leur revue systématique, que très peu d'études établissent un lien fort entre la dose et les effets observés de l'intervention.

## Synthèse

Un des grands défis actuels dans le domaine de l'étude de mise en œuvre, est de mesurer les phénomènes liés à ce processus. Ceci est la conséquence de l'hétérogénéité des théories et cadres conceptuels existants (Martinez, Lewis, & Weiner, 2014; Per Nilsen, 2015a). Dans le cadre de cette thèse, nous avons pu identifier plus d'une dizaine d'aspects de mesure de la mise en œuvre

proposés dans la littérature. La majorité des études identifiées, examinent ou se basent les aspects de mesure de la MEO initialement proposés par le modèle conceptuel de recherche sur la mise en œuvre de Proctor et collaborateurs en 2009. Ces aspects sont l'acceptabilité, la faisabilité, l'utilisation (*'uptake'*), les coûts, la fidélité, la pénétration et la pérennisation (E. K. Proctor et al., 2009). En 2011, Proctor remplace l'utilisation par l'adoption et y rajoute également la pertinence (E. Proctor et al., 2011). En 2013, Chaudoir s'inspire de ces derniers pour étudier les facteurs associés à la mise en œuvre des innovations en santé (Chaudoir et al., 2013). Cependant, cet auteur n'inclut pas la pertinence, l'acceptabilité et la faisabilité dans les aspects étudiés. Quelques études plus récentes dans le domaine de la MEO n'ont pas réussi à mettre en avant de nouveaux aspects de mesure mais se sont plutôt consacrés sur la validité des outils de mesure pour les aspects déjà existants (Clinton-McHarg et al., 2016; B. R. Garner, Hunter, Funk, Griffin, & Godley, 2016; Khadjesari, Vitoratou, Sevdalis, & Hull, 2017; Lewis et al., 2015; EK Proctor, Powell, & Feely, 2014; Borsika A Rabin et al., 2015; Weiner et al., 2017). D'après la littérature, beaucoup d'études empiriques examinent des aspects de mesure qui surviennent tôt dans le processus de MEO tels que l'acceptabilité, l'adoption ou la fidélité. Cependant, très peu d'études se consacrent aux éléments qui surviennent plus tard comme la pénétration et la pérennisation (Chaudoir et al., 2013; Lewis et al., 2015). Bien que la fidélité soit parmi les aspects de mesure de la MEO les plus souvent étudiés, ces auteurs n'ont trouvé aucun outil de mesure validé pour cet aspect (Lewis et al., 2015).

Cet exercice général de répertorier tous les aspects de mesure de la MEO constitue une étape importante dans la compréhension des enjeux liés à la conceptualisation et la mesure de la MEO. Nous avons en effet démontré que non seulement il y a un manque de consensus dans la

conceptualisation et la mesure des différents aspects identifiés, mais également certains aspects ne sont pas utilisés de façon appropriée pour la mesure de la MEO, et très peu disposent des outils validés pour ça. Cet exercice nous a permis ainsi d'avancer quelques propositions sur les éléments de mesure de la MEO que nous présentons dans la sous-section suivante.

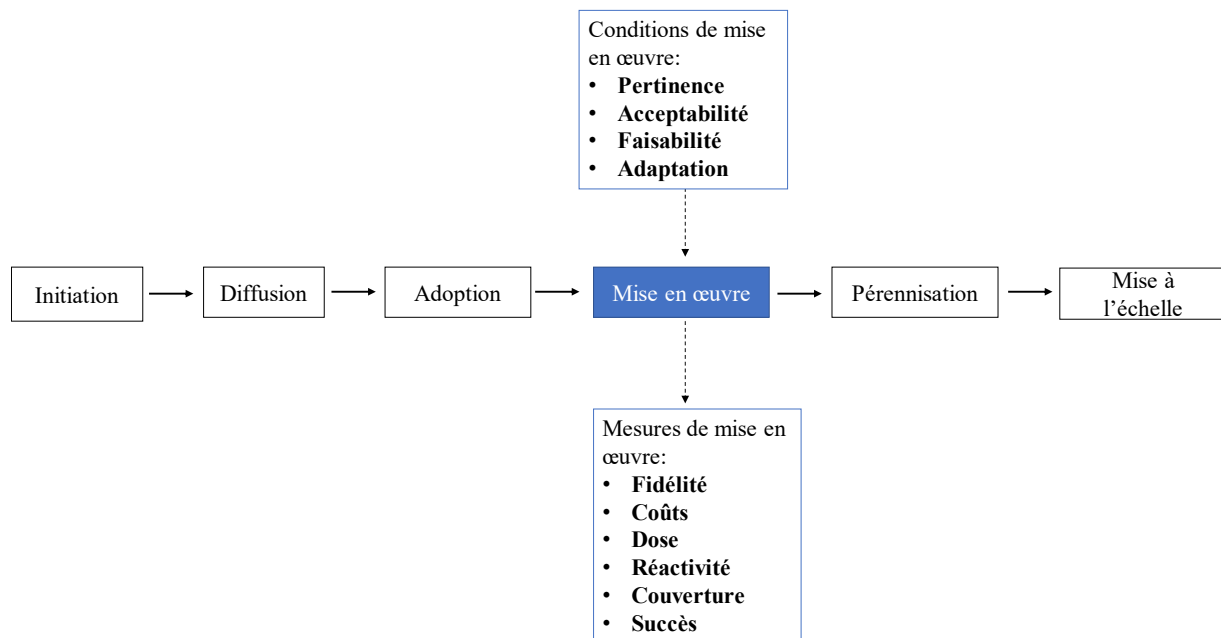
#### **1.1.5. Propositions et principales conclusions sur les éléments de mesure de la MEO**

Compte tenu de la définition de la MEO décrite dans la sous-section précédente, comme étant le processus qui permet la mise en pratique d'une intervention dans un contexte donné, et des différents éléments issus de synthèse de la littérature sur les différents aspects de mesure de ce processus, nous suggérons dans le cadre de cette thèse les propositions suivantes (**Figure 4**):

- En se basant sur leurs définitions et la manière dont ils sont mesurés, nous considérons la pertinence, l'acceptabilité, la faisabilité et l'adaptation comme des conditions préalables à la mise en œuvre, et non pas comme des aspects de mesure de la mise en œuvre, à travers lesquels on peut savoir si une intervention a été concrètement MEO dans un contexte donné. En effet, une intervention peut être pertinente, satisfaisante et agréable pour les parties prenantes, et facilement modifiable pour être adaptée à son contexte de MEO, mais sans autant être concrètement traduite en pratique. La MEO se traduit par le transfert au niveau opérationnel d'une intervention ou l'intégration de cette intervention dans un contexte organisationnel.
- Au niveau de l'adoption, nous suggérons de considérer cet aspect comme une étape à part précédant le processus de MEO, et non pas comme un des aspects de mesure de la MEO. En effet, il peut bien y avoir l'intention de prise de décision quant à l'utilisation de l'intervention, sans qu'il y ait une mise en pratique ou l'utilisation de cette intervention.

- Nous suggérons également de considérer les aspects de mesure de pénétration et pérennisation comme des éléments du processus indépendant de la MEO. En effet, ces deux concepts ont des caractéristiques, mécanismes et résultats bien différents du processus de MEO que nous verrons dans la section suivante de ce chapitre.
- Par ailleurs, nous jugeons pertinents de garder la fidélité, la dose, la réactivité, les coûts et le succès dans les aspects de mesure de la MEO compte-tenu de leurs définitions et portées.

**Figure 4.** Éléments proposés pour la mesure de la mise en œuvre



## Section 2 - Pérennisation : Concepts, mesures et analyses

### 1.2.1. Conceptualisation de la pérennisation

Dans la littérature, il n'existe pas de définition univoque pour décrire le processus pérennisation, ce qui reste sujet à de multiples interprétations (Toledo Romani et al., 2007; Wiltsey Stirman et al., 2012). Plusieurs concepts sont ainsi empruntés pour décrire la pérennisation, notamment : la confirmation (Rogers Everett, 1995); la continuation (McLaughlin, 1990); la durabilité (Glaser &

Backer, 1980); l'incorporation (Bracht et al., 1994); l'institutionnalisation (Goodman & Steckler, 1987); le niveau d' utilisation (G. Hall & Hord, 2001); l'intégration (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997); l'appropriation (Johnson, Hays, Center, & Daley, 2004); le maintien (Butterfoss et al., 1998); la routinisation (Pierre Pluye, Potvin, & Denis, 2004; Yin & Quick, 1979); la stabilisation (B. S. Brown & Flynn, 2002); la pérennisation (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998); et l'utilisation durable (Klingner, Vaughn, Hughes, & Arguelles, 1999). Bien que plusieurs concepts soient utilisés de manière interchangeable, les termes de pérennisation et d'institutionnalisation sont les plus fréquemment utilisés (Johnson et al., 2004). La pérennisation étant définie comme la capacité d'une intervention à se maintenir dans le temps et à répondre aux besoins de ses parties prenantes (Rissel, Finnegan, & Bracht, 1995; Scheirer, Hartling, & Hagerman, 2008; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). En d'autres mots, la pérennisation réfère à l'utilisation continue des composantes d'une intervention avec une intensité suffisante pour permettre la réalisation durable des objectifs de l'intervention et des résultats souhaitables pour la population ciblée par cette intervention. La pérennisation est ainsi un processus qui permet la continuité des activités et le maintien des effets relatifs à l'intervention après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes, qui peuvent d'être d'ordre organisationnel, financier, ou autre (P. Pluye, Potvin, Denis, & Pelletier, 2004; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

Quant à l'institutionnalisation, elle est définie comme étant l'intégration des activités d'une intervention au sein d'une organisation (Barab, Redman, & Froman, 1998; Goodman et al., 1993; Steckler & Goodman, 1989).



### **1.2.2. Mesure de la pérennisation**

Autant, il n'existe pas de terme unique pour décrire le processus de pérennisation, la littérature apporte peu d'éclaircissements sur son opérationnalisation et sa mesure. Plusieurs aspects de mesure de la pérennisation sont ainsi proposés dans la littérature (**Tableau 3**), notamment : (i) l'institutionnalisation ; (ii) la routinisation ; (iii) le développement ; (iv) le maintien des activités ; (v) le maintien des effets ou bénéfices ; et (vi) le développement des capacités.

#### **Institutionnalisation**

La mesure de la pérennité selon l'institutionnalisation se traduit par le degré avec lequel une intervention est intégrée (par ses structures et processus) et survit au sein d'une organisation et de ses sous-systèmes (Goodman & Steckler, 1987; B. A. Rabin et al., 2008; Trottier, Denis, & Villeneuve, 2007). L'institutionnalisation se mesure selon deux dimensions : l'intensité et l'étendue. L'intensité de l'institutionnalisation d'une intervention au sein d'une organisation se réfère au nombre de passages (changements majeurs) et de cycles (événements successifs) qui surviennent dans l'organisation suite à l'intégration de cette intervention. Trois étapes sont primordiales pour qu'une intervention soit complètement intégrée dans une organisation selon son intensité (B. A. Rabin et al., 2008; Yin & Quick, 1979): (i) la transition ou le passage (changement dans les procédures et structures organisationnelles); (ii) la routinisation (événements qui surviennent de façon répétée dans la vie d'une organisation sous forme de cycles); et (iii) le point de saturation (niveau d'expansion maximale de l'intervention au sein d'une organisation). L'étendue, quant à elle, représente l'intégration d'une intervention au niveau des autres sous-systèmes de l'organisation. Elle est mesurée à travers quatre fonctions organisationnelles : (i) la

production ; (ii) le maintien ; (iii) l'adaptation ; et (iv) la coordination (Goodman et al., 1993; Steckler & Goodman, 1989).

### **Routinisation**

Pour d'autres auteurs, la question de la pérennisation organisationnelle des interventions se mesure autour des concepts de routines et de routinisation plutôt qu'en termes d'institutionnalisation (Pierre Pluye, 2002; Scheirer, 1993; Yin & Quick, 1979). Selon ces auteurs, la routinisation ramène au devenir organisationnel des interventions qui font l'objet d'une expérimentation, comme c'est le cas pour des initiatives innovantes. Les routines et la routinisation sont des éléments issus du processus d'apprentissage organisationnel, découlant lui-même des processus décisionnels dans les organisations (P. Pluye et al., 2004). La routinisation est considérée comme une étape primaire du processus de pérennisation (Pierre Pluye, Potvin, Denis, Pelletier, & Mannoni, 2005; P. Pluye et al., 2004), ou elle est décrite comme la dernière étape de développement d'une intervention après les étapes d'adoption et de la mise en œuvre (Yin & Quick, 1979).

Des études plus récentes qui se sont consacrées au concept de la routinisation des interventions dans le domaine de la santé, se sont principalement basées sur le modèle de Yin (Pierre Pluye et al., 2005; P. Pluye et al., 2004; Yin & Quick, 1979). Ce modèle explique que la pérennité d'une intervention au sein d'une organisation se manifeste sous la forme de routines organisationnelles. Quatre éléments caractérisent ainsi une routine organisationnelle à savoir : (i) la mémoire ; (ii) l'adaptation ; (iii) les valeurs ; et (iv) les règles. Premièrement, la routine nécessite que les actions de l'intervention soient connues et partagées entre les acteurs comme s'il existait une mémoire commune à l'organisation; mais aussi que les ressources qui lui sont dédiées soient maintenues et

stabilisées (la mémoire) (M. D. Cohen & Bacdayan, 1994). Deuxièmement, la routine doit être adaptée au contexte social dans lequel elle s'inscrit. L'adaptation des routines est fonction de l'estimation du rapport des effets souhaités sur les effets observés (Becker, 2004). Troisièmement, la routine doit refléter la correspondance d'objectifs partagés avec son organisation hôte (les valeurs). Et enfin, la routine doit accepter et respecter les règlements et les manuels de procédure de l'organisation qui l'encadre (les règles). Une intervention est 'routinisée', en d'autres termes 'pérennisée' au sein d'une organisation, lorsqu'au moins une activité qui découle de cette intervention possède ces quatre caractéristiques. Les routines organisationnelles témoignent du degré d'appropriation d'une intervention par les acteurs qui la mettent en œuvre (P. Pluye et al., 2004). Cinq degrés de pérennité peuvent être ainsi constatés: (i) pérennité nulle: lorsque aucune activité de l'organisation ne découle de l'intervention; (ii) pérennité précaire: quelques activités résiduelles sont poursuivies officieusement dans l'organisation, mais dans le cadre des fonctions qui n'ont rien à voir avec l'intervention; (iii) pérennité faible: des activités officielles de l'organisation sont issues de l'intervention, mais ne possèdent pas toutes les caractéristiques de routines organisationnelles et peuvent changer de façon radicale à court terme; (iv) pérennité moyenne: des activités de l'intervention sont réutilisées et possèdent toutes les caractéristiques des routines organisationnelles; et enfin (v) pérennité élevée : elle correspond à la formulation des politiques publiques et pourrait se traduire par le plus haut niveau de routinisation d'une intervention.

## **Développement**

Le développement apparaît comme un aspect de mesure de la pérennisation dans la littérature la plus récente (D. A. Buchanan, Fitzgerald, & Ketley, 2006; Davies & Edwards, 2013; Trottier et

al., 2007). Deux perspectives majeures découlent de l'aspect 'développement': (i) le développement (ou évolution) d'une intervention dans le temps ; et (ii) le développement des capacités des bénéficiaires de cette intervention ou l'adaptation du contexte utilisateur au changement suivi par l'introduction de cette intervention. Pour certains auteurs, le développement continu d'une intervention au cours du processus de pérennisation consiste en des efforts fournis pour adapter l'intervention initiale en fonction de l'évolution des circonstances dans le temps (Davies & Edwards, 2013; D. L. Fixsen et al., 2005). Pour d'autres, il s'agit des nouveaux changements apportés à l'intervention initiale (D. A. Buchanan et al., 2006; Chambers, Glasgow, & Stange, 2013; Trottier et al., 2007). Quant au développement des capacités des bénéficiaires de l'intervention, il est défini comme étant l'amélioration continue des capacités des utilisateurs et des ressources pour maintenir cette intervention (Gruen et al., 2008; Scheirer, 2016; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).

### **Maintien des activités**

Le maintien des activités ou la persistance (pour certains auteurs) est un aspect de mesure de pérennisation proposée pour la première fois en 1998 par les travaux de Shediak-Rizkallah et Bone. Il s'agit de la continuité des activités d'une intervention au sein d'une organisation ou de la communauté après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes (Scheirer, 2016; Scheirer et al., 2008; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). En d'autres termes, le maintien des activités d'une intervention au sein d'une organisation ou par la communauté bénéficiaire se traduit sous la forme de routines organisationnelles.

## Maintien des effets

Quant au maintien des effets ou des bénéfices de l'intervention (pour la population), il s'agit de la réalisation cohérente et continue des objectifs de l'intervention, l'amélioration durable des résultats positifs de cette intervention, et la perception continue de cette réalisation et/ou de cette amélioration (Bowman, Sobo, Asch, Gifford, & Initiative, 2008; D. A. Buchanan et al., 2006; Johnson et al., 2004; Ovretveit, 2003; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).

## Renforcement des capacités

Le dernier aspect qui est le développement ou le renforcement des capacités des bénéficiaires déjà proposé en 1998 par Shediak-Rizkallah and Bone (1998) est un aspect un peu similaire à celui décrit dans la section développement.

**Tableau 3.** Aspects de mesure de la pérennisation identifiés dans la littérature

<b>Auteurs</b>	<b>Aspects de mesure</b>	<b>Définitions</b>
Steckler et Goodman (1989) Goodman et al. (1993 et 1998) Becker (2004) Becker et al. (2005) Rabin et al. (2008) Trottier et al. (2012)	Institutionnalisation	Le degré par lequel une intervention est intégrée et survit au sein d'une organisation et ses sous-systèmes
Yin (1979) Scheirer (1993) Pluye (2002) Pluye et al. (2004)	Routinisation	Le degré par lequel une intervention est routinisée au sein d'une organisation
Fixsen et al. (2005) Buchanan et al. (2007) Trottier et al. (2007) Davies et Edwards (2013) Chambers et al. (2013)	Développement continu de l'intervention	Des changements apportés et efforts fournis pour adapter l'intervention initiale en fonction de l'évolution des circonstances

Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Scheirer (2005) Scheirer et al. (2008)	Maintien des activités	La continuité des activités d'une intervention après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes
Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Ovretveit (2003) Johnson et al. (2004) Buchanan et al. (2007) Bowman et al. (2008)	Maintien des effets	Réalisation cohérente et continue des objectifs d'une intervention, amélioration durable des résultats positifs de cette intervention, et perception continue de cette réalisation ou amélioration
Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Scheirer (2005) Gruen et al. (2008)	Développement des capacités	L'amélioration continue des capacités des utilisateurs et des ressources pour maintenir les activités d'une intervention

### 1.2.3. Analyse de la pérennisation

Le processus de pérennisation commence dès les premiers événements qui caractérisent le déroulement d'une intervention et, de ce fait, est concomitant au processus de mise en œuvre (Greenhalgh et al., 2004; Pierre Pluye et al., 2005). Trois catégories d'événements permettent de différencier cette concomitance de deux processus (Pierre Pluye et al., 2005; Roberts-Gray & Scheirer, 1988; Scheirer, 1994) (**Tableau 4**).

#### Événements spécifiques au processus de pérennisation

Dans la littérature, on distingue deux types d'événements spécifiques au processus de pérennisation : Les événements favorables et les événements défavorables. Les événements favorables concernent: (i) la stabilisation des ressources nécessaires à la continuité des activités d'une intervention; et (ii) la prise de risque organisationnel comme l'implication et la participation des acteurs dans le processus de prise de décisions et de gestion d'une intervention (Pierre Pluye et al., 2005). Quant aux événements défavorables au processus de pérennisation, on note par

exemple: (i) la compétition de l'intervention avec d'autres types d'interventions semblables ou déjà existantes; (ii) la reconnaissance d'un échec connu dans le passé de l'intervention proposée; (iii) le changement des orientations stratégiques de l'organisation hôte par rapport à l'intervention ; (iv) l'absence de communication de l'intervention ; (v) le manque d'implication de la communauté dans la conception ou la mise en œuvre de l'intervention ; et (vi) le découragement ou le manque de motivation des principaux acteurs de l'intervention.

Trois scénarios sont ainsi proposés pour analyser le processus de pérennisation: (i) le processus est fort s'il comporte davantage d'événements favorables que défavorables; (ii) il est modéré s'il y a autant d'événements favorables que défavorables recensés; (iii) il est faible si le nombre d'événements considérés comme défavorables est plus important par rapport au nombre d'événements favorables (Mallé Samb, Ridde, & Queuille, 2013).

### **Événements conjoints au processus de pérennisation et de mise en œuvre**

Les événements qui sont conjoints aux deux processus sont composés: (i) des incitatifs développés pour les bénéficiaires de l'intervention comme le bénéfice moral, le renforcement des capacités, la motivation financière, ou autres; (ii) l'adaptation au contexte organisationnel et environnemental (au sens plus large) des activités de l'intervention; (iii) l'alignement des objectifs de l'intervention avec ceux de l'organisation hôte; (iv) l'existence d'une communication transparente ; et (v) l'intégration des règles de l'intervention avec celles de l'organisation hôte (Pierre Pluye et al., 2005).

## Événements spécifiques au processus de mise en œuvre

Plusieurs événements spécifiques caractérisant le processus de mise en œuvre peuvent également avoir une influence sur le processus de pérennisation (Roberts-Gray & Scheirer, 1988; Scheirer, 1981). Ces éléments sont par exemple : (i) l'investissement adéquat dans de ressources suffisantes (financières, humaines et matérielles) pour réaliser les activités d'une intervention (Scheirer, 2016); et (ii) la compatibilité pratique et technique des activités de l'intervention avec celles de l'organisation hôte (Pierre Pluye et al., 2005).

**Tableau 4.** Types d'analyse de la pérennisation identifiés dans la littérature

<b>Auteurs</b>	<b>Types d'analyse</b>	<b>Composantes</b>
	Analyse des événements spécifiques au processus de pérennisation	
Pluye et al. (2005)	Événements favorables	Stabilisation des ressources Prise de risque organisationnel
Malle et al. (2013)	Événements défavorables	Compétition de l'intervention Échec de l'intervention Changement des orientations stratégiques Absence de communication Absence de participation communautaire Absence de motivation
Pluye et al. (2005)	Analyse des événements concomitants au processus de pérennisation et de mise en œuvre	Développement des incitatifs Adaptation au contexte Alignement des objectifs Communication Intégration des règles et valeurs
Scheirer (1981) Scheirer (1988) Pluye et al. (2005)	Analyse des événements spécifiques au processus de mise en œuvre ayant une influence sur le processus de pérennisation	Investissement des ressources Compatibilité pratique et technique



#### **1.2.4. Éléments de synthèse sur la conceptualisation et la mesure de la P**

La littérature sur le concept de pérennisation est plus récente, reste encore variée et peu abondante. Bien que plusieurs termes soient utilisés façon interchangeable pour décrire le processus de pérennisation, la littérature nous permet de faire ressortir les principales propositions conceptuelles et opérationnelles liées à ce concept.

##### **Au niveau des concepts de routinisation et d'institutionnalisation**

Dans la littérature, l'institutionnalisation et la routinisation sont des termes utilisés de façon interchangeable pour décrire le processus de pérennisation. Cependant, ces deux concepts sont conceptuellement différents. Quelques auteurs (P. Pluye et al., 2004; V. Ridde, Pluye, & Queuille, 2006) qui se sont intéressées à l'expérimentation et la routinisation des interventions, trouvent que les propositions conceptuelles du terme 'institutionnalisation' (passages et cycles) sont différentes des propositions opérationnelles de la routinisation (routines organisationnelles) (Becker, 2004; Becker, Lazaric, Nelson, & Winter, 2005; Scheirer, 1993). En effet, dans une organisation, certaines routines peuvent être cycliques tandis que d'autres peuvent devenir régulières (Goodman et al., 1993).

##### **Au niveau du développement des capacités**

Plusieurs études ont déjà établi le lien entre le développement des capacités des bénéficiaires des interventions et l'observation des effets à long-terme (Scheirer, 2016; Scheirer & Dearing, 2011; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Pour certains auteurs, le développement des capacités est plutôt vu comme une condition (facteur) de pérennisation, et non pas comme un aspect de mesure de la pérennisation ou encore comme un des mécanismes du processus de pérennisation permettant d'arriver à un certain degré de pérennité pour une intervention donnée (Johnson et al., 2004).

### **Au niveau du maintien des effets**

Un des problèmes majeurs auquel fait face la littérature actuelle dans le domaine de la pérennisation des interventions, c'est le manque de consensus sur la notion des effets. Certains auteurs proposent de mesurer seulement des effets quantifiables de l'intervention, mais sans pour autant préciser lesquels (Fleischer, Semenic, Ritchie, Richer, & Denis, 2015). Quelques auteurs vont plus loin en incluant seulement les effets pour les bénéficiaires de l'intervention (Gruen et al., 2008; Scheirer & Dearing, 2011; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Quant à Stirman et coll. (2012), ils proposent de regarder plutôt les effets liés aux fournisseurs de l'intervention et les effets de l'intervention observés au niveau du système de façon globale (Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012). Alors que Scheirer (2005) et Racine (2006) proposent de regarder les effets liés au changement perçu par l'intervention (Racine, 2006; Scheirer, 2016).

Cependant, très peu d'études considèrent la continuité des effets d'une intervention comme un aspect de mesure de la pérennisation ou encore comme une caractéristique de la pérennité (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Pour la majorité des auteurs, ils voient la continuité des effets (observables ou l'avantage relatif perçu) à la fois comme une caractéristique et une condition préalable au processus de pérennisation (Gruen et al., 2008; Johnson et al., 2004; Racine, 2006; Scheirer, 2016; Scheirer & Dearing, 2011).

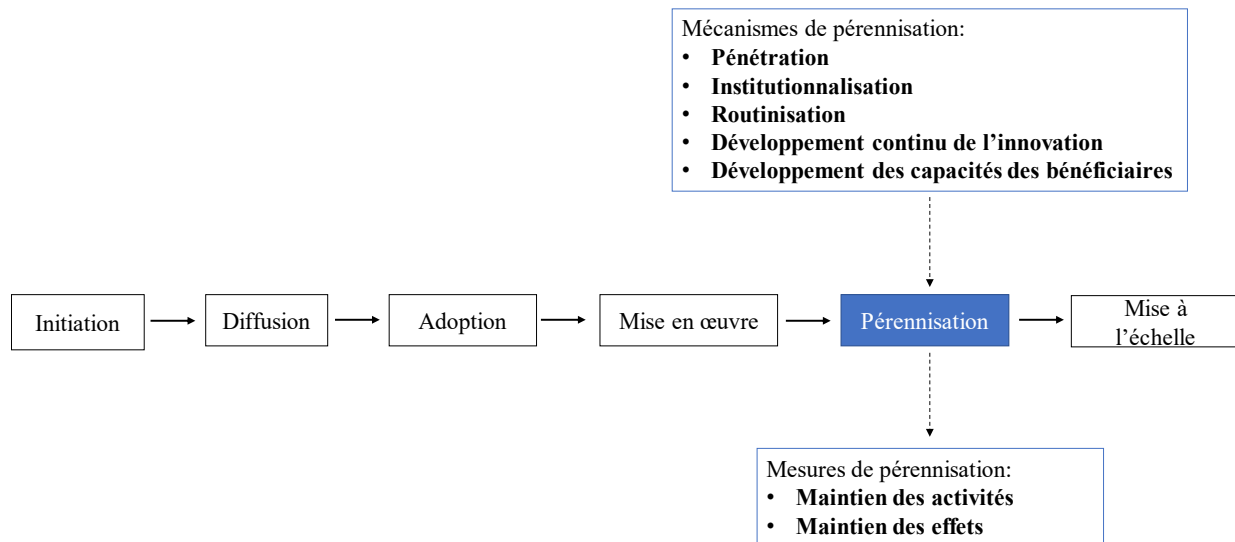
#### **1.2.5. Propositions et principales conclusions sur les éléments de mesure de la P**

Compte tenu de la définition de la pérennisation décrite dans la sous-section précédente, comme étant le processus qui permet la continuité des activités et le maintien des effets d'une intervention

pendant une période appropriée dans un contexte donné, nous suggérons dans le cadre de cette thèse les propositions suivantes (**Figure 5**):

- Nous considérons l'institutionnalisation comme un des mécanismes de pérennisation, car ce concept ne permet pas de mesurer concrètement (à travers le nombre de passages et de cycles) le processus de pérennisation.
- Nous considérons également le développement ou l'évolution d'une intervention (changements apportés et efforts fournis pour adapter l'intervention initiale en fonction de l'évolution des circonstances) comme un des mécanismes évolutifs du processus de pérennisation.
- Nous considérons également le développement des capacités des bénéficiaires de l'intervention (amélioration continue des capacités et des ressources des utilisateurs pour maintenir les activités de l'intervention) plutôt comme un des mécanismes du processus de pérennisation pour maintenir la continuité des activités d'une intervention, et non pas comme un aspect de mesure de la pérennisation.
- Nous jugeons pertinent de garder, en se basant sur leurs définitions et la manière dont ils sont mesurés, dans les éléments de mesure de la pérennisation des aspects suivants :
  - Le maintien des activités, qui se traduit sous la forme des routines organisationnelles à travers des dimensions de mémoire, adaptation, règles et valeurs.
  - Le maintien des effets de l'intervention.

**Figure 5.** Éléments proposés pour la mesure de la pérennisation



### Section 3 - Mise à l'échelle : Concepts, mesures et analyses

#### 1.3.1. Conceptualisation de la mise à l'échelle

La mise à l'échelle (« *Scaling-Up* ») est un thème porteur en santé publique et en santé mondiale, mais retient l'attention seulement depuis quelques années (Mangham & Hanson, 2010; Subramanian, Naimoli, Matsubayashi, & Peters, 2011). Quelques chercheurs qui se sont intéressés à la problématique de mise à l'échelle des interventions dans le domaine de la santé, ont pu identifier plusieurs études sur ce sujet (K. Hanson et al., 2010). Mais, la majorité de ces études ont été publiées seulement après 2006, et abordent en particulier des interventions préventives et curatives des maladies infectieuses comme le VIH-Sida et des initiatives innovantes en lien les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). A ce jour, il n'existe pas encore de consensus sur la définition du concept de mise à l'échelle. Contrairement à la diffusion (« *Spread* ») qui est un processus passif et spontané, la mise à l'échelle est un concept très proche de celui de la

dissémination (efforts délibérés et planifiés pour étendre les activités d'une intervention sur de plus grands volumes) (Greenhalgh et al., 2004). La majorité des études empiriques considèrent la mise à l'échelle comme un processus qui consiste en premier lieu à étendre la couverture d'une intervention testée avec succès localement (Chopra & Ford, 2005; Ferradini et al., 2006; Mansour, Mansour, & El Swesy, 2010). Deux tendances majeures sur la conceptualisation de la mise à l'échelle ressortent ainsi de la littérature: (i) où la finalité est l'expansion de la couverture de l'intervention (projets conçus comme des « objets fixes »); et (ii) où la finalité de la mise à l'échelle est l'accroissement de l'impact de cette intervention (projets conçus comme des « objets malléables ») (Paina & Peters, 2012; Subramanian et al., 2011).

### **1.3.2. Mesure de la mise à l'échelle**

Autant la littérature apporte peu d'éclaircissements sur les aspects de mesure de la MEO et de la P, quelques aspects sont également proposés pour mesurer le processus de MAE, notamment : (i) la mobilisation des ressources; (ii) la couverture; (iii) l'accessibilité; (iv) l'utilisation; (v) l'impact (**Tableau 5**).

#### **Mobilisation des ressources**

La MAE est parfois utilisée pour décrire la mobilisation des ressources requises pour étendre la couverture d'une intervention (Mangham & Hanson, 2010). Cet aspect se mesure à travers la quantité de toutes les ressources (humaines, financières, matérielles et technologiques) mobilisées pour étendre géographiquement une intervention (Mangham & Hanson, 2010).

## **Couverture**

Dans les études de la MAE, la couverture réfère à l'accroissement d'une intervention sur une plus grande étendue géographique. Elle se mesure par les taux de couverture par les populations ciblées par l'intervention (Chopra & Ford, 2005; Ferradini et al., 2006; Mansour et al., 2010; Simmons & Shiffman, 2007; Subramanian et al., 2011).

## **Accessibilité**

Pour d'autres auteurs, la finalité de la MAE repose sur l'accroissement de l'accessibilité des services offerts par l'intervention mise à l'échelle par les populations cibles (G. R. Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton, & Mahal, 2008).

## **Utilisation**

La MAE est également mesurée en termes de l'extension de la prestation des services d'une intervention, et ainsi de l'augmentation du niveau d'utilisation de ces services (A. Gupta et al., 2016).

## **Impact**

Comme nous l'avons déjà mentionné, une des finalités du processus de mise à l'échelle est l'accroissement de l'impact d'une intervention (Paina & Peters, 2012; Subramanian et al., 2011). L'accroissement de l'impact se mesure en termes des effets observés de l'intervention à un plus grand nombre de personnes visées par cette intervention (Paina & Peters, 2012). Beaucoup d'études empiriques rapportent les effets positifs de la mise à l'échelle des interventions en termes

de résultats de santé (Levine, 2004; Masanja et al., 2008; Victora, Hanson, Bryce, & Vaughan, 2004).

**Tableau 5.** Aspects de mesure de la mise à l'échelle identifiés dans la littérature

<b>Auteurs</b>	<b>Aspects de mesure</b>	<b>Définition</b>
Mangham et Hanson (2010)	Mobilisation des ressources	La quantité des ressources mobilisées pour étendre une intervention
Chopra et Ford (2005) Ferradini et al. (2006) Simmons et al. (2007) Mansour et al. (2010) Subramanian et al. (2011)	Couverture	L'accroissement d'une intervention sur une plus grande étendue géographique
Gupta et al. (2008)	Accessibilité	Augmentation de l'accès à l'intervention par d'autres populations
Gupta et al. (2016)	Utilisation	Augmentation de l'utilisation de l'intervention
Paina et Peters (2012)	Impact	L'accroissement des effets de l'intervention

### 1.3.3. Analyse de la mise à l'échelle

Contrairement à l'analyse des déterminants de succès dans le processus de MAE, très d'études accordent l'importance à l'analyse du processus en tant que tel. On retrouve principalement deux types d'analyse de la MAE (**Tableau 6**): (i) l'analyse de la MAE horizontale qui consiste en la multiplication de l'intervention dans différents contextes; et (ii) l'analyse de la MAE verticale qui consiste en une analyse de la MAE d'une intervention à différents niveaux systémiques (exemples: local, régional, provincial, national) (Paina & Peters, 2012). Il existe cependant diverses façons que l'on peut mettre une intervention à plus grande échelle: (i) quantitativement (en augmentant l'étendue géographique d'une intervention); (ii) fonctionnellement (en augmentant le nombre et/ou les types d'activités de l'intervention); (iii) politiquement (en modifiant le niveau d'action

de l'intervention) ; ou (iv) structurellement (en améliorant l'intervention par le biais de l'efficacité, de l'efficience ou de la durabilité de ses activités) (Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995).

**Tableau 6.** Types d'analyse de la mise à l'échelle identifiés dans la littérature

<b>Auteurs</b>	<b>Types d'analyse</b>	<b>Types de MAE</b>	<b>Définition</b>
Uvin (1995) Subramanian et al. (2011)	MAE horizontale	MAE quantitative	Augmentation de l'étendue géographique de l'intervention
		MAE structurelle	Amélioration de l'efficacité, efficience et durabilité de l'intervention
	MAE verticale	MAE fonctionnelle	Augmentation du nombre et types d'activités de l'intervention
		MAE politique	Modification du niveau d'action de l'intervention

#### **1.3.4. Éléments de synthèse sur la conceptualisation et la mesure de la MAE**

Plusieurs lacunes concernant le processus de mise à l'échelle persistent encore. Bien que la MAE vise en premier lieu l'accroissement de la couverture d'une intervention dans la majorité des études, très peu d'études ont porté sur la conceptualisation et les aspects de mesure de la MAE. Plusieurs cadres proposés par la littérature sont des cadres sur le processus incluant les différentes étapes qui expliquent comment on peut envisager ou mettre à l'échelle une intervention testée avec succès au niveau local (Barker, Reid, & Schall, 2015; E. H. Bradley et al., 2012; Kohl & Cooley, 2003; WHO, 2010). D'autres études portent principalement sur les déterminants du succès et les défis majeurs dans le processus de MAE (Mangham & Hanson, 2010; Ranson, Hanson, Oliveira-Cruz, & Mills, 2003; Yamey, 2011).

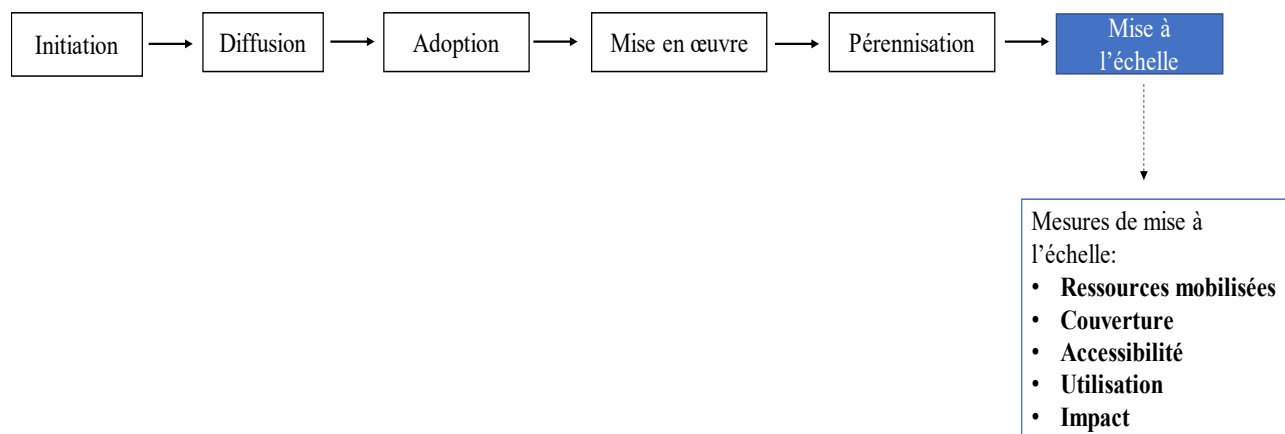


### 1.3.5. Propositions et principales conclusions sur les éléments de mesure de la MAE

Compte tenu de la définition du processus de MAE décrite dans la sous-section précédente, comme étant le processus qui permet l'extension de la couverture d'une intervention à d'autres populations, nous suggérons dans le cadre de cette thèse les propositions suivantes (**Figure 6**):

- Nous jugeons pertinents, de garder dans les éléments pour la mesure de la MAE les aspects suivants :
  - La quantité de ressources mobilisées pour mettre à l'échelle une intervention
  - La couverture
  - L'accessibilité (comme un sous-aspect de la couverture)
  - L'utilisation (comme un sous-aspect de la couverture)
  - L'accroissement de l'impact

**Figure 6.** Éléments proposés pour la mesure de la mise à l'échelle



## Chapitre 2 – Les déterminants de mise en œuvre, pérennisation et mise à l'échelle

### 2.1. Déterminants de mise en œuvre

Dans la littérature, plusieurs cadres identifiant les déterminants influençant le processus de MEO des interventions dans le domaine de la santé adoptent une perspective écologique, et organisent

ces déterminants de façon hiérarchique à différents niveaux: structurel, organisationnel, individuel et caractéristiques liées à l'intervention (G. A. Aarons et al., 2011; Cane, O'Connor, & Michie, 2012; Chaudoir et al., 2013; Damschroder et al., 2009; J. A. Durlak & DuPre, 2008; Moullin, Sabater-Hernandez, Fernandez-Llimos, & Benrimoj, 2015; Per Nilsen, 2015b). Dans une revue systématique récente, plus d'une vingtaine de déterminants de MEO sont identifiés et à différents niveaux d'influence (Chaudoir et al., 2013; J. A. Durlak & DuPre, 2008).

### **2.1.1. Déterminants structurels de mise en œuvre**

Les déterminants structurels de la MEO représentent la structure externe du contexte socioculturel ou communautaire plus large dans lequel l'intervention est mise en œuvre, ou dans lequel l'organisation hôte de l'intervention est nichée (Chaudoir et al., 2013). Plusieurs déterminants structurels sont ainsi identifiés. Il s'agit de : (i) l'environnement physique (Blankenship, Friedman, Dworkin, & Mantell, 2006); (ii) le contexte social (Olsen, 1998b) (Peters et al., 2002) ; (iii) le climat économique (Peters et al., 2002) ; (iv) le climat politique (Olsen, 1998b); (v) la situation démographique (Chaudoir et al., 2013); (vi) les politiques publiques et la législation régissant l'intervention (G. R. Gupta et al., 2008); (vii) l'infrastructure disponible ou mise en place pour l'intervention (Blasinsky, Goldman, & Unutzer, 2006; G. R. Gupta et al., 2008); (viii) la relation de l'organisation hôte de l'intervention avec la communauté externe ou le réseau plus large (Damschroder et al., 2009); et (ix) le financement (initial et au cours du processus de MEO) de l'intervention (Norton, 2012).

### **2.1.2. Déterminants organisationnels de mise en œuvre**

Les organisations sont considérées comme d'importantes structures dans le succès ou l'échec de la mise en œuvre et de la dissémination des interventions (Champagne, 2002). Les aspects organisationnels concernent : (i) l'efficacité du leadership qui est la présence et l'influence des

‘champions’ (formels ou informels) sur les autres par rapport à la MEO de l’intervention (G. A. Aarons et al., 2012; Damschroder et al., 2009; Weiner, Lewis, & Linnan, 2009); (ii) la culture ou le climat organisationnel qui inclut les croyances, les valeurs, les normes partagées et la disposition au changement organisationnel (culture de l’intervention) (G. A. Aarons & Sommerfeld, 2012); (iii) la capacité institutionnelle qui concerne la structure, les valeurs institutionnelles, la disponibilité et la capacité de mobilisation des ressources (Olsen, 1998b); et (iv) la culture d'apprentissage avec une vision, le leadership, le besoin de connaissances, l’acquisition de nouvelles connaissances, le partage et l’utilisation des connaissances (French et al., 2009).

### **2.1.3. Déterminants liés aux promoteurs de l’intervention**

Ce niveau concerne les responsables de la mise en œuvre de l’intervention (J. A. Durlak & DuPre, 2008). Les aspects liés aux promoteurs de l’intervention incluent : (i) les attitudes développées envers l’intervention (G. A. Aarons, 2004; Melnyk, Fineout-Overholt, & Mays, 2008); (ii) les comportements adoptés envers l’intervention qui sont souvent en fonction des besoins et les bénéfices ressentis pour mettre en œuvre l’intervention (Ajzen, 1991); (iii) les compétences de recherche, les valeurs et la reconnaissance des pratiques fondées sur les données probantes (C. E. Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2009); (iv) la conscientisation et l’ouverture à des nouvelles pratiques (G. A. Aarons et al., 2011; Butler, 2011; Klimes-Dougan et al., 2009); et (v) l’assistance technique, la supervision et la capacité de former les futurs utilisateurs de l’intervention (Dane & Schneider, 1998; Drake et al., 1993).

### **2.1.4. Déterminants liés aux bénéficiaires de l’intervention**

Dans la littérature, peu de place est accordée aux déterminants liés aux bénéficiaires des interventions, pourtant ces derniers sont reconnus d’avoir un impact majeur sur les résultats de mise en œuvre. Les déterminants liés aux bénéficiaires des interventions concernent plusieurs

aspects, dont les aspects suivants : (i) les connaissances, compétences, croyances, attitudes (développées vis-à-vis de l'intervention) et influences sociales (Cane et al., 2012; Feldstein & Glasgow, 2008; Michie et al., 2005); (ii) la motivation et la confiance accordées à l'intervention, ainsi que la satisfaction par rapport à l'intervention (Eccles & Mittman, 2006; Feldstein & Glasgow, 2008). D'autres déterminants comme des caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires ainsi que leur niveau d'état de santé à la base, peuvent également influencer le processus de MEO.

#### **2.1.5. Déterminants liés aux caractéristiques de l'intervention**

Les déterminants liés à l'intervention concernent les aspects et les caractéristiques de l'intervention mise en œuvre. Ces aspects incluent principalement : (i) l'avantage comparatif de l'utilisation de l'intervention par rapport à d'autres pratiques existantes (Greenhalgh et al., 2004; Scott, Plotnikoff, Karunamuni, Bize, & Rodgers, 2008); (ii) la qualité et le niveau de preuves d'efficacité de l'intervention qui est MEO (Helfrich, Li, Sharp, & Sales, 2009). Au niveau des caractéristiques, deux caractéristiques retiennent particulièrement l'attention dans la littérature: (i) la compatibilité technique de l'intervention avec le contexte de mise en œuvre (Pierre Pluye et al., 2005; Scheirer, 1981, 1986) ainsi que la compatibilité pratique avec les potentiels futurs utilisateurs (J. A. Durlak & DuPre, 2008; Scheirer, 1981, 1986); et (ii) l'adaptabilité de l'intervention (possibilité d'être modifiée) au contexte de MEO (J. A. Durlak & DuPre, 2008). D'autres caractéristiques étudiées concernent la crédibilité de l'intervention (pertinence), la visibilité (par les différentes parties prenantes), la simplicité (la facilité à être MEO) et la nature de l'intervention (type d'intervention) (Greenhalgh et al., 2004; Scott et al., 2008).

## **2.2. Déterminants de pérennisation**

Dans la littérature, plusieurs déterminants (ou ‘conditions’ de pérennisation) sont identifiés, mais il existe encore beaucoup de divergences dans les différentes manières dont ils sont catégorisés. Certaines études regroupent les déterminants du processus de pérennisation dans trois catégories : les déterminants de l’environnement, les déterminants organisationnels et les déterminants liés à l’intervention (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). D’autres auteurs les regroupent plutôt dans quatre grandes catégories : les déterminants liés à l’intervention, les déterminants contextuels, les déterminants de leadership et les déterminants liés au processus de pérennisation (Fleischer et al., 2015). Dans le cadre de cette thèse, nous regroupons les différents déterminants du processus de pérennisation identifiés dans six groupes majeurs selon les différents niveaux hiérarchiques utilisés au niveau du processus de MEO : structurels, organisationnels, promoteurs et bénéficiaires (individuels), intervention et processus.

### **2.2.1. Déterminants structurels de pérennisation**

Au niveau des déterminants structurels du processus de pérennisation, on retrouve principalement : (i) le contexte social, économique et politique de l’intervention (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Racine, 2006; Scheirer, 2016; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998); (ii) les politiques publiques et la législation régissant l’intervention (Gruen et al., 2008; Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (iii) le niveau de soutien et de participation de la communauté externe (Gruen et al., 2008; Racine, 2006; Scheirer, 2016; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998); (iv) la relation de l’organisation hôte de l’intervention avec la communauté externe ou avec le réseau plus large (Gruen et al., 2008; Racine, 2006); (v) le financement de l’intervention (initiale et continue) (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); et (vi) autres

sources (matérielles, technologiques, humaines, etc.) disponibles pour l'intervention (Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016)

### **2.2.2. Déterminants organisationnels de pérennisation**

Tout comme pour le processus de MEO, plusieurs déterminants sont identifiés au niveau organisationnel dans le processus de pérennisation des interventions. Ces déterminants sont : (i) la force et la capacité institutionnelle qui inclut la structure, les valeurs institutionnelles, la disponibilité et la capacité de mobilisation des ressources (Olsen, 1998b; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998); (ii) la capacité d'intégration qui fait référence au profil d'activités, la capacité de l'organisation cible d'adapter et de rendre compatible l'intervention avec ses propres routines (Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016); (iii) la capacité d'absorption qui est l'aptitude pour une organisation d'accueillir et d'assimiler des nouvelles connaissances ou pratiques (Racine, 2006; Scheirer, 2016); (iv) la culture organisationnelle qui renferme les croyances, valeurs et normes partagées (D. Buchanan et al., 2005; Racine, 2006; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (v) l'efficacité institutionnelle (Gruen et al., 2008); (vi) la présence, l'efficacité et l'implication des activités de leadership (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Johnson et al., 2004; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (vii) l'agenda et les orientations stratégiques de l'organisation hôte dont les politiques et procédures basées sur l'intervention (Gruen et al., 2008; Johnson et al., 2004; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (viii) la présence des structures et systèmes de gestion de projet liés à l'intervention (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Racine, 2006; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (ix) la disponibilité de l'expertise liée à l'intervention (Johnson et al., 2004; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); la nature des relations entre les différentes parties prenantes de l'intervention (Johnson et al., 2004); ainsi que

(x) les caractéristiques de la main d'œuvre disponible pour l'intervention (ex. Stabilité) (Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012).

### **2.2.3. Déterminants liés aux promoteurs de l'intervention**

Dans la littérature, quelques déterminants que nous regroupons dans la catégorie des promoteurs ou fournisseurs de l'intervention sont également identifiés. Ces déterminants concernent: (i) le niveau d'engagement des promoteurs à l'intervention (D. Buchanan et al., 2005) ; (ii) le niveau d'engagement des promoteurs à l'organisation hôte de l'intervention (Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (iii) le niveau d'appropriation de l'intervention par les promoteurs (Johnson et al., 2004); et (iv) les objectifs et priorités clairs, un leadership compétent, une culture de soutien, des politiques et stratégies claires (Fitzgerald, Ferlie, McGivern, & Buchanan, 2013).

### **2.2.4. Déterminants liés aux bénéficiaires de l'intervention**

Au niveau des déterminants de pérennisation liés aux bénéficiaires ou utilisateurs de l'intervention, on retrouve principalement : (i) le niveau des compétences pour performer l'intervention (D. Buchanan et al., 2005; Racine, 2006); ainsi que (ii) le niveau d'engagement des bénéficiaires/futurs utilisateurs de l'intervention à l'organisation (Racine, 2006).

### **2.2.5. Déterminants liés aux caractéristiques de l'intervention**

La majorité des déterminants liés aux caractéristiques de l'intervention identifiés dans la littérature sont les mêmes que ceux identifiés dans la même catégorie pour le processus de MEO. Ces déterminants sont : (i) la compatibilité pratique de l'intervention (avec les potentiels futurs utilisateurs) (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Racine, 2006; Scheirer, 2016; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (ii) le niveau d'adaptabilité au contexte local (Scheirer, 2016; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (iii) le niveau d'efficacité de l'intervention (Racine, 2006; Scheirer, 2016; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (iv) la

pertinence de l'intervention pour répondre à un besoin ou redresser un problème (Johnson et al., 2004; Racine, 2006; Scheirer, 2016) ; (v) le type, la nature et la forme de l'intervention à être pérennisée (Gruen et al., 2008; Racine, 2006; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998) ; (vi) l'intégrité de l'intervention (Johnson et al., 2004; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (vii) le niveau d'intégration de l'intervention dans les programmes ou services existants (Gruen et al., 2008; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998) ; (viii) le niveau d'échelle de l'intervention (système et sous-systèmes) (D. Buchanan et al., 2005); et (ix) l'âge ou durée de vie de l'intervention (Scheirer, 2016).

#### **2.2.6. Déterminants liés au processus de pérennisation**

Quelques auteurs ont pu identifier quelques déterminants liés au processus de pérennisation en soi. Les processus font référence à une série d'événements, de stratégies ou d'activités qui mènent à un résultat particulier (Valéry Ridde, Yaogo, Zongo, Somé, & Turcotte-Tremblay, 2018). Ces déterminants sont identifiés à différents niveaux ou étapes du processus de pérennisation, et on peut citer parmi eux : (i) la planification et la MEO de l'intervention (D. Buchanan et al., 2005; Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (ii) l'utilisation des systèmes de surveillance de la performance (Gruen et al., 2008; Racine, 2006; Scheirer, 2016; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (iii) la formation et l'éducation à propos de l'intervention (Gruen et al., 2008; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); (iv) la communication de l'intervention (Racine, 2006); (v) le calendrier (agenda), rythme et déroulement des événements (D. Buchanan et al., 2005); (vi) la navigation des demandes concurrentes (Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012); et (vii) la prise de décision partagée et la collaboration (Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012).



### **2.3. Déterminants de mise à l'échelle**

Dans la littérature, on retrouve plusieurs déterminants qui interviennent dans le processus de la mise à l'échelle des interventions dans le domaine de santé (Simmons et al., 2007) proposent, que nous regroupons en cinq catégories: déterminants structurels (liés à l'environnement), déterminants liés aux promoteurs de l'intervention (caractéristiques de l'équipe d'appui ou de l'organisation promotrice), déterminants liés aux bénéficiaires de l'intervention (caractéristiques de l'organisation utilisatrice), déterminants liés à l'intervention (caractéristiques de l'initiative innovante) et les déterminants liés à la stratégie de MAE utilisée.

#### **2.3.1. Déterminants structurels de mise à l'échelle**

Au niveau des déterminants structurels de la MAE, l'environnement inclut aussi bien les communautés bénéficiaires des services de l'intervention que de multiples acteurs et secteurs concernés par le processus de MAE. Cette composante inclut également : (i) le contexte politique, socio-économique et culturel ; (ii) la bureaucratie ; ainsi que (iii) le niveau institutionnel comme la capacité du secteur de la santé qui accueille l'intervention à plus grande échelle (Simmons & Shiffman, 2007).

#### **2.3.2. Déterminants organisationnels de mise à l'échelle**

##### **Organisations promotrices**

L'équipe d'appui constitue l'organisme qui fait la promotion de l'intervention et s'assure du succès de son processus de la MAE. L'équipe d'appui doit disposer un certain nombre de caractéristiques, à savoir: (i) des leaders motivés et efficaces pour soutenir le processus de MAE; (ii) une vision claire et commune ; (iii) une bonne compréhension de l'organisation utilisatrice et de l'environnement ; (iv) la capacité de mobiliser des ressources financières et techniques ; et (v) la

capacité de former les futurs utilisateurs de l'initiative innovante et de les assister dans la mise à l'échelle (Simmons & Shiffman, 2007).

### **Organisations utilisatrices**

Les organisations utilisatrices facilitent le processus de passage à l'échelle en adoptant et en mettant en œuvre l'intervention. Les organisations utilisatrices ont un certain nombre d'attributs qui peuvent faciliter la MAE notamment: (i) une bonne perception du besoin auquel répond l'intervention ; (ii) la capacité de mettre en œuvre efficacement l'intervention ; (iii) un calendrier et des priorités qui concordent avec ceux de la mise à l'échelle ; (iv) un certain nombre de leaders qui soutiennent le processus et qui font un plaidoyer à l'interne ; et (v) une proximité géographique et des caractéristiques similaires avec l'organisation promotrice.

### **2.3.3. Déterminants liés aux caractéristiques de l'intervention**

Plusieurs déterminants liés à l'intervention sont également identifiés dans le cadre du processus de passage à l'échelle. Ces derniers ont déjà fait l'objet de beaucoup d'études dans le cadre de la diffusion et de la MEO des interventions (Greenhalgh et al., 2004). Il s'agit de: (i) la crédibilité de l'intervention en se basant sur des données probantes; (ii) la visibilité de l'intervention par les futurs utilisateurs ; (iii) la pertinence de l'intervention (réponse à un problème ressenti) ; (iv) l'avantage comparatif par rapport aux pratiques courantes; (v) la facilité de mise en œuvre de l'intervention; (vi) la compatibilité de l'intervention avec les normes et les valeurs des potentiels utilisateurs; et (vii) la testabilité de l'intervention qui est le succès de cette intervention déjà observé à petite échelle (Simmons & Shiffman, 2007).

#### **2.3.4. Déterminants liés à la stratégie de mise à l'échelle**

Le processus de MAE peut prendre plusieurs formes à travers : (i) la diffusion et le plaidoyer ; (ii) des processus organisationnels ; (iii) l'estimation des coûts et la mobilisation des ressources et ; (iv) le suivi et l'évaluation. Le succès du processus de MAE dépend ainsi de plusieurs éléments selon la stratégie choisie, comme par exemple si: (i) la stratégie rend visible les avantages de l'intervention à toutes les parties prenantes ; (ii) la stratégie implique précocement les membres des organisations utilisatrices de l'intervention et favorise une approche participative; (iii) la stratégie choisie permet l'adaptation de l'intervention au contexte local ; (iv) la stratégie choisie utilise plusieurs canaux de dissémination adaptés au public cible ; et (v) elle se superpose à une stratégie d'institutionnalisation pour favoriser la pérennité de cette intervention.

A ce jour, il n'existe aucune approche unique pour garantir le succès de la mise à l'échelle. Tout dépend de la nature et de la finalité du processus et des caractéristiques de l'intervention (taille, durée, etc.) à mettre à l'échelle. Quelques études qui ont pu analyser les cas de succès dans le processus de MAE préconisent quatre éléments majeurs: (i) le leadership; (ii) la gestion stratégique; (iii) le financement; et (iv) le type de l'intervention à mettre à l'échelle (Medlin, Chowdhury, Jamison, & Measham, 2006; Yamey, 2011).

#### **2.3.5. Défis de mise à l'échelle**

Dans la littérature, autant les facteurs de succès de passage à l'échelle sont documentés (Yamey, 2011), les barrières et les défis l'ont davantage été (Edwards, 2010; Mangham & Hanson, 2010). Les barrières reconnues dans le processus de passage à l'échelle sont classées à cinq niveaux (Kara Hanson, Ranson, Oliveira-Cruz, & Mills, 2003) : (i) communautés et ménages (barrières physiques, financières et sociales dans l'utilisation des services innovateurs); (ii) prestation des

services de santé (manque d'infrastructures et d'équipements, de main d'œuvre qualifiée, etc.); (iii) des politiques du secteur de la santé et de la gestion stratégique (faiblesse des systèmes de planification, de gestion, de coordination et d'incitatifs); (iv) des politiques publiques d'autres secteurs; et (v) caractéristiques de l'environnement et du contexte.

Quant aux défis, dans leur article, Mangham & Hanson (Mangham & Hanson, 2010) décrivent quatre principaux défis rencontrés dans le processus de passage à l'échelle : (i) les coûts; (ii) les contraintes majeures; (iii) les aspects de qualité et d'équité; et (iv) les problèmes liés à la prestation des services après la mise à l'échelle. En termes de coûts, cela dépend de la taille de population à atteindre, des facteurs démographiques et socio-économiques, et différentes autres caractéristiques du système de santé (Johns, Torres, & Who, 2005). Parmi les contraintes, les auteurs évoquent principalement la capacité absorptive (utilisation efficace des ressources) et la nécessité de renforcer des systèmes encore faibles avant la mise à l'échelle. D'autres auteurs (L. Gilson & Raphaely, 2008; Lucy Gilson & Schneider, 2010; Kara Hanson et al., 2003) rajoutent deux types de contraintes importantes notamment l'importance de l'engagement politique et de la bonne gouvernance, ainsi que la nécessité d'une gestion stratégique efficace dans la mise à l'échelle.

#### **2.4. Éléments de synthèse sur les déterminants de MEO, P et MAE**

Les nomenclatures proposées par les différents auteurs permettent de classer les déterminants de MEO, de la MAE et de la P en plusieurs catégories et à différents niveaux d'analyse et d'influence (**Tableau 7**). Bien que beaucoup de cadres identifient les déterminants influençant ces trois processus adoptent une perspective écologique, il est très rare que les cadres utilisés considèrent les relations existantes entre les différentes catégories de déterminants, ou leur influence sur les différents aspects de mesure de ces trois processus. En effet, beaucoup de cadres des déterminants

fournissent simplement une liste des déterminants qui sont associés à ces trois processus. De plus, les mécanismes par lesquels ces déterminants influencent ces trois processus sont peu souvent étudiés ou expliqués (Per Nilsen, 2015b; Nilsen & Bernhardsson, 2019).

**Tableau 7.** Déterminants de MEO, P et MAE des interventions en santé

<b>Déterminants/Auteurs</b>	<b>Mise en œuvre (MEO)</b>	<b>Pérennisation (P)</b>	<b>Mise à l'échelle (MAE)</b>
<b>Déterminants structurels</b>			
Environnement physique	Blankenship et al. (2006) Chaudoir et al. (2013)		
Contexte social	Olsen (1998) Peters et al. (2002) Chaudoir et al. (2013)	Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Buchanan et al. (2005) Scheirer (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008)	
Climat économique	Peters et al. (2002) Chaudoir et al. (2013)	Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Buchanan et al. (2005) Scheirer (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008)	
Climat politique	Olsen (1998) Peters et al. (2002) Chaudoir et al. (2013)	Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Buchanan et al. (2005) Scheirer (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008)	
Situation démographique	Chaudoir et al. (2013)		
Politiques publiques et législations régissant l'intervention	Gupta et al. (2008) Chaudoir et al. (2013)	Johnson et al. (2004) Scheirer (2005) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	Medlin et al. (2006)
Soutien et participation de la communauté		Shediac-Rizkallah et Bone (1998) Scheirer (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008)	
Infrastructure	Blankenship et al. (2006) Gupta et al. (2008)		

Relation de l'organisation hôte avec la communauté externe et le réseau plus large	Damschroder et al. (2009)	Racine (2006) Gruen et al. (2008)	
Financement de l'intervention	Norton (2012)	Schediak-Rizkallah et Bone (1998) Johnson et al. (2004) Buchanan et al. (2005) Scheirer (2005) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	Yamey (2011)
Autres sources de l'intervention (matérielles, technologiques, humaines, etc.)		Johnson et al. (2004) Scheirer (2005)	
<b>Déterminants organisationnels</b>			
Efficacité du Leadership	Aarons et al. (2012) Damschroder et al. (2009) Weiner (2009)	Schediak-Rizkallah et Bone (1998) Johnson et al. (2004) Buchanan et al. (2005) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	Simmons et al. (2007) Medlin et al. (2006)
Culture organisationnelle	Aarons et al. (2012)	Buchanan et al. (2005) Racine (2006) Stirman et al. (2012)	
Capacité institutionnelle	Olsen (1998)	Scheirer (2005)	Yamey (2011)
Capacité d'intégration		Johnson et al. (2004) Scheirer (2005)	
Capacité absorbative		Scheirer (2005) Racine (2006)	Yamey (2011)
Capacité de mise en œuvre			Simmons et al. (2007)
Force institutionnelle		Shediak-Rizkallah et Bone (1998)	
Efficacité institutionnelle		Gruen et al. (2008)	
Perception du besoin par l'organisation			Simmons et al. (2007)
Agenda et orientations stratégiques		Johnson et al. (2004) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	Simmons et al. (2007)

Similarités et proximité géographique		Simmons et al. (2007)
Culture d'apprentissage	French et al. (2009)	
Structures et systèmes de gestion de projet liés à l'intervention		Buchanan et al. (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)
Disponibilité de l'expertise liée à l'intervention		Johnson et al. (2004) Stirman et al. (2012)
Nature des relations entre les différentes parties prenantes de l'intervention		Johnson et al. (2004)
Caractéristiques de la main d'œuvre		Stirman et al. (2012)
<b>Déterminants liés aux promoteurs de l'intervention</b>		
Attitudes développées envers l'intervention	Aarons (2004) Melynk et al. (2007)	
Comportements adoptés	Ajzen (1991)	
Engagement des parties prenantes vis-à-vis de l'intervention		Buchanan et al. (2005)
Engagement des parties prenantes vis-à-vis de l'organisation		Stirman et al. (2012)
Appropriation de l'intervention par les parties prenantes		Johnson et al. (2004)
Compétences de recherche et reconnaissance des pratiques fondées sur les	Brown et al. (2009)	

données probantes		
Ouverture à des nouvelles pratiques	Klimes-Dougan et al. (2009) Aarons (2009) Butler (2011)	
Vision commune		Simmons et al. (2007)
Compréhension et maîtrise de l'environnement culturel, politique et social de l'intervention		Simmons et al. (2007)
Capacité de générer des ressources techniques et financières		Simmons et al. (2007)
Capacité d'appréciation des forces et limites de l'organisation hôte		Simmons et al. (2007)
Capacité de mobilisation des ressources	Scheirer (2005)	Simmons et al. (2007)
Assistance technique, supervision et capacité de former les futurs utilisateurs	Peterson et al. (1988) Drake et al. (1993) Dane et Scheinoder (1998)	Simmons et al. (2007)
<b>Déterminants liés aux bénéficiaires de l'intervention</b>		
Connaissances, compétences, croyances, attitudes	Michie (2005) Feldstein et al. (2008) Cane et al. (2012)	
Motivation vis-à-vis de l'intervention	Feldstein et al. (2008)	
Confiance accordée à l'intervention	Eccles et al. (2006)	



Niveau de satisfaction par rapport à l'intervention	Eccles et al. (2006)		
Compétences pour performer l'intervention		Buchanan et al. (2005) Racine (2006)	
Niveau d'engagement des bénéficiaires à l'organisation hôte		Racine (2006)	
<b>Déterminants liés à l'intervention</b>			
Compatibilité pratique	Scheirer (1981) Scherier (1986) Durlak et Dupré (2008)	Buchanan et al. (2005) Scheirer (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	Simmons et al. (2007)
Compatibilité technique	Scheirer (1981) Scherier (1986) Pluye et al. (2005)		
Adaptabilité au contexte	Durlak & Dupré (2008)	Scheirer (2005) Stirman et al. (2012)	
Avantage comparatif	Greenhalgh et al. (2004) Scott et al. (2008)		Simmons et al. (2007)
Qualité et niveau d'efficacité	Helfrich et al. (2009)	Schediak-Rizkalla et Bone (1998) Johnson et al. (2004) Scheirer (2005) Racine (2006) Stirman et al. (2012)	
Pertinence	Greenhalgh et al. (2004)	Johnson et al. (2004) Scheirer (2005) Racine (2006)	
Simplicité	Greenhalgh et al. (2004)		Simmons et al. (2007)
Testabilité			Simmons et al. (2007)
Observabilité (résultats)			Simmons et al. (2007)
Nature de l'intervention	Scott et al. (2008)	Schediak-Rizkalla et Bone (1998) Racine (2006) Gruen et al. (2008)	

Intégrité de l'intervention	Johnson et al. (2004) Stirman et al. (2012)	
Intégration de l'intervention dans les programmes/services existants	Schediak-Rizkalla et Bone (1998) Gruen et al. (2008)	
Niveau d'échelle de l'intervention	Buchanan et al. (2005)	
Age de l'intervention	Scheirer (2005)	
<b>Déterminants liés aux processus ou stratégies utilisés</b>		
Planification et implantation de l'intervention	Schediak-Rizkalla et Bone (1998) Johnson et al. (2004) Buchanan et al. (2005) Scheirer (2005) Stirman et al. (2012)	
Utilisation des systèmes de surveillance de la performance	Scheirer (2005) Racine (2006) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	
Formation et éducation à propos de l'intervention	Shediak-Rizkallah et Bone (1998) Gruen et al. (2008) Stirman et al. (2012)	
Communication de l'intervention, diffusion et plaidoyers	Racine (2006)	Simmons et al. (2007)
Agenda, rythme, déroulement des événements	Buchanan et al. (2005)	
Navigation des demandes concurrentes	Stirman et al. (2012)	
Prise de décision partagée et collaboration	Stirman et al. (2012)	Simmons et al. (2007)

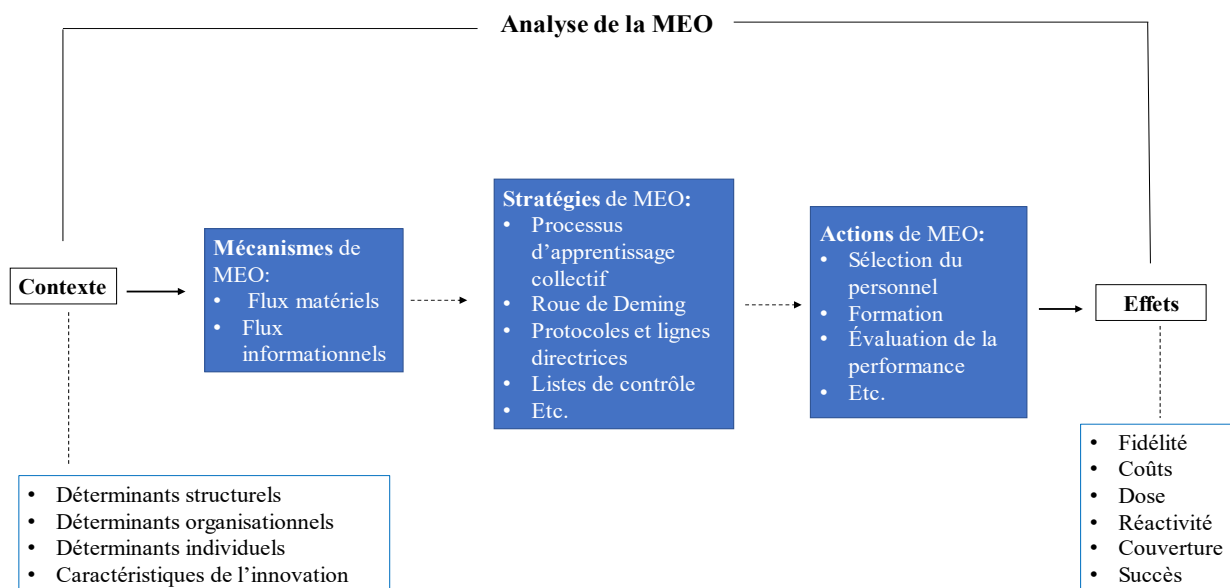
## Chapitre 3 – Mécanismes de mise en œuvre, pérennisation et mise à l'échelle

### 3.1. Mécanismes de mise en œuvre

Dans le domaine de la mise en œuvre, un mécanisme est défini comme 'un élément de raisonnement et de réaction d'un ou plusieurs agents (individuels ou collectifs), par rapport aux ressources disponibles dans un contexte donné pour apporter des changements grâce à la mise en œuvre d'une intervention'(Lacouture, Breton, Guichard, & Ridde, 2015). Des mécanismes (flux de matériaux et d'informations) sont activés à travers des stratégies (telles que les processus d'apprentissage collaboratif, l'utilisation de la roue de Deming, la diffusion de protocoles ou de lignes directrices, l'utilisation des listes de contrôle, etc.), qui sont des méthodes ou techniques utilisées pour améliorer la mise en œuvre d'une intervention (Curran, Bauer, Mittman, Pyne, & Stetler, 2012) (**Figure 7**). Par la suite, des actions spécifiques (telles que la sélection du personnel qualifié pour la MEO de l'intervention, la formation par rapport à l'utilisation de l'intervention, le coaching, la consultance, l'évaluation de la performance du personnel, etc.) sont conduites à travers les différentes stratégies utilisées (D. Fixsen, Panzano, Naoom, & Blase, 2008; D. L. Fixsen et al., 2005; Enola K Proctor, Byron J Powell, & J Curtis McMillen, 2013). Certains efforts de mise en œuvre peuvent impliquer un ou plusieurs composants de stratégies pour mettre en œuvre les activités de l'intervention (Kilbourne, Neumann, Pincus, Bauer, & Stall, 2007; Powell et al., 2012). Powell et coll. (2012) identifient plus d'une soixantaine de stratégies utilisées dans le processus de MEO, qu'ils regroupent en six éléments de processus clés : (i) la planification de l'intervention (en conduisant l'évaluation des besoins au niveau local ou en développant un plan formel de MEO); (ii) l'éducation sur l'intervention (en distribuant le matériel éducationnel), (iii) le financement, (iv) la restructuration (révision des rôles des personnes impliquées); (v) la gestion de la qualité (à travers la supervision, l'audit et le feedback); (vi) l'assistance au contexte politique

(Powell et al., 2012; Powell, Proctor, & Glass, 2014; Powell et al., 2015). Proctor et coll. (2013) vont plus loin en émettant des recommandations concernant la spécification et la documentation des stratégies utilisées dans le processus de MEO. Ils encouragent ainsi les auteurs à nommer, définir, opérationnaliser (en définissant l'acteur, l'action, la cible, la durée de l'action, la dose et le résultat affecté, et la justification de la stratégie choisie) les stratégies de MEO utilisées dans leurs études (E. K. Proctor, B. J. Powell, & J. C. McMillen, 2013).

**Figure 7.** Exemples de mécanismes de mise en œuvre identifiés dans la littérature



### 3.2. Mécanismes de pérennisation

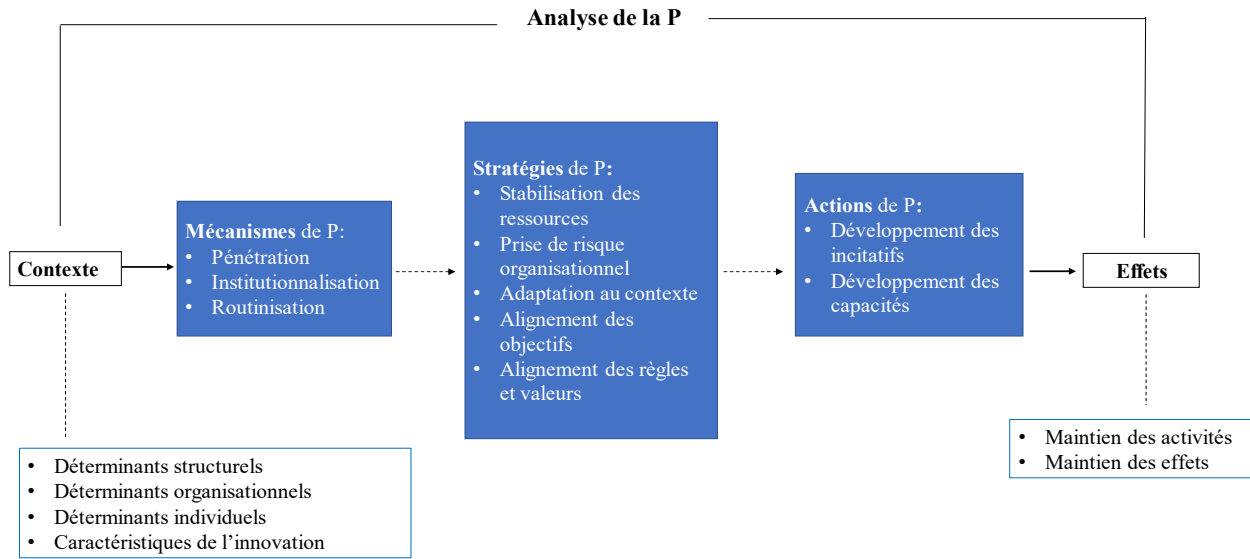
Pendant le processus de pérennisation, deux actions majeures sont nécessaires pour assurer la poursuite des activités d'intervention (**Figure 8**): (i) la stabilisation des ressources pour maintenir les activités de l'intervention; et (ii) la prise de risque organisationnel qui implique toutes les

parties prenantes dans la prise de décision et la gestion de cette intervention (Pierre Pluye et al., 2005).

D'autres actions sont également nécessaires pour assurer la continuité des activités d'intervention. Ces actions sont par exemple (i) le développement des incitatifs pour les parties prenantes (exemples : avantage moral, renforcement des capacités, motivation financière, etc.); (ii) l'adaptation des activités de l'intervention à son contexte social et organisationnel; (iii) l'alignement des objectifs de l'intervention avec ceux du contexte dans lequel elle se déroule; (iv) la communication des activités de l'intervention avec transparence; et (v) l'intégration des règles de l'intervention avec celles de son contexte de mise en œuvre (Pierre Pluye et al., 2005).

Plusieurs auteurs suggèrent de commencer les actions de pérennisation plus tôt, au moment du processus de MEO (Argaw, Fanthahun, & Berhane, 2007; P. Pluye et al., 2004; V. Ridde et al., 2006; Simpson, 2002). Pour ces auteurs, si les effets de l'intervention sont positifs et que les conditions de mise en œuvre sont satisfaisantes, l'intervention doit être pérennisée. Et, si les effets sont positifs mais les conditions incertaines, l'intervention ne devrait pas être pérennisée. Si les effets sont négatifs quelques soient les conditions, il ne doit pas y avoir de pérennisation également.

**Figure 8.** Exemples de mécanismes de pérennisation identifiés dans la littérature



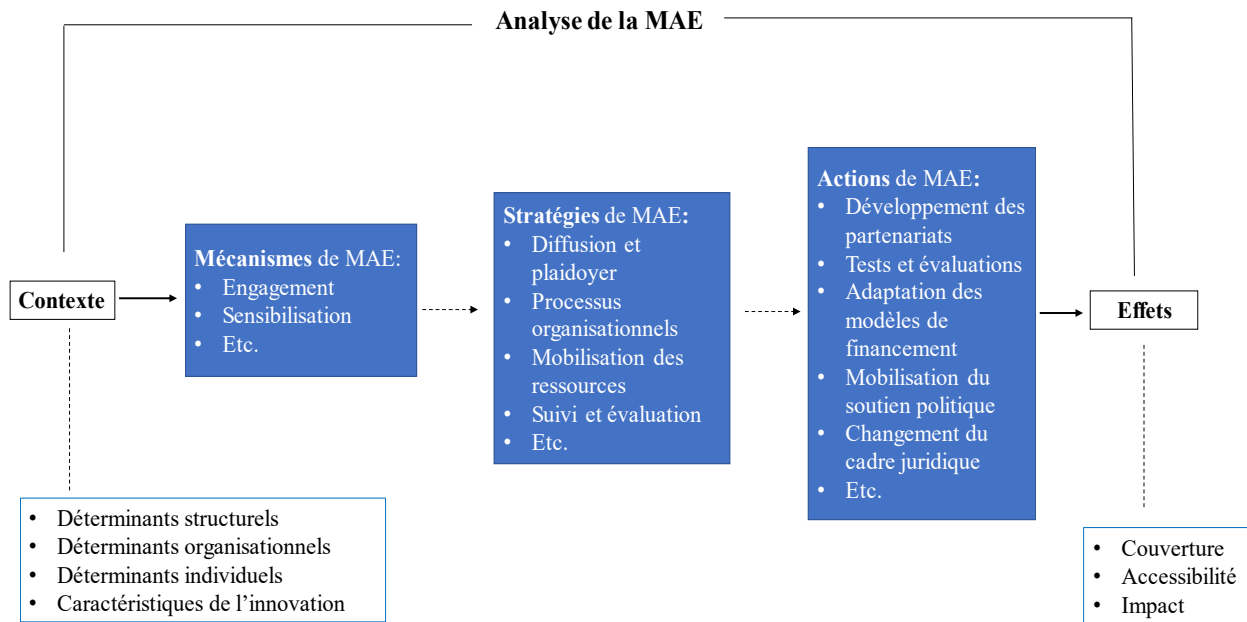
### 3.3. Mécanismes de mise à l'échelle

La MAE est un processus qui requiert des mécanismes et stratégies spécifiques (Kohl & Cooley, 2003; Taylor & Taylor, 2016; Uvin & Miller, 1996; Willis et al., 2016). Plusieurs approches sont utilisées dans le processus de MAE (Chopra & Ford, 2005). Dans leur modèle, Simmons et al. (2007) proposent quatre grandes stratégies principalement utilisées pour mettre à l'échelle les interventions sanitaires. Ces stratégies sont : (i) la diffusion et le plaidoyer; (ii) les processus organisationnels; (iii) la mobilisation et l'augmentation des ressources; et (iv) le suivi et l'évaluation du processus de MAE (**Figure 9**).

D'autres mécanismes sont utilisés pour des interventions complexes dans le processus de MAE. Ces mécanismes peuvent être la sensibilisation, l'engagement, la confiance (Willis et al., 2016). Ils sont activés par certaines stratégies (exemples : renouvellement et régénération), accompagnées par des actions spécifiques (exemples : établissement des partenariats, des évaluations, la mobilisation du soutien politique et l'adaptation des modèles de financement), menant à une série

de résultats de MAE (exemples : un engagement accru de nouvelles communautés, des modifications de la législation ou des accords avec de nouveaux modèles de financement) (Willis et al., 2016).

**Figure 9.** Exemples de mécanismes de mise à l'échelle identifiés dans la littérature



## **PARTIE 3. CADRE THEORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE**

### **Chapitre 4 – Cadre théorique**

#### **4.1. Théorie de l'action sociale de Parsons**

Dans le cadre de cette thèse, nous nous appuyons sur la théorie de l'action sociale de Parsons pour proposer un modèle théorique pour l'analyse des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des initiatives innovantes.

La théorie de l'action sociale trouve son fondement dans la théorie générale des systèmes. La théorie générale des systèmes stipule que *'pour tout système, quel que soit sa taille, et son niveau d'organisation, le tout est plus que la somme des parties'* (Von Bertalanffy, 1980). Cela veut que pour comprendre le fonctionnement d'un système dans la globalité, il faut connaître et comprendre chaque élément qui le constitue. La théorie de l'action sociale repose sur des caractéristiques similaires issues de la théorie générale des systèmes, en considérant les systèmes organisés d'action comme constitués par des petites sous-unités de systèmes interreliés et imbriqués les uns aux autres (Manson 2001, Gatrell 2005, Bouvier 2007).

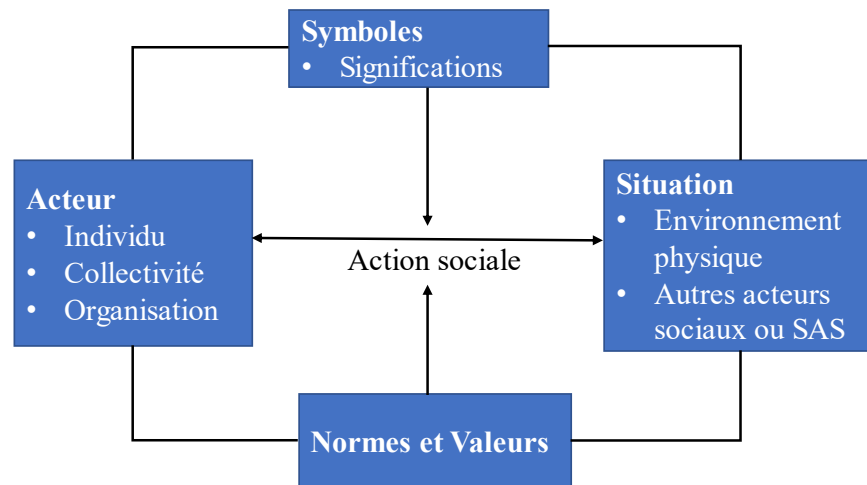
La théorie de l'action sociale trouve son fondement dans la conception qu'elle donne à l'action. En se basant sur les travaux de Max Weber, Parsons a été le premier à concevoir la société comme un système d'action dont les besoins déterminent les comportements de ses membres. Parsons définit ainsi l'action sociale comme étant toute conduite humaine, consciente ou non, motivée et guidée par les significations que son exécutant découvre dans son environnement extérieur (Parsons, Shils, & Smelser, 1965).

La théorie de l'action sociale de Parsons repose sur quatre éléments majeurs qui sont en relation les uns des autres. Ces éléments sont : (i) l'acteur, (ii) la situation, (iii) les symboles, et (iv) les normes et valeurs (**Figure 10**). L'acteur peut être un individu, une collectivité ou une organisation, qui interagit avec une situation donnée (l'environnement physique ou le contexte au sein duquel se déroule l'action). Les symboles permettent l'interaction entre l'acteur et la situation (le contexte), et permettent ainsi à l'acteur d'attribuer une signification aux différents éléments de la



situation avec laquelle il interagît. Quant aux normes et valeurs, elles sont partagées entre les différents acteurs sociaux et donnent une orientation générale à l'action sociale (Rocher, 1972).

**Figure 10.** Illustration de la théorie de l'action sociale de Parsons



#### 4.1.1. Système d'action sociale

En se basant sur la théorie générale des systèmes, Parsons aperçoit les dimensions élargies de la théorie de l'action sociale en y'ajoutant une caractéristique systémique. Cet auteur estime que toute action sociale est composée de petites sous-unités d'action interreliées et imbriquées les unes avec les autres, et interagissant entre elles. Ces petites sous-unités lui permettent d'établir des liens avec son environnement. Il existe cependant une interdépendance et une interaction, d'une part, entre les différents éléments qui composent chaque système d'action sociale (acteur, situation, symboles, normes et valeurs) et, d'autre part, avec les autres systèmes d'action sociale situés dans son environnement avec lesquels il interagît.

#### **4.1.2. Conditions d'un système d'action sociale**

Parsons établit les fondements de son analyse systémique de l'action sur la base des variables structurelles (*'pattern variables'*) et de quatre dimensions fonctionnelles de tout système d'action. Il précise d'une manière plus détaillée le modèle du système d'action sociale en y ajoutant trois conditions qui viennent soutenir l'approche systémique de l'action sociale. Il s'agit des conditions de : (i) structure, (ii) processus, et (iii) fonctions (**Figure 11**).

##### **- La condition de structure**

La structure est composée de modèles normatifs partagés qui déterminent l'ordre dans la société (actions entre les différents acteurs sociaux), et de quatre groupes de variables structurelles qui permettent à l'acteur de porter un jugement sur son environnement et d'analyser les rapports sociaux. Ces variables sont : (i) l'universalisme et le particularisme; (ii) la performance et la qualité, (iii) la neutralité affective et l'affectivité, (iv) la diffusion et la spécificité. Dans un système d'action sociale (SAS), la condition de structure donne le sens à l'action, et assure une certaine stabilité au SAS pour faire face et s'adapter aux changements des conditions de son environnement (Rocher 1972; Parsons 1961; Bourricaud 1955 et 1977).

##### **- La condition de processus**

La deuxième condition pour un SAS qui est la condition de processus, met en relation les différents événements qui accompagnent la dynamique évolutive de l'action sociale, et la transformation progressive; dans le temps et dans l'espace; de l'interaction entre le système général de l'action sociale avec son environnement (Rocher, 1972).

## - **La condition de fonctions**

Les fonctions sont des éléments qui permettent au système général d'action sociale de s'adapter aux changements qui résultent de l'interaction entre les différents éléments de structure du système d'action (modèles normatifs et variables structurelles) d'une part, et entre ces éléments de structure et l'environnement extérieur du système d'action sociale (Rocher, 1972). La survie ou le maintien de tout système général d'action sociale repose sur le réarrangement et la réorganisation de quatre fonctions. Ces fonctions sont: (i) la fonction d'adaptation à l'environnement; (ii) la fonction d'atteinte des buts; (iii) la fonction d'intégration ou de production; et (iv) la fonction de stabilité normative (Rocher 1969, Rocher 1972, Alexander 1983).

### • **La fonction d'adaptation à l'environnement**

La condition d'adaptation à l'environnement permet au système d'action sociale d'établir un lien avec son environnement externe (environnement physique, autres acteurs sociaux ou SAS), et lui permet ainsi d'y recueillir des ressources qui lui sont nécessaires pour son fonctionnement. La fonction d'adaptation à l'environnement permet l'interaction et la stabilité entre les éléments de structure du SAS et son environnement. Elle donne ainsi au SAS des caractéristiques qui lui permettent de s'adapter aux contraintes et exigences de son environnement, mais aussi d'adapter son environnement à ses besoins internes.

### • **La fonction d'atteinte des buts**

La fonction d'atteinte des buts (ou encore la fonction de rationalité) établit le lien entre les conditions de structure (moyens de stabilité du SAS) et de processus (mécanismes de l'action sociale) pour identifier et permettre l'atteinte des objectifs poursuivis par l'action sociale.

- **La fonction d'intégration ou de production**

La fonction d'intégration (ou encore de production dans la littérature la plus récente) englobe les activités qui permettent d'assurer la coordination et la cohésion entre les différents éléments du système d'action sociale (Sicotte et al., 1998). C'est au niveau de cette fonction que l'on retrouve les modalités d'organisation et d'intégration des composantes structurelles du système d'action sociale qui sont nécessaires à son fonctionnement.

- **La fonction de stabilité normative**

La fonction de stabilité normative renferme des règles, valeurs et normes qui constituent l'univers symbolique (significations) du système d'action sociale. Les différents éléments de la fonction de stabilité normative permettent de donner une orientation générale à l'action sociale et confère ainsi au système d'action sociale un certain ancrage culturel et idéologique pour guider son fonctionnement.

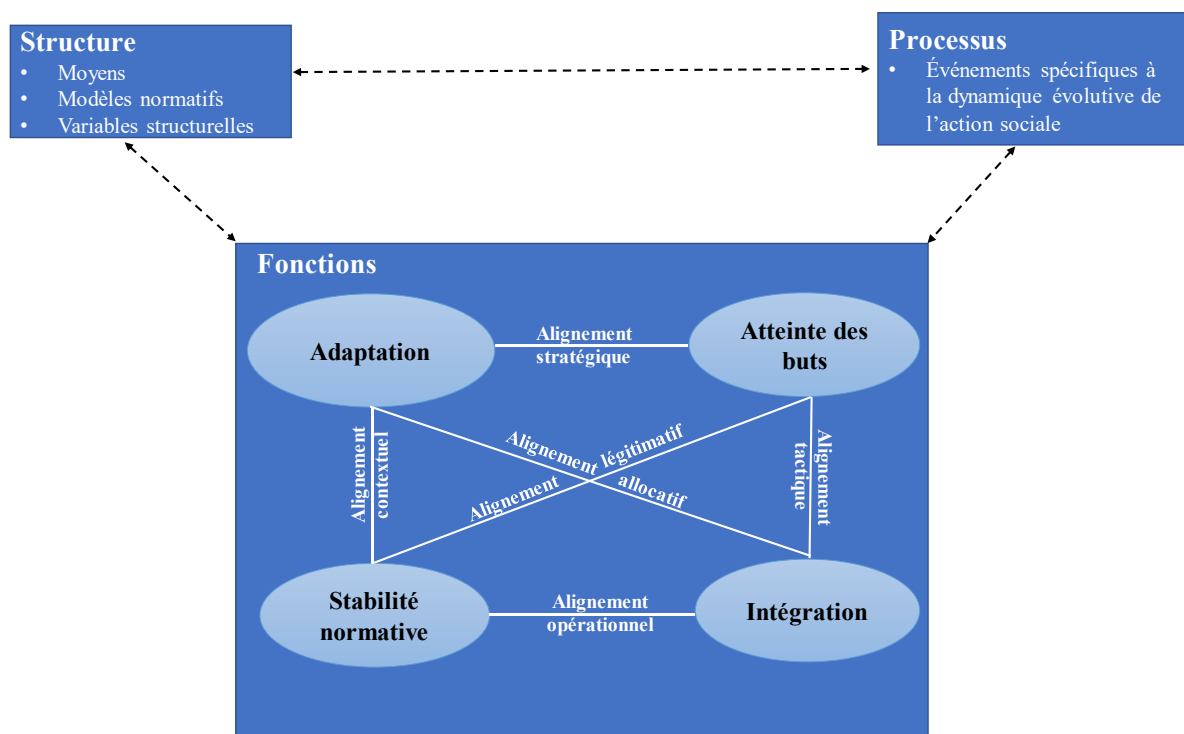
#### **4.1.3. Systèmes d'alignement entre les fonctions de l'action sociale**

Les quatre fonctions de tout SAS décrites plus-haut entretiennent entre elles des relations réciproques et dynamiques en différents systèmes d'alignement (Sicotte et al., 1998). Ces systèmes sont au nombre de six :

- (i) **L'alignement stratégique** : relation entre les fonctions d'adaptation à l'environnement et d'atteinte des buts
- (ii) **L'alignement contextuel** : relation entre les fonctions d'adaptation à l'environnement et de stabilité normative
- (iii) **L'alignement d'allocation** : relation entre les fonctions d'adaptation à l'environnement et d'intégration

- (iv) **L’alignement opérationnel** : relation entre les fonctions d’intégration et de stabilité normative
- (v) **L’alignement tactique** : relation entre les fonctions d’intégration et d’atteinte des buts
- (vi) **L’alignement de légitimation** : relation entre les fonctions d’atteinte des buts et de stabilité normative.

**Figure 11.** Les trois conditions d’un système général d’action sociale



#### 4.2. Justification du choix de la théorie de l’action sociale

La théorie de l’action sociale tente d’analyser toute action sociale selon un cadre constitué de quatre éléments fonctionnels majeurs (la fonction d’adaptation à l’environnement, la fonction d’atteinte des buts, la fonction d’intégration et la fonction de stabilité normative) qui interagissent d’une part entre eux à travers six systèmes d’alignements (stratégique, contextuel, allocatif, opérationnel, tactique et légitimatif) et d’autre part avec des éléments d’autres systèmes d’action

sociale situés dans leur environnement. Tout système d'action sociale est ainsi constitué de plusieurs unités ou sous-unités d'action sociale interreliées et imbriquées les unes avec les autres. Avec ses caractéristiques spécifiques, le fonctionnement d'un système d'action sociale est donc par définition interrelié au fonctionnement d'un ou plusieurs d'autres systèmes d'action sociale. De plus, l'action sociale peut aussi être analysée à un ou plusieurs niveaux systémiques. Les différents systèmes d'action sociale peuvent être situés soit au même niveau systémique, à un niveau inférieur ou supérieur.

La théorie de l'action sociale de Parsons fournit ainsi un cadre théorique robuste qui permet d'effectuer des analyses portant sur différents phénomènes liés et imbriqués, et situés à différents niveaux d'intervention et d'analyse comme les processus de MEO, de MAE et de P.

Non seulement, la théorie de l'action sociale permet d'analyser le système général d'action sociale situé à un niveau systémique supérieur (comme le processus MAE par rapport au processus de MEO), mais aussi les interactions entre les systèmes d'action sociale imbriqués situés au même niveau (comme les processus de MEO et de P). La théorie de l'action sociale permet également d'analyser au sein de chaque système d'action sociale (processus de MEO, MAE et P) ses quatre sous-systèmes d'action (fonctions d'adaptation, atteinte des buts, intégration et valeurs) qui interviennent dans la réalisation de son fonctionnement, et interagissant entre eux à travers les systèmes d'équilibre (interactions parsoniennes) et avec leur propre environnement (déterminants contextuels). La théorie de l'action sociale nous paraît donc adaptée pour ce type d'analyse des trois processus fortement liés mais qui sont souvent étudiés séparément.

## Chapitre 5 – Questions de recherche

L'objectif de cette recherche doctorale vise à comprendre et approfondir les enjeux liés aux processus de mise en œuvre (MEO), de mise à l'échelle (MAE) et de pérennisation (P) des initiatives innovantes dans les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées. De cet objectif général, découlent trois objectifs spécifiques : (i) Identifier et proposer un cadre intégrateur d'analyse des déterminants de MEO, MAE et P pour les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées; (ii) Proposer un cadre théorique pour l'analyse de la MEO, MAE et P des initiatives innovantes de façon générale; et (iii) Élaborer et opérationnaliser un cadre de mesure de la MEO, MAE et P des initiatives innovantes.

De ces objectifs découlent nos questions de recherche. Les questions de recherche font état des liens précis entre la problématique, le cadre théorique et la réalité à explorer. La question de recherche générale de cette recherche est: "Quels sont les enjeux liés à l'analyse des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des interventions dans le domaine de la santé". Les questions de recherche spécifiques sont les suivantes : (i) Quels facteurs déterminent les niveaux de mesure de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et de la pérennisation des interventions en santé ? (ii) Comment peut-on analyser les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des interventions en santé ? (iii) Comment peut-on mesurer les niveaux de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des interventions en santé ? Ces questions constituent un bon moyen pour étudier en profondeur les différents enjeux liés aux processus de MEO, MAE et P, comprendre les interactions entre eux, identifier des facteurs qui les influencent et comprendre l'interaction de ces facteurs et leurs effets conjoints sur les trois processus.

## **PARTIE 4. CONTEXTE DE L'ÉTUDE**

Cette partie présente le contexte de l'étude. Elle porte sur les différents aspects du contexte tunisien : contexte historique, sociodémographique, sanitaire, politique, etc. La Tunisie étant un pays avec des ressources limitées, elle a été choisie pour étudier empiriquement les déterminants qui influencent la mise en œuvre, la pérennisation et la mise à l'échelle d'initiatives innovantes dans son système de santé. Le travail de recherche sur le terrain nous a permis d'opérationnaliser notre cadre théorique (avec les nouvelles conceptualisations des processus de MEO, MAE et P), de façon à fournir un nouvel éclairage sur les trois phénomènes étudiés.

### **Chapitre 6 - Contexte de la Tunisie**

#### **6.1. Contexte historique**

Au lendemain de l'indépendance, la Tunisie s'est trouvée confrontée à des difficultés majeures liées essentiellement à la rareté des ressources naturelles, aux déséquilibres macroéconomiques et financiers du pays et au poids important de la pauvreté, du chômage et de l'analphabétisme. Les premières bases de la politique sociale, constituée autour des transferts sociaux, ont été mises en place au cours des années 60 (El-Said & Harrigan, 2014).

#### **6.2. Contexte politique**

La Tunisie est un pays démocratique. Le régime politique est présidentiel, le président gouverne sans nécessairement avoir l'appui du pouvoir législatif. Le système électoral est du type mixte (parallèle). Le Parti Néo-Destour (force politique dominante, connue sous le nom de rassemblement constitutionnel démocratique depuis 1988) a été au cœur de la lutte pour l'indépendance proclamée en 1956. Le président Habib Bourguiba (et son parti: le Néo-Destour) ont dominé la vie jusqu'en 1987, année où Bourguiba est remplacé par le président Ben Ali (Dargouthy, 2004). Sous la gouverne de Ben Ali, la Tunisie a fait des progrès économiques



notables. En 2011, dans le contexte du 'Printemps arabe', le régime Ben Ali s'effondre à la suite de manifestations populaires réclamant davantage de libertés et une amélioration de la situation économique. Des élections multipartites sont tenues plus tard. En 2014, le président Béji Caïd Essebsi (du parti politique Nidaa Tounes) est élu au suffrage universel, et meurt en fonction en Juillet 2019. Les prochaines élections présidentielles seront tenues en septembre 2019.

### **6.3. Contexte économique**

L'économie tunisienne repose principalement sur le secteur touristique, et reste très liée à l'Union Européenne (UE) avec une proportion de 80% de ses exportations et 70% de ses importations. Le Produit Intérieur Brut (PIB) en 2016 était de \$42 milliards US et le Revenu National Brut (RNB) de \$3690 US par habitant. Depuis la révolution de décembre 2010, la Tunisie s'est engagée dans une dynamique de transitions (politique, économique et social) pour faire face à différents défis (Kchouk, 2011). Les forts taux de croissance économique relevés avant la révolution et reconnus au niveau macroéconomique, ont donné des résultats mitigés en termes d'impact réel sur la population (PNUD, 2014). Aujourd'hui, la Tunisie fait face à un niveau relativement élevé de pauvreté et de chômage, surtout parmi les jeunes, les femmes et les jeunes diplômés. Des disparités régionales sont toujours persistantes avec des conséquences négatives sur la population (PNUD, 2016).

### **6.4. Profil sociodémographique**

La Tunisie est un pays d'Afrique du Nord qui s'étale sur une superficie de 163 610 km<sup>2</sup>. Le pays compte 11 403 248 d'habitants (Banque mondiale, 2016), avec un taux de croissance démographique de 0.96. La majorité de la population (66.8%) vit en milieu urbain, et près d'un tiers (33.8%) est âgé entre 0 et 14 ans, 45% de la population est âgée entre 30 et 70 ans (PNUD, 2014).

Avec un indice de développement humain (IDH) de 0.725 (PNUD, 2016), la Tunisie est classée au 97ème rang mondial (sur 188 pays), et au 2<sup>ème</sup> rang parmi les pays d’Afrique après l’Algérie. Le coefficient d'inégalité humaine pour la Tunisie est égal à 21.9% (PNUD, 2014).

## **6.5. Profil sanitaire**

Le profil sanitaire de la Tunisie est légèrement plus haut par rapport à ceux d’autres pays de la sous-région (Algérie, Maroc et Libye), avec une espérance de vie à la naissance en moyenne de 74 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes (OMS, 2016). Les taux de mortalité infantile (enfants de moins de cinq ans) et maternelle sont respectivement de 14 pour 1000 et de 62 pour 100 000 naissances vivantes; et le taux de naissance chez les femmes adolescentes âgée entre 15 et 19 ans est de 6.8 naissances pour 1 000 (UNICEF, 2018).

Le profil épidémiologique est de plus en plus caractérisé par un taux de morbidité des maladies non transmissibles. Plus de 80% des décès sont attribuées aux maladies non transmissibles (dû aux changements dans les habitudes de vie et à l’amélioration de l’espérance de vie) dont les maladies cardio-vasculaires (49%), les cancers (12%) et diabètes (5%) (OMS, 2014). Depuis quelques années, les maladies respiratoires, les maladies métaboliques et les cancers sont les principales causes de morbidité et de mortalité en Tunisie (OMS, 2010). En 2009, seulement 3% étaient attribuables aux maladies infectieuses et parasitaires (OMS, 2010).

Le profil immunologique de la Tunisie, caractérisé par le programme national de vaccination, assure des taux de couverture vaccinale élevés (de plus de 90%) avec un impact démontré sur le taux de mortalité des moins de 5 ans (OMS, 2015).

Au niveau de l'état de santé de la reproduction, on note de progrès majeurs en termes de taux de couverture contraceptive (se situant entre 60 et 75%), des accouchements assistés (99%) et des soins prénataux (au moins 4 visites pour 85%) (OMS, 2015).

En 2014, la Tunisie demeurait éloignée de son objectif de réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle. Toutefois, la généralisation des moyens de contraception étant acquise, la médecine procréative accessible à toutes les femmes dans toutes les régions du pays. En matière de consultation prénatale, le milieu rural se rapproche davantage des taux enregistrés dans le milieu urbain.

En dépit de nombreux défis (transitions économiques, épidémiologiques, politiques et sociales), la Tunisie est un pays qui a fait des progrès considérables en matière de santé notamment vers les objectifs du millénaire pour le développement (OMD, 2015).

Par ailleurs, le secteur de la santé tunisien a toujours bénéficié d'une attention particulière dans les stratégies de développement socio-économiques depuis l'indépendance. La politique sanitaire a toujours représenté une composante essentielle de la stratégie de développement social (Rapport OMD, 2013). Ceci a fortement contribué à l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance ainsi que la baisse importante de la mortalité et de la natalité, situant le pays dans une phase avancée de la transition démographique (Rapport OMD, 2014).

## **6.6. Organisation du système de santé tunisien**

Le système de santé tunisien est composé de trois niveaux de systèmes : (i) le système de soins ; (ii) le système de financement ; et (iii) la formation des professionnels de la santé (Hédi Achouri, 1997).

### **6.6.1. Système de soins**

Le système de soins couvre : (i) les soins curatifs ; (ii) les soins préventifs ; et (iii) les soins de réhabilitation et de rééducation. Il est principalement public, avec une participation croissante du secteur privé au cours de ces dix dernières années. Toutefois, au niveau national, environ 88% des lits d'hôpitaux appartiennent au domaine public (El-Saharty, 2006). Le principal prestataire de soins est le Ministère de la santé publique (MSP), et le système est structuré selon trois niveaux de soins. Le niveau des soins primaires (14% de la capacité en lits du secteur public), est composé de centres de soins de santé de base (2098 CSSB), d'hôpitaux de circonscription (109 HC), et des centres de maternité (CM). Le niveau secondaire est composé d'hôpitaux régionaux (HR), qui représentent pour environ un tiers de la capacité totale en lits et des médecins spécialistes du secteur public. Le niveau tertiaire est le plus haut niveau de référence. Il s'agit du pôle universitaire, qui comprend des établissements publics de soins (EPS) et des instituts et centres spécialisés. Ce niveau représente la moitié de la capacité totale en lits du secteur public et 44.4% de la capacité nationale totale. Le secteur parapublic est peu développé et reste secondaire en Tunisie. Il inclut quelques polycliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), les structures hospitalières relevant du Ministère de la défense nationale, les structures relevant du Ministère de l'intérieur et du développement local ainsi que celles propres à certaines entreprises. Quant au secteur privé, il est en plein essor depuis les années 1990. Il représente environ 12% de la capacité totale en lits et 70% des services technologiques de pointe. En termes de ressources humaines, il

emploie 50% des médecins, 73% des dentistes, et 80% des pharmaciens (El-Saharty, 2006). Actuellement, les services de santé sont assurés à la fois par des structures publiques (2/3 des consultations et 90% des hospitalisations) et parapubliques ainsi que par des structures privées implantées dans toutes les régions du pays.

### **6.6.2. Financement du système de santé**

En Tunisie, les dépenses en santé représentent près de 6% du PIB, tandis que les dépenses publiques de santé sont estimées à 6.8% du budget de l'État et 1.7% du PIB (El-Saharty, 2006). Concernant le système de financement, il est géré par l'État (21.8%), les régimes de sécurité sociale (23.3%), les ménages (53.6%), les entreprises et la médecine du travail (1.3%) (Hédi Achouri, 1997). Près de la moitié des dépenses des ménages est consacrée aux médicaments et environ un tiers aux soins ambulatoires (El-Saharty, 2006). D'après les données de la Banque Mondiale, les dépenses du système de santé tunisien ont fortement augmenté au cours des deux dernières décennies, avec un taux de croissance annuel moyen de 11.7%. Actuellement, une part importante des dépenses de santé (42.5%) reste à la charge directe des ménages, alors que 92% de la population est couverte par un système de protection financière.

### **6.6.3. Formations sanitaires**

Au niveau du système de formation, il repose sur plusieurs établissements de formation des différentes catégories de professionnels de santé. Le Ministère de la santé publique (MSP) exerce une tutelle exclusive ou partagée avec le Ministère de l'enseignement supérieur (MES) sur les établissements de formation des médecins, dentistes et pharmaciens, des techniciens supérieurs et des infirmiers et infirmières. En 2002, le système compte 1559 médecins généralistes, 10365 paramédicaux, 223 médecins dentistes, 91 pharmaciens (Hédi Achouri, 1997).

## **6.7. Historique des réformes de santé en Tunisie**

Depuis son indépendance en 1956, la Tunisie a connu plusieurs phases de restructuration de son système de santé. Dans la sous-section suivante, nous décrivons ces différentes phases (**Figure 12**).

### **6.7.1. Phase I - Expansion du système de santé (1960-70)**

La 1<sup>ère</sup> phase qui date des années 60-70 se caractérise par une expansion du système de santé (El-Saharty, 2006). Au cours de cette phase, la préoccupation majeure de l'État est de garantir à la population la couverture par des structures sanitaires publiques et de former des professionnels de la santé (Hédi Achouri & Achour, 1989). Dans ce sens, le système de santé s'est développé progressivement au niveau des soins hospitaliers et des soins ambulatoires de base (soins de première ligne), tout en donnant une place importante aux programmes préventifs contre les grandes maladies infectieuses et en faveur de la santé de la mère et de l'enfant (exemple : programme PMI). De même, un effort a été fait pour la formation des ressources humaines en santé, sur les plans quantitatif et qualitatif (facultés de médecine, pharmacie et écoles de santé) afin d'améliorer la couverture sanitaire des différentes régions du pays. Parallèlement, une politique du médicament a été mise en place ainsi que des tentatives de rationalisation des équipements (carte sanitaire) notamment pour le secteur public.

### **6.7.2. Phase II - Couverture sanitaire (1980-90)**

La seconde phase date des années 80-90, lors de cette phase l'accent est mis sur la généralisation de la couverture sanitaire par la création de structures sanitaires à travers la création des circonscriptions sanitaires et le développement des structures hospitalières. A partir des années 80-90, le secteur privé des soins s'est beaucoup développé et la nécessité de la régulation des dépenses de santé s'est imposée pour limiter les inégalités d'accès aux soins (BM, 2006).

### **6.7.3. Phase III - Vaste programme de réforme du système de santé (1990-2000)**

La troisième phase des années 90-2000 se caractérise par l'engagement par le gouvernement de grands efforts de refondation du système de santé, d'assurance maladie, de maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité des services dans le secteur public (Hédi Achouri, 2001b). Cette période est connue pour son vaste programme de réforme du secteur de la santé qui répondait à deux problèmes majeurs: (i) l'inadéquation des mécanismes de financement des services de santé ; et (ii) la faiblesse de l'efficacité interne dans les structures sanitaires publiques (Hédi Achouri, 2001a). Au cours de cette phase, une série de projets de réformes à tous les niveaux (soins de santé de base, hôpitaux, assurance maladie, etc.) est engagé avec l'appui de plusieurs bailleurs de fonds dont la Banque mondiale (BM), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union Européenne (UE) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) (Hédi Achouri, 2001a, 2005; Hedi Achouri, Methbal, & Sabri, 1997). Trois objectifs majeurs sont ainsi visés : (i) la maîtrise des dépenses de santé et l'amélioration de la qualité et de la sécurité au niveau des services et de la prestation des soins ; (ii) la consolidation de l'offre de soins de base; (iii) la législation sur les prestataires des soins privés.

#### **- Le projet de réforme d'assurance maladie (2004-2008)**

Le projet de réforme d'assurance maladie vise l'introduction du régime d'assurance maladie (basée sur un système d'assurance sociale) dans le système de santé qui englobe les prestations de soins fournies à la fois dans les secteurs public et privé. Cette réforme débute en 2004 par un projet de loi portant sur l'institution d'un régime d'assurance maladie, qui entre en vigueur en 2007. Le projet de réforme s'accompagne de plusieurs initiatives innovantes notamment par l'introduction d'un régime de base obligatoire unique pour tous les assurés sociaux (ouvert aux secteurs public et privé); l'introduction des régimes complémentaires facultatifs (gérés par les compagnies

d'assurances privées ou les mutuelles); et la mise en place d'un nouveau système de remboursement des frais.

#### **6.7.4. Phase IV - Programme de mise à niveau du secteur public (2008-2013)**

Le programme de mise à niveau du secteur public de la santé a pour objectif de promouvoir la qualité et la sécurité des services et prestations de soins, et de renforcer les capacités à s'adapter à des nouveaux défis et exigences. De cet objectif général, découlent deux objectifs intermédiaires : (i) Récupérer le déficit cumulé par le secteur public de la santé dans certains domaines comme l'accueil, la qualité des prestations et l'efficacité de la gestion administrative ; (ii) Renforcer le rôle de service public et consolider ses acquis enregistrés dans d'autres domaines comme la formation et la recherche, la médecine de pointe, et l'action de santé publique. Ce programme propose plusieurs initiatives innovantes au niveau des structures sanitaires publiques notamment à travers : l'introduction d'un système d'amélioration continue de la qualité des services et sécurité des soins (au niveau de l'accueil, de l'humanisation, de la qualité technique et de la continuité des soins); l'introduction d'un système de gestion de ressources humaines; la mise en place d'un système d'information sanitaire personnalisé; la mise en place d'un mécanisme d'analyse des coûts dans chaque établissement et beaucoup d'autres actions.

#### **6.7.5. Phase V - Nouvelle politique de santé (2015 – 2020)**

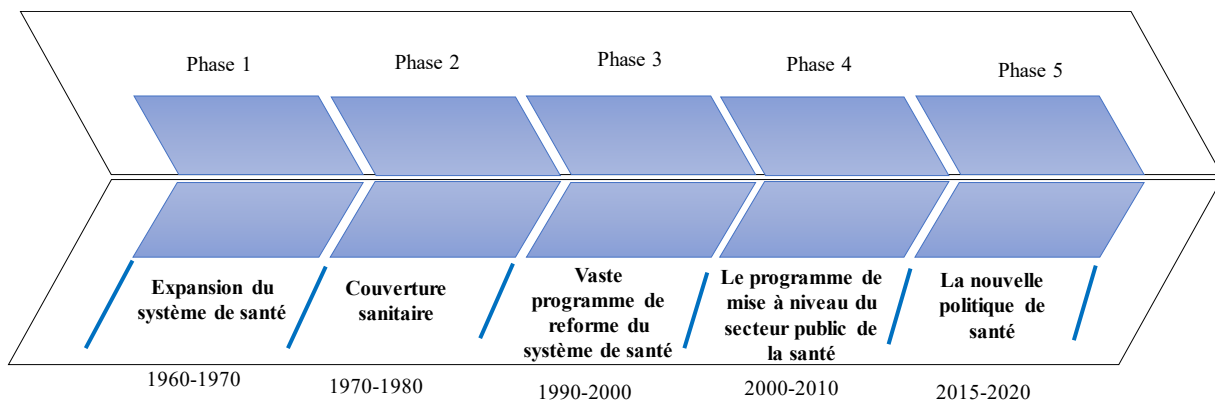
La quatrième et dernière phase de restructuration date des années 2010 (juste après la révolution). Cette phase est venue pour faire face aux défis auxquels était confronté le système de santé tunisien (transition démographique et épidémiologique, développement du secteur privé, etc.) (Arfa & Achouri, 2008; El-Said & Harrigan, 2014). Un dialogue national sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé a été amorcé en 2012 dans le but de définir une nouvelle politique de santé à l'horizon 2015-2020, basée sur une approche inclusive et participative (NACEF, 2014).



Le dialogue sociétal de 2012 a permis d'identifier de nouveaux axes de réforme du système de santé tunisien qui ont servi pour les orientations futures de la nouvelle politique sanitaire (Guisset, 2014).

Des orientations futures de la nouvelle politique de santé se déclinent autour de 8 chantiers prioritaires pour la réforme du système de santé. Ces axes de réforme concernent: (i) la documentation sur les facteurs clés de réussite ; (ii) le renforcement de la promotion de la santé par les politiques publiques; (iii) le développement de l'approche des soins centrés sur le patient ; (iv) l'amélioration des soins de proximité et de coordination; (v) le développement de l'éthique professionnelle et de la qualité des soins ; (vi) la promotion de l'excellence et des initiatives innovantes dans le secteur public ; (vii) le financement ; et (viii) la gouvernance.

**Figure 12.** Évolution du système de santé tunisien



## **PARTIE 5. METHODOLOGIE**

### **Chapitre 7 – Composante théorique**

#### **7.1. Approche générale**

Dans le cadre de cette thèse, nous avons suivi les différentes étapes qui sont recommandées dans la littérature pour développer un modèle théorique (Angeles, Dolovich, Kaczorowski, & Thabane, 2014). Dans un premier temps, nous avons d'abord effectué une recension des écrits qui nous a permis d'identifier nos variables dépendantes que sont les processus de MEO, MAE et P et nos variables indépendantes (déterminants contextuels) de ces trois processus. Cette étape constitue les Chapitres 1 et 2 de la thèse. Dans un deuxième temps, nous avons identifié les différents mécanismes ou des variables médiatrices utilisées dans le cadre de ces trois processus (Chapitre 3 de la thèse). Par la suite, nous avons identifié la théorie supportant le modèle en développement. Dans le cadre de cette étude, il s'agit de la théorie de l'action sociale. Une description détaillée de cette théorie est développée dans le Chapitre 4. La théorie de l'action sociale nous a permis de réfléchir sur un modèle théorique pour l'analyse des processus de MEO, MAE et P que nous avons présenté sous-forme d'une représentation graphique (chapitre 10 sur le cadre théorique pour l'analyse de la MEO, MAE et P). Cette étape nous a conduit à développer un cadre théorique pour la mesure de ces trois processus. Pour évaluer la validité et l'utilité du modèle développé, nous l'avons appliqué pour une recherche empirique en prenant pour exemple, une étude de cas multiples en Tunisie. A cet égard, nous révisons le modèle développé à la lumière des résultats empiriques dans notre partie sur la discussion générale.

## **7.2. Recherche documentaire**

Pour identifier nos variables dépendantes (processus de MEO, MAE et P), indépendantes (déterminants contextuels) et médiatrices (mécanismes), nous avons effectué une revue de littérature exhaustive (Partie II : recension des écrits) à partir de plusieurs bases de données (Medline, PubMed, Embase, CINHAL, etc.). Pour cela, nous avons utilisé plusieurs termes dans notre moteur de recherche (*'implementation'*, *'evidence-based'*, *'scaling up'*, *'scale up'*, *'sustainability'*, *'health innovation'*, *'innovations'*, *'developing countries'*, *'limited resources'*, etc.).

Cette recherche nous a permis de faire des distinctions entre les processus de MEO, MAE et P et d'apporter des clarifications au niveau de différents aspects de mesure utilisés pour ces trois processus dans la littérature. Cette démarche nous a permis également d'établir des liens pouvant exister entre les différents aspects de mesure identifiés et le cadre théorique développé, et ainsi de répondre à nos questions de recherche 2 et 3 sur le cadre général d'analyse et de mesure des processus de MEO, MAE et P.

## **Chapitre 8 – Composante empirique**

### **8.1. Choix de la stratégie et du devis de recherche**

La stratégie de recherche qui a été utilisée pour la composante empirique de cette étude est une recherche synthétique qualitative, avec un devis de recherche d'une étude de cas multiples avec des niveaux d'analyse imbriqués (Yin, 2003b). Cette stratégie nous paraît bien indiquée pour répondre à notre première question de recherche sur les déterminants contextuels des trois processus étudiés. D'après Yin, une étude de cas est particulièrement pertinente dans le cadre d'une

recherche qui porte sur la compréhension et l'explication des phénomènes complexes et liés, et fortement influencés par l'environnement externe (Yin, 2003a). L'importance d'effectuer une étude de cas multiples est d'examiner comment un même phénomène se traduit dans plusieurs contextes différents (Stake, 2013).

Notre étude de cas multiples cherche à expliquer comment plusieurs déterminants contextuels sont associés au succès ou à l'échec de mise en œuvre, de pérennisation et de mise à l'échelle de quelques initiatives innovantes du secteur de la santé en Tunisie. Cependant, une étude de cas multiples est particulièrement intéressante pour cette recherche pour étudier les conditions dans lesquelles ces initiatives innovantes ont été MEO, MAE et P après leurs processus d'initiation, de diffusion et d'adoption. Ce choix nous semble pertinent pour saisir les effets des interactions entre les différents déterminants et leurs effets conjoints sur les trois processus étudiés (Spencer, Ritchie, Lewis, & Dillon, 2003). Tel que recommandé dans des études de cas, nous avons choisi plusieurs cas 'similaires', afin de pouvoir généraliser avec plus de confiance les conclusions de notre étude (Yin, 2003a). Ceci augmente la validité externe de notre devis. Par similarité, nous entendons un certain nombre de caractéristiques communes aux quatre initiatives innovantes qui ont été choisies (voir critères de sélection plus bas). D'après la littérature, pour bénéficier des avantages d'une étude de cas multiples, cela nécessite au moins entre quatre et quinze cas (Stake, 2013; Yin, 2003a). Nos cas sont constitués de quatre initiatives innovantes.

### **Niveaux d'analyse**

Quatre niveaux d'analyse ont été considérés dans cette étude : (i) le premier niveau (macro) constitué par le contexte environnemental au sens plus large tel qu'il est décrit dans notre section

sur les déterminants; (ii) le deuxième niveau (més0) est constitué par les organisations promotrices et utilisatrices; (iii) le troisième niveau (micro) fait référence aux caractéristiques individuelles (promoteurs et bénéficiaires des initiatives); et (iv) le quatrième niveau renvoie aux caractéristiques liées aux initiatives innovantes.

## **8.2. Validité de la stratégie de recherche**

Un certain nombre de précautions ont été prises en compte pour assurer les critères de rigueur définis pour les approches qualitatives (Devers & Frankel, 1999). Dans cette sous-section, nous revenons sur ces différents critères.

### **8.2.1. Crédibilité**

Afin d'assurer la crédibilité (validité interne) des résultats de cette thèse, nous avons utilisé plusieurs sources de données (entrevues, documents, observation), et nos données ont été soumises à une analyse critique rigoureuse. Nous avons également dialogué avec tous les acteurs clés impliqués dans le développement et les processus de MEO, MAE et P de ces quatre initiatives innovantes à différents niveaux (le ministère de la santé et ses directions régionales et locales, les responsables des projets, les organismes partenaires, etc.). La triangulation des outils par l'utilisation combinée de l'analyse documentaire, des entrevues semi-dirigées et l'observation a contribué davantage à la validité interne de notre recherche.

### **8.2.2. Transférabilité**

Par rapport à la transférabilité (validité externe), nous avons décrit de façon claire et détaillée toutes les dimensions du contexte tunisien (Chapitre VI), ainsi que le contexte des organisations qui ont fait partie de notre étude (Partie VI : Résultats). Par ailleurs, nous avons discuté de la façon

par laquelle le contexte dans lequel la recherche s'est déroulée a affecté la capacité de répondre aux questions de recherche initiales (Partie VII : Discussion générale et conclusion).

### **8.2.3. Fiabilité**

Pour assurer la fiabilité (consistance ou imputabilité procédurale) de cette étude, nous avons procédé à une description claire et détaillée du processus de l'étude. Pour cela, des grilles d'entrevues, les méthodes de codification et d'analyse des données sont fournies dans les annexes.

### **8.2.4. Confirmabilité**

En définitive, pour assurer la confirmabilité (ou neutralité), nous avons défini notre rôle en tant qu'étudiante-chercheuse, et nous avons veillé à ce que notre présence ne fausse pas la nature des données recueillies. Tout au long des entrevues, les significations et interprétations ont été clarifiées et vérifiées auprès de nos informateurs clés afin de nous assurer que nous avons bien saisi le sens des propos recueillis. Dans cette même perspective, un résumé des transcriptions des entrevues a été présenté à ces mêmes informateurs pour validation.

## **8.3. Population à l'étude**

### **8.3.1. Échantillonnage des initiatives innovantes**

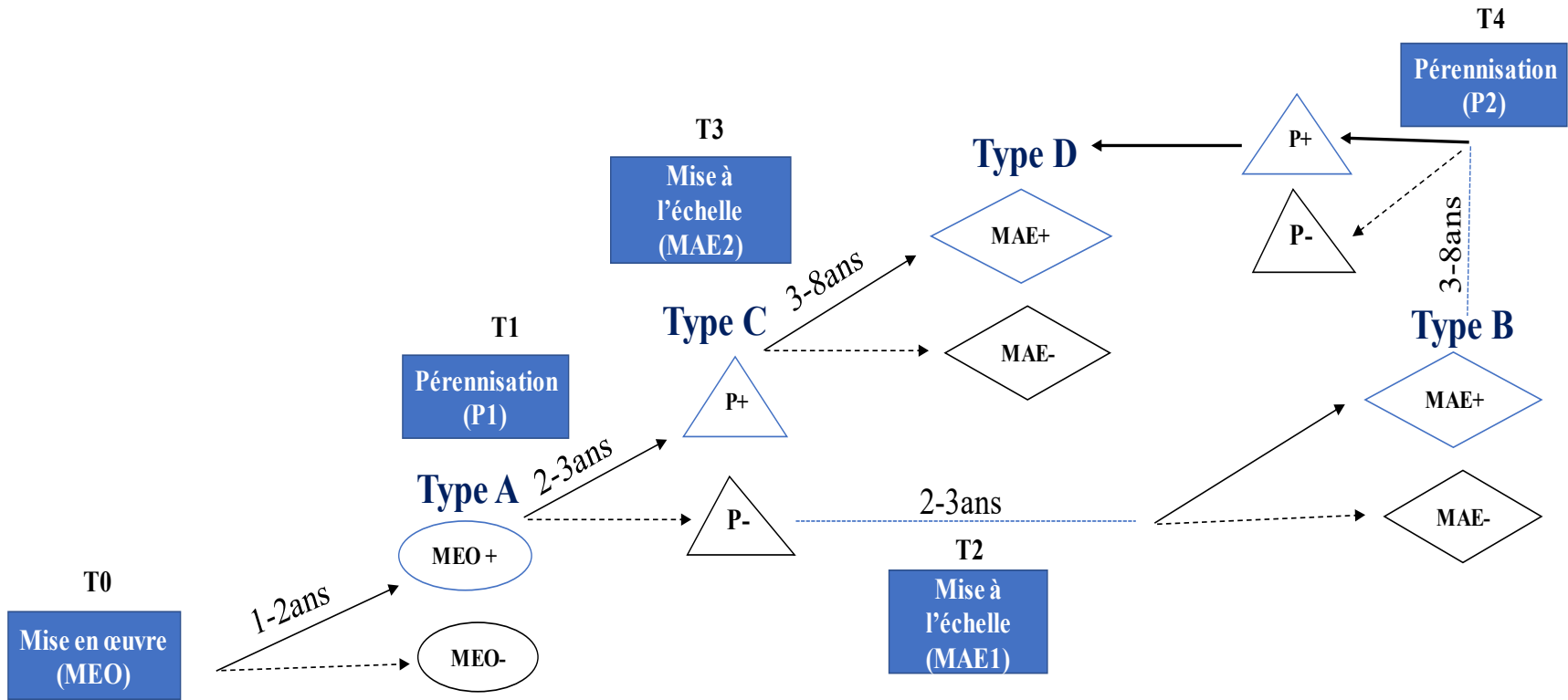
Pour choisir nos quatre cas, nous avons d'abord identifié les différentes possibilités de configurations d'initiatives pouvant exister à différents niveaux de MEO, MAE, et P.

### **Trajectoire commune des interventions en santé**

Dans beaucoup de pays, les interventions en matière de santé sont généralement testées à petite échelle, et directement mises à l'échelle si elles démontrent leur efficacité localement. Dans certains cas, les interventions sont d'abord pérennisées au niveau local avant d'être mises à

l'échelle. Par conséquent, les initiatives innovantes se trouvent à différents niveaux de configurations qui peuvent être caractérisées en fonction de leurs états de MEO, MAE et P (**Figure 13**): (i) initiative MEO, non-MAE et non-P (type A); (ii) initiative MEO, MAE, mais non-P (type B); (iii) initiative MEO, P et non-MAE (type C); et (iv) initiative MEO, MAE et P à grande échelle (type D).

**Figure 13.** Trajectoire commune des initiatives innovantes dans des pays avec des ressources limitées





## Identification des initiatives innovantes dans le secteur de la santé en Tunisie

Arrivée sur le terrain, nous avons d'abord identifié plusieurs initiatives innovantes du secteur de la santé en Tunisie (**Tableau 8**). Cette étape nous a permis de les catégoriser en 4 types (A, B, C et D) d'initiatives décrits plus haut, d'identifier leur période de MEO, la disponibilité de la documentation et des personnes ressources qui y sont rattachées.

**Tableau 8.** Identification des initiatives innovantes

Types d'initiative	Catégories	Exemples	Période de MEO	Experts/ Personnes ressources	Documentation
<b>Type A :</b> MEO, non-MAE et non-P	Initiatives émergentes au niveau local	Accompagnement à domicile	En cours (2015-2016)	Disponibles *Régions : Tunis, Béja, Sfax	En cours de documentation
		Quartiers santé (activités orientées vers la promotion de la santé)	En cours (2015-2016)	Disponibles *Régions : Nabeul, Sousse, Monastir	En cours de documentation
		Gestion des rendez-vous chez les hôpitaux régionaux et universitaires	En cours (2015-2016)	Disponibles *Régions : Ben Arous, Ariana, Kairouan	En cours de documentation
		Prise en charge globale des maladies chroniques (éducation thérapeutique)	En cours (2015-2016)	Disponibles *Régions : Tunis, Ariana, Ben Arous	En cours de documentation
		Pratique de la médecine de famille	En cours (2015-2016)	Non disponibles *Centre pilote : CSB	Non disponible

				Monargh (Arissala)	
		Prévention du suicide	En cours (2015-2016)	Disponibles *Régions : Grand-Tunis	En cours de documentation
		Prise en charge en psychiatrie	En cours (2015-2016)	Disponibles *Régions : Nabeul	Non disponible
<b>Type B:</b> MEO, MAE*, mais non-P	Projets ou programmes initiés par les bailleurs externes (OMS, UNICEF, FNUAP, etc.)	Programme TDCI : prévention carence en Iode	2000	Disponibles *DSSB *Institut National de Nutrition	Limitée (rapport d'évaluation 2013)
		Programme de la prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant (PCIME) *composantes : Promotion de l'allaitement maternel, approche communautaire, etc.	2002	Disponibles *Régions: 4 régions dont la région de Béja	Disponible
		Programme sur les soins de santé primaires	2009-2010 (avant la transition)	Non disponibles	Limitée (rapport d'évaluation 2012)
		Projet OPTIMIZE : Optimisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins	2010-2013	Disponibles *Zones pilotes : Tunis, Monastir, Sousse, Mahdia, Kairouan, Kasserine	Disponible (rapport d'évaluation 2013)

<b>Type C :</b> MEO, P** et non- MAE	Projets pilotes initiés par les bailleurs externes (OMS, UNICEF, FNUAP, etc.)	Projet MoRES : Monitoring décentralisé (activités orientées vers l'équité en santé)	2000-2006/7	Disponibles	Disponible	
		Projet TME : prévention de la transition Mère-enfant	2000	Disponibles	Limitée	
<b>Type D :</b> MEO, MAE et P***	Grandes réformes	Réforme de la gestion hospitalière	1992-1995	Disponibles	Disponible+	
		Programmes et stratégies nationaux	Stratégie nationale des services mobiles pour la planification familiale (Office national de la famille et de la population)	1960-1990	Disponibles	Disponible+++
			Programme national de développement des circonscriptions sanitaires (PNDCS)	1994-1995	Disponibles	Disponible +++ (Rapports d'évaluation : 1997, 2000, 2004 , 2013)
			Programme national de périnatalité (PNPN)	1980-1990	Disponibles	Disponible ++
			Programme de suivi des maladies chroniques (HTA, diabète, rhumatisme, etc.)	1990	Disponibles	Rapports sur l'historique de la stratégie nationale de PEC de la HTA et autres maladies chroniques

			(1979-80, 81, 82-83)
Programme national de santé des populations	1990	Non Disponibles *Banque Mondiale	Non disponible

\* MAE partielle

\*\* P au niveau local

\*\*\* 'Institutionnalisé'

### Choix des cas

Pour choisir nos quatre cas parmi les différentes initiatives identifiées, nous avons appliqué un certain nombre de critères de sélection. Nos critères de sélection étaient les suivants:

- (i) l'initiative choisie devait avoir un caractère innovateur et devait concerner soit des composantes de services, des pratiques ou des produits de santé (Simmons & Shiffman, 2007)
- (ii) L'initiative choisie devait être évaluable, c'est-à-dire la possibilité pour cette initiative d'être évaluée de manière fiable et crédible :
  - a. Avoir des objectifs bien définis et identifiables
  - b. Disposer d'un modèle logique plausible
  - c. Avoir des responsables identifiables
- (iii) L'initiative choisie devait également avoir été au moins MEO à l'échelle locale, et MAE à l'échelle régionale ou nationale
- (iv) L'initiative choisie devait avoir une documentation disponible et accessible

Ces critères nous ont permis d'éliminer un certain nombre d'initiatives et de choisir quatre cas parmi toutes les initiatives identifiées (**Tableau 9**). Nous avons validé ces choix avec l'aide des experts du Ministère de la santé publique et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le

contexte de MEO, MAE et P et le type d'organisation cible ont été des variables des initiatives retenues. La considération de ces variables a été utile pour disposer des informations relatives au succès de la MEO, de la MAE et de la P.

**Tableau 9.** Cas choisis

<b>Initiative</b>	<b>Stratégie mobile des services de planification familiale (PF)</b>	<b>Programme national de développement des circonscriptions sanitaires (PNDCS)</b>	<b>Réforme de la gestion hospitalière</b>	<b>Projet Optimize</b>
<b>Démarrage</b>	<b>1964</b> (Équipes mobiles) <b>1990</b> (Cliniques mobiles)	<b>1994</b>	<b>1991</b>	<b>2010</b>
<b>Objectifs</b>	Rapprocher les <b>services de PF</b> auprès de la population	Rendre l'ensemble des CS capables de <b>prendre en charge l'état de santé</b> de la population	Promouvoir l'efficacité de <b>gestion</b> et la <b>qualité</b> des services dans des <b>hôpitaux universitaires</b>	Optimiser la <b>chaîne d'approvisionnement</b> des <b>vaccins</b>
<b>Composantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services de PF</li> <li>▪ Services prénatals</li> <li>▪ Services post-natals,</li> <li>▪ Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Régionalisation du programme</li> <li>▪ L'accompagnement des équipes CS</li> <li>▪ L'introduction de la MD de famille</li> <li>▪ L'autonomisation de la CS</li> <li>▪ La recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Système de gestion informatisé et intégré (SGI)</li> <li>▪ Aspects juridiques</li> <li>▪ Infrastructures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chaîne d'approvisionnement</li> <li>▪ Energie solaire</li> <li>▪ Système d'information de gestion logistique des vaccins (SIGL)</li> </ul>

### 8.3.2. Échantillonnage des entrevues semi-dirigées individuelles

Nos sources d'informations concernent deux catégories de personnes: (i) les promoteurs des différentes initiatives innovantes choisies; et (ii) le personnel utilisateur de ces initiatives dans les organisations cibles. Comme technique d'échantillonnage des sources d'informations, nous avons appliqué la méthode non probabiliste par choix raisonné basé sur un jugement d'experts. Cette technique nous a permis de mieux cerner les particularités de notre population à l'étude et

augmenter l'utilité de l'information recueillie. Concernant la catégorie des promoteurs de l'initiative innovante, nous avons prévu de rencontrer au niveau central des fonctionnaires du Ministère de la santé, des représentants d'organismes subventionnaires internationaux et quelques experts du contexte socio-sanitaire tunisien. Au niveau régional, nous avons planifié de rencontrer les autorités sanitaires des directions régionales de santé et des membres d'équipe d'appui du niveau régional. Au niveau des circonscriptions sanitaires (niveau local), nous prévoyions de rencontrer les coordinateurs (responsables) de projets. Et au niveau des organisations cibles (promotrices et utilisatrices), plusieurs catégories des professionnels de la santé impliqués dans la phase d'expérimentation (MEO initiale) ou au moment de la MAE. Ces individus ont été choisis au niveau des unités dans lesquelles les initiatives innovantes ont été MEO, MAE et P, en fonction de la relation qu'ils avaient avec l'initiative choisie et l'utilité de de l'information recherchée.

#### **8.4. Collecte des données**

##### **8.4.1. Sources de données**

Pour notre recueil de données, nous avons utilisé les trois types de méthodes suivantes : (i) l'analyse documentaire ; (ii) des entrevues semi-dirigées individuelles ; et (iii) l'observation. L'analyse documentaire et l'observation ont servi de complément aux données d'entrevues dans une perspective de triangulation, et nous ont permis d'affiner notre connaissance du contexte d'étude. La consultation des données documentaires nous a permis de disposer des informations relatives à la conception et aux conditions de mise en œuvre des initiatives faisant l'objet d'étude. A cet effet, tous les documents produits en rapport avec les initiatives identifiées ont été consultés (documents de planification, plans d'action, rapports de suivi, rapports d'évaluation, etc.). Quant aux entrevues semi-dirigées, elles ont été réalisées et enregistrées par l'étudiante-chercheure. Ces entrevues ont duré environ entre 45 minutes et une heure et ont eu lieu à différents endroits selon

les disponibilités des sources d'informations (locaux des organisations promotrices ou utilisatrices, locaux de l'OMS, etc.).

Les entrevues ont été complétées par une démarche d'observation systématique longue de 10 jours dans chacun des cas à l'étude. L'observation dans les différents contextes de l'étude visait à apprendre davantage sur les variables contextuelles qui ont été identifiées et les interactions entre elles.

#### **8.4.2. Instruments de collecte**

Nous avons principalement utilisé des guides d'entrevue comme instruments de collecte de données. Les entrevues étaient semi-ouvertes et abordaient séparément les problématiques de la mise en œuvre, de la pérennisation et de la mise à l'échelle. Concernant la mise en œuvre, le guide d'entrevue comprend plusieurs questions destinées à évaluer l'état de mise en œuvre et les facteurs susceptibles de l'influencer. Ces questions ont été adaptées des travaux de Scheirer (Scheirer, 1994) et Love (Love, 2004). Quant à la mesure de la pérennisation, notre guide d'entrevue s'est inspiré des travaux de Ridde et Coll. (V. Ridde et al., 2006) qui se basent sur les travaux de Pluye et Coll. (P. Pluye et al., 2004), adaptés eux-mêmes des recherches de Goodman et Coll. (Goodman et al., 1993). Il comporte une série de 15 questions regroupées sous les quatre dimensions caractérisant les routines organisationnelles destinées à porter un jugement sur les actions de pérennisation. Pour mesurer le processus de MAE, nous avons eu recours au guide d'entrevue élaboré par le réseau ExpandNet. Ce guide contient une série de questions sur le déroulement du processus de MAE et les différents déterminants contextuels. Nos guides d'entrevues ont été soumis à un expert du contexte socio-sanitaire tunisien afin de l'adapter au contexte local. Toutes les entrevues ont eu

lieu en français sauf une seule entrevue qui a eu lieu en arabe. Étant donné que l'étudiante-chercheuse ne parle pas arabe, un interprète habitué aux enquêtes qualitatives a été sollicité.

#### **8.4.3. Qualité des instruments de collecte**

Nos instruments de mesure reposent sur deux principales qualités : (i) leur fiabilité (leur capacité à mesurer fidèlement le phénomène étudié) ; et (ii) leur validité (leur capacité à bien mesurer le phénomène étudié). Concernant la fiabilité, nos guides d'entrevue non seulement ont été élaborés à partir d'instruments robustes; ils ont été pré-testés plusieurs fois sur le terrain et nous avons comparé leurs résultats. Certaines questions ont été légèrement modifiées pour une meilleure compréhension. Quant à la validité de mesure, les instruments développés ont déjà été utilisés dans des contextes d'études similaires (pays avec des ressources limitées) à celui de l'étude proposé (Mallé Samb et al., 2013; V. Ridde et al., 2006).

#### **8.5. Analyse des données**

Notre démarche a reposé en majeure partie sur l'analyse qualitative du matériel récolté. Les entrevues semi-dirigées ont fait l'objet d'un enregistrement sur support numérique et d'une prise de notes systématique par l'étudiante-chercheuse. Elles ont été ensuite retranscrites et encodées à l'aide du logiciel QDA-Miner (version 4.1.27). L'analyse a été effectuée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, l'étudiante-chercheuse a procédé à leurs retranscriptions. Par la suite, elle a utilisé la démarche d'analyse de contenu pour l'encodage (Huberman & Miles, 1994). Le cadre d'analyse des déterminants contextuels nous a servi pour cette phase d'analyse de contenu grâce aux différentes dimensions retenues par ce dernier. Ces dimensions s'articulent autour de notre première question de recherche. Le contenu qualitatif recueilli a été confronté à l'analyse documentaire et à l'observation au moyen du principe de la triangulation.



## **PARTIE 6. RESULTATS**

### **Chapitre 9 - Analyse des déterminants de la MEO, MAE et P : Étude de cas multiples en Tunisie**

#### **Résumé**

**Contexte:** Dans de nombreux pays, les systèmes de santé sont en reformes continues. Toutefois, ces réformes conduisent rarement à des résultats positifs et durables. Une mise en œuvre efficace à petite échelle, une mise à l'échelle réussie et une durabilité continue se heurtent toujours à des défis majeurs, en particulier pour des pays avec des ressources limitées. L'objectif de ce chapitre est d'identifier les facteurs communs ayant contribué au succès ou à l'échec de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et de la pérennisation de quatre initiatives innovantes introduites dans le secteur de la santé tunisien entre 1964 et 2010: la stratégie mobile pour les services de planification familiale (1964), la réforme de la gestion des hôpitaux (1991), le programme national de développement des circonscriptions sanitaires (1994), et l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins (2010).

**Méthodes:** Nous avons mené une étude de cas multiples à 4 niveaux d'analyse (contextuel, organisationnel, individuel et niveau de l'intervention) d'octobre 2015 à février 2016. Les données ont été collectées par le biais d'entretiens (n= 40), suivies d'une période d'observation de 10 jours pour chaque initiative et de discussions informelles (n = 20), et d'un examen des documents officiels (n = 30). Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu dans le logiciel QDA-Miner (version 4.1.27).

**Résultats:** Les données de cette recherche démontrent que de multiples facteurs interagissant à différents niveaux (national, régional et local) ont une incidence positive (engagement politique, disponibilité des ressources, contexte juridique, assistance technique, motivation, compatibilité avec le contexte local, etc.) ou négative (résistance, gestion opérationnelle faible, ressources insuffisantes, niveau de compétences, etc.) sur les quatre initiatives innovantes. Les processus de mise en œuvre et de mise à l'échelle sont fortement influencés ou compromis par des déterminants structurels et organisationnels, tandis que des déterminants individuels et des caractéristiques liées aux initiatives sont davantage impliqués dans le processus de pérennisation.

**Conclusions:** Ce chapitre met en évidence les facteurs clés qui devraient être pris en compte lors de la conception, de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et du maintien des interventions en matière de santé, ainsi que l'importance de l'adaptabilité aux contextes changeants (politique, économique, social, etc.), en particulier dans les pays avec des ressources limitées. Une plus grande attention devrait être accordée aux facteurs individuels pour assurer une mise en œuvre efficace, une mise à l'échelle et une pérennisation réussie des interventions en santé.

**Mots-clés:** mise en œuvre, mise à l'échelle, pérennisation, initiatives innovantes, pays avec des ressources limitées, déterminants de succès, défis, étude de cas multiples, Tunisie.

## 9.1. Introduction

Dans de nombreux pays, en particulier pour des pays avec des ressources limitées, des initiatives innovantes (allant de nouvelles technologies ou pratiques aux nouveaux modèles de prestation de services et politiques de santé), jouent un rôle majeur dans la résolution des problèmes de santé et l'amélioration de la santé des populations (Akachi & Atun, 2011; R. Atun, 2012; Howitt et al., 2012; Levine, 2004; Simmons et al., 2007; Victora et al., 2004). Cependant, leur couverture à grande échelle et leur durabilité font toujours face à des défis majeurs. Beaucoup d'interventions ont du succès à leurs débuts mais ne parviennent pas à être soutenues et étendues, et déclinent avec le temps (E. Bradley et al., 2011; Kara Hanson et al., 2003; Mangham & Hanson, 2010). Ainsi, les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées adoptent des interventions souvent avec des résultats inférieurs aux attentes (R. Atun, 2012; Braithwaite et al., 2016). Certains pays sont incapables de tirer pleinement parti des retombées potentielles de ces interventions en raison de nombreux obstacles liés à la mise en œuvre, à la mise à l'échelle et à la pérennisation (Edwards, 2010; K. Hanson et al., 2010; Kara Hanson et al., 2003).

Dans des pays avec des ressources limitées, les problèmes liés à la mise en œuvre et à la pérennisation des interventions en santé ne sont pas nouveaux (Travis et al., 2004). Les systèmes de santé des pays avec des ressources limitées sont rarement conçus ou préparés à mettre en œuvre de manière adéquate, à développer et à maintenir progressivement et efficacement les interventions (Kara Hanson et al., 2003; Mills, 2014; Travis et al., 2004). Ces problèmes résultent principalement d'un manque d'engagement politique (Lucy Gilson & Schneider, 2010), d'un manque de continuité du soutien financier (qui provient principalement de fonds externes) ou l'utilisation inadéquate des ressources (Mangham & Hanson, 2010), des défauts dans les conseils techniques (Mills, 2014), d'un manque d'équipements ou une infrastructure insuffisante (Perry &

Malkin, 2011), de la pénurie et la mauvaise répartition de la main-d'œuvre qualifiée (L. Chen et al., 2004; Dussault & Franceschini, 2006) ou simplement d'une faible capacité des systèmes de santé de façon générale (Car et al., 2012). Par conséquent, cela conduit à l'inefficacité et l'inefficience des systèmes de santé, et contribue à leur incapacité à répondre aux situations d'urgence et à soutenir correctement les nouvelles initiatives (R. Atun, 2012).

Les déterminants contextuels, les caractéristiques des systèmes de santé et les institutions d'adoption semblent jouer un rôle majeur dans la réceptivité des interventions (Rifat Atun et al., 2009). De multiples facteurs en interaction peuvent servir de facilitateurs ou d'obstacles à différents niveaux dans le processus de mise en œuvre (Chaudoir et al., 2013; J. A. Durlak & DuPre, 2008); de dissémination (Berwick, 2003; Greenhalgh et al., 2004); et de pérennisation (Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998) des interventions.

Le processus de mise à l'échelle de nouvelles initiatives et leur maintien dans le temps sont des processus complexes en étroite interaction avec l'environnement dans lequel les initiatives sont intégrées. Basé sur une recherche qualitative, ce chapitre identifie les facteurs clés de succès et aborde les défis majeurs liés aux processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation de quatre initiatives innovantes introduites dans le secteur de la santé en Tunisie. Ce chapitre fournit une compréhension large des conditions dans lesquelles les interventions en santé doivent être conduites pour produire des résultats efficaces et durables à grande échelle.

## **9.2. Objectifs de la recherche**

L'objectif de cette recherche empirique était d'identifier les déterminants (facteurs) qui ont contribué au succès ou à l'échec de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et de la pérennisation de quatre initiatives innovantes du secteur de la santé en Tunisie. Ces initiatives sont: (i) les services mobiles de proximité pour la santé reproductive et la planification familiale (1964); (ii) le programme de développement des circonscriptions sanitaires ('districts de santé') pour les soins de santé de base (1994); (iii) la réforme de la gestion des hôpitaux universitaires (1991); et (iv) l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins (2010).

Plus spécifiquement, cette étude de cas multiples visait à:

- 1) Analyser les conditions de mise en œuvre de ces quatre initiatives
- 2) Comprendre les mécanismes et examiner les conditions dans lesquelles s'est déroulé le processus de mise à l'échelle
- 3) Évaluer leur devenir dans le temps (pérennisation) et état actuel dans le système de santé tunisien

## **9.3. Description des cas**

### **9.3.1. Cas 1: La stratégie mobile des services de PF (1964)**

La stratégie nationale des services mobiles pour la planification familiale (PF) a été introduite au début des années 60 pour des équipes mobiles (composées d'une sage-femme, infirmière, éducatrice et chauffeur), et dans les années 90 pour des cliniques mobiles (composées d'une caravane équipée d'échographie, d'une table gynécologique, de toilettes avec une salle d'attente, et gérée par un gynécologue et une sage-femme) (ONFP, 1996; ONFP, Bchir, & Azzouz, 1975). Les équipes mobiles desservent entre 10 et 15 centres de soins de santé de base (CSSB) une fois tous les quinze jours. Cette initiative vise à rapprocher les services de planification familiale des

populations inaccessibles vivant dans des régions géographiques éloignées du pays (ONFP, 1996). La stratégie a été établie à travers un partenariat de plusieurs institutions internationales<sup>1</sup>. Les différents bailleurs de fonds ont apporté diverses compétences et étaient responsables du soutien financier et technique. La stratégie a évolué pour offrir quatre composantes principales de services (planification familiale, services prénatals et postnatals) à la fin des années 80, à douze composantes de services en 2016 (en incluant les services de dépistage du cancer, les services de santé reproductive et sexuelle pour les jeunes, les services de traitement de la toxicomanie, le programme de traitement de l'infertilité, etc.) (ONFP, 2008). En 2016, il y avait 37 centres régionaux de services d'éducation et de planification familiale (CREPF) qui mènent et coordonnent les activités de PF au niveau local, 40 équipes mobiles (desservant 295 sur 2098 CSSB) et une clinique mobile.

### **9.3.2. Cas 2: Le PNDCS (1994)**

Le programme national de développement des circonscriptions sanitaires (PNDCS) a été initié pour la première fois en 1983. La stratégie a été élaborée en 1993 et le programme officiellement introduit dans le système de santé tunisien en 1994, et étendu en 1999 (Bchir, De Brouwere, Kegels, & Zouari, 2000). Le PNDCS vise à développer des circonscriptions sanitaires (CS), ou encore connues sous le nom de districts de santé (DS), dans toutes les régions tunisiennes en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins de santé de base (soins primaires) et sur le renforcement de la gestion et de la participation communautaire (Yazid, Blaise, Zouari, & De Brouwere, 2004). Après avoir obtenu un premier ensemble de fonds pour la mise en

---

<sup>1</sup> Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), Banque Mondiale (MB).

œuvre locale (support technique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers), divers organismes de financement internationaux <sup>2</sup> ont joint le programme. Par conséquent, le PNDCS est passé de huit circonscriptions sanitaires (CS) de la phase pilote initiale, à la création de plus de 200 CS entre 1994 et 2016 (Sidhom, Chahed, & De Brouwere, 2013). Quatre étapes sont utilisées pour créer et rendre fonctionnelles les CS: (i) évaluer l'existence de la structure et de l'état initial de fonctionnalité dans chaque district de santé; (ii) mettre en place un plan d'action pour la CS créée; (iii) mettre en place une équipe technique (composée de médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, sages-femmes et d'un superviseur général) et d'une équipe de direction (composée du directeur de l'hôpital de district, du médecin chef et le superviseur de la santé du district); et enfin (iv) évaluer la fonctionnalité en fonction de différents critères de qualité préétablies (Yazid et al., 2004). En 2013, 75% des CS étaient certifiés fonctionnels après la nomination d'équipes techniques et de gestion, et satisfaisaient les normes issues de l'évaluation annuelle (Sidhom et al., 2013).

### **9.3.3. Cas 3: Le projet de réforme de la gestion hospitalière (1991)**

Le projet d'appui à la réforme de la gestion des hôpitaux universitaires a été lancé au début des années 90 par la Banque mondiale. La réforme répondait à des mécanismes de financement inadéquats et à la désorganisation du système d'information de gestion dans les hôpitaux universitaires. Les principaux objectifs de la restructuration de la gestion des hôpitaux étaient d'améliorer l'efficacité interne en mettant à disposition des informations sur les activités et les coûts des soins en rapport avec les hôpitaux, et de promouvoir la qualité des soins dans les établissements publics de santé (EPS) (Hédi Achouri, 2001a). L'initiative s'est accompagnée du renouvellement de l'infrastructure hospitalière (bâtiments, équipements médicaux, etc.), de l'introduction de la

---

<sup>2</sup> Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

comptabilité analytique par activité et d'un système intégré de gestion de l'information (Hédi Achouri, 2005). La réforme a également permis de réviser légalement la situation financière et la structure institutionnelle des soins de santé au niveau tertiaire du système de santé tunisien, en créant une entité appelée 'Établissements publics de santé' (EPS), distincte de l'entité 'Établissements publics à caractère administratif' (EPA) et 'Établissements Publics à Caractère Industriel et Commercial' (EPIC), dans le but de gagner une plus grande autonomie en gestion hospitalière (Hedi Achouri et al., 1997). Comme résultat, 22 EPS opérationnels (avec un système intégré de gestion de l'information) ont été créés de 1992 à 1998, incluant : 13 EPS (8 situés dans le Grand Tunis, 2 à Sousse, 2 à Sfax et 1 à Monastir), 6 instituts spécialisés (tous situés dans le grand Tunis) et 3 centres spécialisés (situés à Tunis, Zaghouan et Ben Arous) (Hédi Achouri, 2001a).

#### **9.3.4. Cas 4: Le projet Optimize (2010)**

Le projet d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, connu sous le nom du projet 'Optimize', a été lancé en 2010 par la Fondation Bill & Melinda Gates, en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Programme pour la technologie appropriée en santé (PATH). Le projet Optimize avait trois principaux objectifs: (i) rationaliser et intégrer la chaîne d'approvisionnement en vaccins ainsi que la distribution d'autres produits de santé; (ii) mettre en place un système d'information de gestion logistique (SIGL) pour surveiller et suivre les vaccins en temps réel pour limiter les risques d'excès de stock, d'expiration et de gaspillage des vaccins; (iii) établir une chaîne d'approvisionnement des vaccins énergétiquement indépendante au niveau régional (basée sur l'utilisation des panneaux solaires et des véhicules électriques) (WHO & PATH, 2013). Des projets d'interventions pilotes pour les composantes 1 (chaîne d'approvisionnement) et 2 (système de gestion informatisé) ont été menées dans six régions



(Tunis, Sousse, Monastir, Mahdia, Kairouan et Kasserine), et la composante 3 (énergie renouvelable) a été testé seulement dans une région (Kasserine). Le projet a permis l'installation du logiciel wVSSM (web-based Vaccination Supplies Stock Management) dans 24 directions régionales des soins de santé de base (DRSSB), accompagnée de la rénovation de chambres froides et de la distribution de contrôleurs de température ('Log tag') (PATH & WHO, 2012). Le projet proposait également une nouvelle conception du réseau de la chaîne d'approvisionnement (décentralisée au niveau régional) pour plus d'efficacité et pour éviter des étapes inutiles dans la chaîne d'approvisionnement. Ceci semblait rendre les choses plus complexes et le ministère tunisien de la santé publique (MSP) a décidé de revenir au réseau initial de la chaîne d'approvisionnement des vaccins avec la pharmacie centrale de Tunisie (PCT). Quant à la composante énergétique, elle n'a pas fonctionné comme prévu dans la seule région où elle a été testée (problème lié principalement à des problèmes techniques, de réparation et d'entretien) et n'a pas pu être étendue dans d'autres régions (WHO & PATH, 2013).

## **9.4. Méthodes**

### **9.4.1. Stratégie de recherche**

Nous avons utilisé une stratégie de recherche qualitative synthétique avec une étude de cas multiples (chaque cas correspondant à l'initiative innovante) avec quatre niveaux d'analyse intégrés (Yin, 2003a): (i) le niveau structurel (contexte général/système social de la Tunisie); (ii) le niveau organisationnel (représenté par les institutions ayant soutenu, promu ou adopté les quatre initiatives); (iii) le niveau individuel (personnes ayant promu ou adopté ces initiatives); et (iv) le niveau d'intervention (caractéristiques liées aux quatre initiatives innovantes).

### 9.4.2. Échantillonnage

L'étude a fait appel aux fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique (personnes impliquées dans le développement, la gestion, l'essai et la promotion des quatre initiatives innovantes); des représentants des organisations internationales (impliquées dans l'appui financier et technique), des experts du contexte de la mise en œuvre, des évaluateurs, des directeurs régionaux, des coordinateurs régionaux et des personnes bénéficiaires et utilisatrices de ces quatre interventions (médecins, infirmières, éducateurs, sages-femmes, chefs de comités médicaux, analystes financiers, etc.). Les participants ont été choisis en fonction de leurs capacités à fournir des informations pertinentes, leur accessibilité et leur représentativité à différents niveaux (national, régional et local) du système de santé tunisien (**Tableau 10**).

**Tableau 10.** Sources d'information

<b>Résumé de la collecte de données</b>	<b>Quantité</b>
<b>Observations et discussions informelles - Notes de terrain</b>	20
<b>Documents officiels</b>	30
<b>Entrevues semi-dirigées</b>	
<i>Niveau national</i>	
Représentants des organisations internationales	3 <sup>a</sup>
Fonctionnaires du Ministère de la Santé (responsables de programmes, gestionnaires, coordinateurs, etc.)	9
Experts du contexte	7
Évaluateurs de projets	5
<i>Niveau Régional</i>	
Directeurs Régionaux	3
Coordonateurs/Superviseurs régionaux	2
<i>Niveau local</i>	
Gestionnaires d'hôpitaux	1
Chefs du comité médical	2
Médecins chefs	2
Professionnels de santé (infirmières, sages-femmes, éducateurs)	4 <sup>b</sup>
Analystes financiers	2
<b>Total des entrevues enregistrées</b>	<b>40</b>

<sup>a</sup>Une des entrevues a été conduite avec deux participants (un responsable technique et un gestionnaire de programme).

<sup>b</sup>Une des entrevues a été menée avec trois participants (une infirmière, une sage-femme et un éducateur).

### **9.4.3. Collecte des données**

Les données ont été collectées dans dix (10) des vingt-quatre (24) gouvernorats tunisiens (Ariana, Ben Arous, Kairouan, Manouba, Monastir, Nabeul, Sfax, Sousse, Tunis et Zaghouan) où les quatre initiatives innovantes ont été MEO ou MAE. La collecte de données s'est déroulée sur une période de quatre mois, entre novembre 2015 et février 2016, au moyen d'entrevues semi-structurées, discussions informelles, observations sur le terrain et l'analyse de documents officiels en lien avec les processus de MEO, MAE et P des quatre initiatives faisant l'objet de l'étude. Les questions du guide d'entrevues (**Annexe 1**) ont abordé les caractéristiques des initiatives choisies (pertinence, avantage comparatif, simplicité, compatibilité avec le contexte local, etc.), le processus de MEO (le niveau des ressources mobilisées, les composantes MEO, etc.), le déroulement du processus de MAE (conditions et composantes MAE, les facteurs facilitateurs et inhibiteurs) et la pérennisation (intégration des ressources, adaptation des activités, alignement des activités avec les objectifs des organismes utilisateurs, etc.). Au total, 40 entrevues (d'environ entre 45 minutes et 1 heure de temps) ont été réalisées, suivies d'une période d'observation de 10 jours. Les observations (**Annexe 2**) ont été menées dans quatre (4) gouvernorats (Tunis, Monastir, Sfax et Monastir) et leurs notes de terrain ont été consignées dans un cahier journal de recherche. La collecte de données a été arrêtée lorsque les entrevues, les discussions informelles et les observations n'ont plus fourni d'informations supplémentaires.

### **Identification des personnes ressources**

Pour identifier les personnes ressources pour chaque initiative innovante choisie, l'étudiante-chercheuse a fait appel à deux experts du contexte tunisien travaillant à l'OMS. Ces deux experts ont aidé à identifier les noms des personnes à contacter et de retrouver leurs coordonnées.

### **Contact des personnes ressources**

L'étudiante-chercheuse contactait chaque personne identifiée par téléphone pour lui expliquer brièvement le projet de recherche et lui demander ses disponibilités pour une éventuelle entrevue. En cas d'acceptation de l'entrevue, l'étudiante-chercheuse fixait directement le rendez-vous au téléphone, et confirmait par la suite la date, l'heure et l'endroit de l'entrevue avec la personne ressource. Pour les entrevues qui ont eu lieu dans la région du Grand-Tunis, c'est l'étudiante-chercheuse qui se déplaçait aux bureaux des personnes ressources. Pour les entrevues qui ont eu lieu dans d'autres villes (Monastir, Sousse, Gafsa, etc.), elles étaient tenues dans des locaux des directions régionales, des centres de soins de base ou des hôpitaux. Les personnes-ressources étaient contactées à l'avance et informées de l'arrivée de l'étudiante-chercheuse dans la région.

### **Méthode boule de neige**

A la fin de chaque entrevue, l'étudiante-chercheuse demandait aux personnes interviewées s'il y aurait d'autres personnes qui auraient été impliquées de façon directe dans les quatre initiatives innovantes. Cette méthode a permis à l'étudiante-chercheuse de recruter de nouveaux sujets au fur et à mesure.

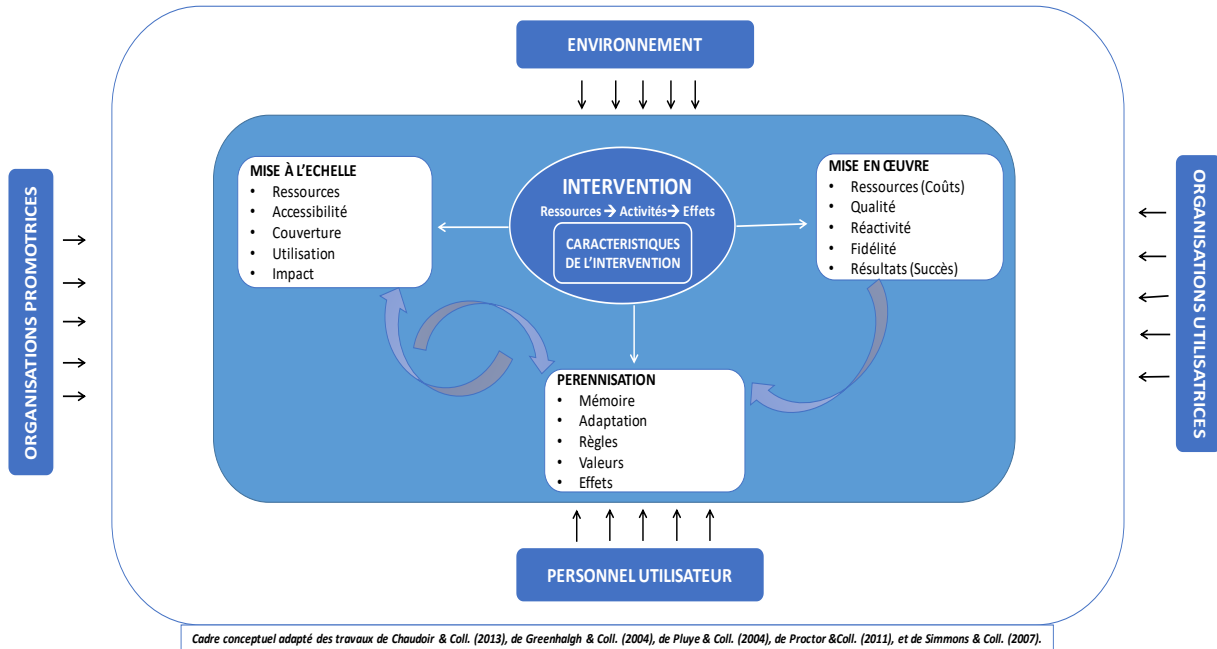
### **Déroulement des entrevues semi-dirigées**

Au début de chaque entrevue, l'étudiante-chercheuse se présentait, mettait en contexte son projet d'étude, présentait le formulaire de consentement et demandait l'autorisation d'enregistrement. Une fois le formulaire signé, l'étudiante-chercheuse informait la personne ressource du début de l'enregistrement. De manière générale, les entrevues commençaient toujours par les questions générales sur la personne (rôle, fonction, année d'expériences, relation avec l'initiative à l'étude). Ceci permettait de mettre à l'aise des personnes avant de rentrer dans le vif du sujet.

#### **9.4.4. Analyse des données**

Les entrevues ont été transcrites et codées à l'aide du logiciel QDA-Miner (version 4.1.27), et ont été soumises à une analyse de contenu guidée par le cadre d'analyse des déterminants de MEO, MAE et P des interventions en santé (**Figure 14**). Ce cadre repose sur les cadres des déterminants contextuels existants sur la diffusion (Greenhalgh et al., 2004); la mise en œuvre (Chaudoir et al., 2013; E. Proctor et al., 2011); la mise à l'échelle (Simmons & Shiffman, 2007); et la pérennisation (Johnson et al., 2004; Olsen, 1998a; Pierre Pluye et al., 2004; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998) des interventions. Les déterminants identifiés sont ainsi organisés en quatre principales catégories: (i) les déterminants structurels (environnement): contexte général incluant les caractéristiques du système de santé tunisien; (ii) les déterminants organisationnels : caractéristiques des institutions promotrices et utilisatrices des initiatives innovantes; (iii) les déterminants individuels: personnes bénéficiaires ou utilisatrices des initiatives innovantes; et (iv) les caractéristiques liées aux initiatives innovantes.

**Figure 14.** Cadre d'analyse des déterminants de la MEO, MAE et P



#### 9.4.5. Variables

La recension des écrits nous a permis de faire ressortir un certain nombre de variables opérationnelles liées aux trois processus étudiés. Dans cette sous-section, nous identifions les différentes dimensions qui ont déterminé les aspects opérationnels de notre recherche empirique.

##### - Variables de mesure du processus de mise en œuvre

Dans le cadre cette recherche empirique, nous avons fait une analyse des déterminants contextuels sur le degré de la mise en œuvre des initiatives innovantes identifiées (type 1b) (Champagne & Denis, 1992); c'est-à-dire les facteurs qui expliquent les écarts que l'on peut observer entre l'initiative innovante planifiée et l'initiative innovante MEO (Fidélité de la MEO) (H.-T. Chen, 2004). Ces derniers permettent d'expliquer le succès (facteurs facilitateurs) ou l'échec (les défis) de la mise en œuvre des initiatives innovantes (Patton, 2003). En plus de la fidélité (le degré avec

lequel l'initiative innovante est MEO tel que prévu), la mise en œuvre a été analysée en utilisant d'autres aspects de mesure comme le niveau des ressources requises ou mobilisées (coûts) pour mettre en œuvre ces quatre initiatives, la qualité de la MEO (enthousiasme des responsables), la réactivité (réponse des différentes parties prenantes) et l'atteinte des objectifs poursuivis ou résultats attendus (succès) par les quatre initiatives innovantes.

**- Variables de mesure du processus de pérennisation**

Les éléments de pérennisation ont été évalués selon quatre dimensions du modèle de Yin (Yin & Quick, 1979) : (i) Mémoire (les activités de l'initiative innovante sont connues et partagées entre les différentes parties prenantes, et les ressources qui lui sont dédiées sont maintenues et stabilisées avec le temps); (ii) Adaptation (l'initiative innovante est adaptée au contexte social et organisationnel dans lequel elle se déroule); (iii) Valeurs (l'initiative innovante partage les mêmes objectifs que ceux du contexte général et organisationnel dans lequel elle se déroule); et enfin (iv) Règles (l'initiative innovante accepte et respecte les règlements et manuels de procédures de l'organisation qui l'encadre).

**- Variables de mesure du processus de mise à l'échelle**

Dans le cadre de notre recherche empirique, la MAE a été évalué selon plusieurs dimensions à savoir : (i) le niveau de ressources disponibles pour la MAE; (ii) la couverture (proportion de l'étendue géographique ou de la population cible bénéficiant de l'initiative innovante); (iii) l'accessibilité (augmentation de l'accès à l'initiative innovante), (iv) l'utilisation (augmentation du niveau d'utilisation des services ou autres composantes de l'initiative innovante); et (iv)

l'impact (effets) de la MAE sur les résultats globaux de santé des populations cibles (K. Hanson et al., 2010; Paina & Peters, 2012).

### **Triangulation des données**

Les sources de données ont été triangulées en recoupant les différents points de vue des parties prenantes et en recherchant plusieurs sources de données afin de vérifier la cohérence. Nos sources de données ont ainsi fait l'objet d'une analyse approfondie. Les données d'entrevues ont été soumises à une analyse de contenu faisant recours à un cadre d'analyse des déterminants contextuels. Ceci a permis de faire ressortir les principaux facteurs de succès et défis majeurs communs aux trois processus étudiés.

Les données documentaires (rapports d'activités, documents de suivi et évaluation, etc.) ont principalement permis de mieux comprendre le contexte de MEO, MAE et P de ces quatre initiatives et d'avoir des informations en lien avec les sources de financement, le déroulement de la MEO (choix des sites pilotes, composantes MEO, personnes responsables, etc.), la prise de décision quant au processus de MAE (composantes MAE, types de changements effectués, etc.). Chaque initiative innovante faisait également l'objet d'une période d'observation de 10 jours. Une grille d'observation a été utilisée à cette fin. Les données d'observation étaient principalement en lien avec le niveau d'appropriation des initiatives innovantes par les parties prenantes. Ces données ont permis de faire valider et confirmer les propos recueillis lors des entrevues semi-dirigées.



## **9.5. Résultats**

Les résultats ci-dessous montrent que différents facteurs ont été déterminants dans les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des quatre initiatives innovantes introduites dans le secteur de la santé tunisien entre 1964 et 2010. Ces déterminants sont identifiés à différents niveaux du système de santé tunisien (national, régional et local), et sont classés en quatre grandes catégories (structurelles, organisationnelles, individuelles et caractéristiques liées aux interventions). Pour chaque initiative innovante, nous expliquons comment les interactions entre les différents déterminants identifiés et ces initiatives ont conduit au succès ou à l'échec des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation. Un résumé des résultats est fourni dans le tableau à la fin de la section des résultats (**Tableau 19**).

### **9.5.1. Cas 1: La stratégie mobile des services de PF (1964)**

Les services mobiles de planification familiale (PF) font partie d'une stratégie nationale. Dans le cadre de cette initiative, toutes les composantes ont été mises en œuvre comme prévu (fidélité de la MEO) et étendues à différents niveaux du système de santé tunisien (local, régional et national), dans de différentes zones situées principalement à plus de 30 km des centres de soins de base (CSSB). Le programme a eu des résultats très positifs (succès) entre 1994 et 2007 et a permis d'améliorer de nombreux indicateurs sociodémographiques (taux de natalité; stabilisation du taux de fécondité à 2.03; augmentation du taux de prévalence de la contraception; diminution du taux de mortalité maternelle et infantile; etc.). Aujourd'hui, peu d'équipes mobiles (n=40) continuent de relever les défis liés à la prestation de services de planification familiale dans les régions éloignées (15 gouvernorats couverts) en soutenant les CSSB sans personnel de santé qualifié dans la prestation des services de PF.

Au niveau des déterminants structurels et organisationnels (**Tableau 11**), au début des années 70, la stratégie nationale des services mobiles de PF était principalement caractérisée par une volonté politique forte et un engagement du gouvernement qui eut un impact significatif sur le niveau des ressources requises (coûts) pour la MEO de cette stratégie, en créant l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) dédiée uniquement aux services de planification familiale. Pendant plusieurs années, l'ONFP a bénéficié de ressources financières et matérielles principalement allouées par les institutions internationales impliquées dans la promotion de la santé maternelle et infantile (USAID, FNUAP, Banque Mondiale, UNICEF, OMS, etc.). Ces institutions promotrices ont également apporté un énorme soutien technique en fournissant leurs compétences techniques, ce qui a permis une bonne fidélité de la mise en œuvre du programme et son extension (en termes de couverture et accessibilité) à travers le pays. La disponibilité des ressources a permis à l'office national de renforcer sa capacité institutionnelle (au niveau de sa structure organisationnelle, valeurs et ressources), ce qui a joué un rôle majeur dans la mise en œuvre (aux niveaux des dimensions de la fidélité et du succès) et la pérennisation de l'initiative (en termes de mémoire et valeurs). À travers la mise en œuvre du programme, l'ONFP a également développé un leadership stratégique fort et créé des partenariats avec d'autres institutions et associations locales à travers le pays. La collaboration étroite avec les centres de soins de base et les organisations non-gouvernementales locales impliquées dans l'émancipation des femmes et des jeunes filles a fortement contribué à la qualité de la MEO et la réactivité des parties prenantes, à l'accroissement de l'impact du programme à l'échelle nationale ainsi qu'au maintien des effets du programme à l'échelle locale. Le soutien technique et l'offre des formations, la bonne gestion du programme, le suivi rapproché et la supervision au niveau régional (dans les CREPF) sont des facteurs qui ont également joué un rôle majeur dans la fidélité et le succès de la stratégie.

**Tableau 11. Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P de la stratégie mobile des services de PF**

Niveau	Déterminants de succès: + Défis majeurs: -	MEO					MAE				Pérennisation				
Structurel		Ressources	Qualité	Réactivité	Fidélité	Succès	Ressources	Couverture	Accessibilité	Impact	Mémoire	Adaptation	Valeurs	Règles	Effets
	Engagement et volonté politique	+													
	Évolution du contexte social et culturel		-	--						-					-
	Conditions géographiques						-	--							
<b>Organisationnel</b>															
	<i>Niveau national: Organisations Promotrices (ONFP, MSP, Bailleurs)</i>														
	Disponibilité des ressources (financières, matérielles et humaines)	+++			+++		+++	++			+				
	Soutien et expertise technique				+++	+++	++		++						
	Capacité institutionnelle				+++	++				++		++			
	Leadership stratégique			++		++									
	Collaborations et partenariats		++	+++						++				++	
	Retrait du soutien financier							---							
	<i>Niveau régional: Organisations Promotrices (CREPF)</i>														
	Soutien technique et formations				++	+			+	++	++				
	Gestion de programme et supervision				++	++									
	<i>Niveau local: Organisations Utilisatrices (CSSB)</i>														
	Capacité limitée d'intégration des activités PF								-					-	
	Capacité limitée d'adaptation des activités PF										--			-	
	Manque d'équipement et faible infrastructure										--			-	
	Manque de personnel qualifié pour les services PF										---			-	
<b>Individuel</b>															
	<i>Niveau local: Professionnels de santé (CSSB)</i>														
	Niveau des compétences/Années d'expérience				++	++					+++		+		
	Motivation et esprit d'équipe				+++				+					+	
	Confiance de la communauté			++					+					+	
<b>Intervention</b>															
	Pertinence	+++		++											
	Avantage comparatif					++			++						
	Simplicité				+	+	++	++	+						
	Compatibilité					+			+		++		++	+	

Au niveau des déterminants individuels, le niveau de compétences des intervenants acquises au fil des années d'expériences a joué un rôle important dans la fidélité de la mise en œuvre et l'atteinte des résultats (succès), mais également dans l'adaptation des activités au niveau local et l'intégration des activités de PF dans les règles et procédures des centres de soins de base. Cela a également permis de créer avec le temps une relation de confiance avec les bénéficiaires, ce qui a eu un effet sur l'intégration des activités de PF dans le système social et sur l'impact global sur les résultats de santé.

En ce qui concerne les caractéristiques liées à l'intervention, outre la pertinence de cette initiative innovante pour résoudre le problème de l'égalité d'accès aux services de PF, la stratégie en matière de services mobiles de PF semble être relativement simple (seulement nécessitant la mobilisation d'une équipe mobile), et relativement rentable par rapport à d'autres programmes alternatifs (sans ressources supplémentaires). Cette stratégie reste tout de même très coûteuse pour les cliniques mobiles. En effet, une équipe mobile peut desservir entre 10 et 15 centres de soins de base. En outre, l'adaptabilité de l'initiative au contexte local était un déterminant important pour l'efficacité du processus de mise en œuvre et de pérennisation en termes de valeurs et règles.

Au fil du temps, les activités de la stratégie mobile pour les services de PF ont été intégrées aux CSSB, ce qui a réduit le nombre d'équipes mobiles (de 70 à 40) et de cliniques (de 13 à 1). Toutefois, la majorité des CSSB n'ont pas réussi à intégrer de manière appropriée les activités de PF par manque d'équipement nécessaire ou de personnel qualifié et l'infrastructure inadéquate ou parfois insuffisante. Entre temps, avec le contexte de la révolution (depuis 2010), les mentalités ont légèrement changé et certaines activités de planification familiale telles que l'avortement sont

de moins en moins acceptées et pratiquées. Depuis 2016, L'ONFP a réussi à réorienter ses activités (développement de l'initiative) en fonction des besoins actuels de la société tunisienne comme les activités de lutte contre la dépression liée au chômage, les activités contre la dépendance aux substances toxicomanies, etc. Quelques extraits de verbatims issus d'entretiens sur la stratégie mobile des services de planification sont présentés dans le tableau ci-après (**Tableau 12**).

**Tableau 12.** Extraits d'entretiens sur la stratégie mobile des services de PF

Mega-codes	Sous-codes	Extraits de verbatim
Environnement structurel	Engagement et volonté politique	<p><i>'...il y a eu un travail qui a été, plutôt avant le travail c'était un <b>engagement politique</b> aussi venu d'un homme visionnaire qui s'appelle Bourguiba (1er président tunisien), donc après l'indépendance, il a directement compris que pour le développement de la Tunisie, pour relancer au moins, pour instaurer le développement en Tunisie il faut passer par le côté de la population, c'est le contrôle/la maîtrise de la fécondité, et aussi une bonne <b>politique de coopération</b> pour entamer vraiment disons les mécanismes de développement en Tunisie' (ONFP_#37)</i></p> <p><i>'<b>La volonté politique est encore là</b>, parce que temps qu'on n'a pas changé notre politique de population, tant qu'on n'a pas encore une nouvelle politique de population, donc c'est pratiquement, c'est le même engagement. Même avec tous les gouvernements qui sont succédés même après Bourguiba, cet <b>engagement politique</b> il est encore là' (ONFP_#37)</i></p> <p><i>'Donc, je trouve que <b>l'engagement est toujours positif</b>, et en plus surtout maintenant on parle de l'intégration de cette sorte d'opérations, le développement socio-économique, dans le développement 2016-2020' (ONFP_#33)</i></p>
	Changement des mentalités, Évolution du contexte social et culturel	<p><i>'Si, on a vécu quand même des périodes très très difficiles surtout en 2011-2012. Nous avons noté une baisse, surtout au niveau des services, et cette baisse de services, elle est liée à deux choses : la 1<sup>ère</sup> c'est qu'elle est liée à des problèmes de sécurité surtout des activités éducatives... <b>les gens ne sont plus vraiment enthousiastes et tout ça, donc on a diminué beaucoup nos activités éducatives et pour les services cliniques...</b> pour l'IVG on a eu quand même des problèmes.</i></p>

		<p><i>Avec surtout <b>l'arrivée des islamistes</b>, pour voir pendant trois ans de l'année 2011 à 2014, donc c'était...ils ont quand même... les mentalités ont changé, beaucoup de femmes sont devenues voilées, maintenant <b>l'IVG est devenu Haram</b>, donc elles n'acceptent plus l'IVG, c'est devenu un peu religieux...'</i> (ONFP_#29)</p> <p><i>'La <b>réticence</b> était de deux parties : personnel et population. Les deux en même temps. Et surtout les <b>femmes</b>. Parce qu'actuellement comme vous voyez, le dernier recensement de 2014, le <b>taux de fécondité est passé 2,1 à 2,4 !!!</b>Donc, déjà il y a...pour moi, <b>c'est une perte de...c'est presque 10 ans de travail</b>'</i> (ONFP_#32)</p> <p><i>'L'autre chose c'est que les <b>priorités des gens sont en train de changer</b> après la révolution, les besoins, les priorités sont... et, la santé en général n'est plus une priorité pour le tunisien. Donc, il y a d'autres préoccupations. Il y a le chômage, etc. ça c'est la 2<sup>ème</sup> difficulté'</i> (ONFP #29)</p>
	Conditions géographiques	<p><i>'Il y a de moins en moins de personnel prêt à collaborer, parce que c'est une <b>tâche très très difficile</b> dans les intempéries, dans le bon temps, le mauvais temps, avec des déplacements, avec l'éloignement de la famille, et les gens sont devenus un peu sélectifs au niveau des... Il y a d'autres difficultés, mais je ne peux pas réellement comparer les difficultés à l'impact que ça donne. C'est un choix généralement réussi'</i> (ONFP #30)</p>
Contexte organisationnel	Disponibilité des ressources (financières, matérielles et humaines)	<p><i>'Il y a eu <b>plusieurs organisations internationales pour appuyer ce programme</b>, et surtout pour donner, qui ont facilité le travail des prestataires de service, en matière d'équipements et en matière aussi de véhicule pour les stratégies mobiles'</i> (ONFP_#36)</p> <p><i>'La PF c'était l'un des programmes les plus soutenus par les instances internationales'</i> (ONFP #37)</p>
	Soutien et expertise technique	<p><i>'Nous avons aussi le FNUAP, nous avons l'UNICEF, nous avons aussi l'ONUFEMMES, donc qui nous appuie aussi avec des partenaires tunisiens, quelques fois aussi les laboratoires pharmaceutiques, il y a aussi des cliniques qui appartiennent au laboratoire Bayer, c'est un grand laboratoire pharmaceutique qui a mis à notre disposition une belle clinique mobile'</i> (ONFP_#36)</p> <p><i>'Nous sommes arrivés à 12 composantes. C'était grâce à la volonté politique, c'était grâce à une institution spécialisée en matière de santé de la reproduction qui est l'ONFP, c'était</i></p>

		<i>aussi grâce à l'appui énorme des bailleurs de fonds comme l'USAID, le FNUAP dans le temps, l'OMS, le PNUD, la JICA, l'agence espagnole de coopération, et plein d'autres bailleurs de fonds. Vous avez cité le FNUAP et l'OMS, c'était les pionniers avec l'USAID, c'était les partenaires techniques et financiers, très forts pour l'ONFP' (ONFP #37)</i>
	Capacité institutionnelle	<i>'La présence de l'ONFP, c'est aussi un élément primordial dans le système de santé tunisien, et surtout dans le système de la santé de première ligne. Parce que nous sommes sur la première ligne' (ONFP_#33) Le premier facteur c'est que cette institution a fait preuve de continuité dans le temps, grâce à une volonté politique continue jusqu'à la révolution. Il y a aussi le volet religieux. Les prédicateurs religieux ont beaucoup aidé le projet. Donc, la création de l'environnement favorable pour la santé de la reproduction était bien travaillée. <b>La gratuité</b> nous a beaucoup aidé face à une population généralement vulnérable. <b>Une institution spécialisée en matière de santé de la reproduction et non pas une petite direction au niveau du ministère de la santé, ou un département comme dans d'autres pays. Donc, il y a une institution spécialisée en matière de santé de la reproduction'</b> (ONFP #37)</i>
	Collaborations et partenariats	<i>' On a eu quand même beaucoup d'actions, beaucoup de programmes de coopération Sud-Sud, et la Tunisie jusqu'à maintenant elle donne exemple dans ce sens-là. Et ça, ça fait partie des raisons de réussite de la PF et de la santé de la reproduction' (ONFP_#36)  'On travaille beaucoup en partenariat avec tout ce qui est régional. Avec soit les institutions nationales, soit avec aussi les ONG, et puis au niveau central aussi malgré qu'actuellement les financements étrangers, il est loin de 1%, et pourtant nous avons ici au ministère de la santé, et surtout le ministère des finances qui nous appuient à continuer notre travail'(ONFP #29)</i>
	Retrait du soutien financier	<i>'Ces dernières années, la Tunisie n'est plus une priorité pour eux. Non, parce que nous avons atteint nos indicateurs en matière de santé maternelle ! en fait, il y a encore beaucoup de choses à faire, sinon il y aura... Actuellement nous maintenons des petits projets avec ces bailleurs de fonds...' (ONFP #37)</i>
	Gestion de programme, offre de programmes	<i>'Les bailleurs nous ont surtout aidé à, dans des programmes de formation. Ça, c'est un élément très important, parce que si on va former, on va former les ressources humaines. Et, par conséquent ces ressources humaines sont bien formées, donc ils peuvent à travailler avec la même motivation, et sachant</i>

	de formation, et supervision	<p>que l'ONFP a aussi continué la formation continue' (ONFP_#32)</p> <p>'On n'a pas vraiment trouvé beaucoup de problèmes pour la <b>pérennité des services ou des activités</b>. Au contraire, nous avons amélioré beaucoup de choses. Nous <b>produisons des référentiels</b>. Nous travaillons dans le cadre, dans des services avec les normes de la qualité tout ça et donc je trouve que tout ce qu'on a fait, il y a ce qu'on appelle <b>le background, donc l'historique reste dans la mentalité donc du personnel de l'ONFP</b>. Et on essaie d'être toujours un peu distingués de ce qui se passe au niveau de services et niveaux de la santé'(ONFP_#36)</p> <p>'Au fait, il y a la formation, en matière de communication, en matière de rapprochement des services, en matière d'évaluation et de stratégies. Et, les supports nécessaires à la formation, le budget nécessaire à la formation, la logistique nécessaire à la santé maternelle, et <b>généralement la supervision est toujours présente pour ces projets'</b>(ONFP #33)</p>
	Capacité d'intégration des activités PF	<p>'<b>La majorité dans les centres de soins de base comprend déjà des services de planification familiale actuellement</b>. Aller dans les centres là où il n'y a pas de services de PF surtout, et puis, nous sommes en train de voir aussi comment renforcer cette activité mobile, par deux autres aspects : le 1er aspect c'est de créer des nouveaux centres fixes, mais pas dans les chefs-lieux des gouvernorats, mais plutôt dans une au moins localité, ce qu'on appelle délégation en Tunisie, ça demande des délégations régionales. Donc on essaie de trier, d'avoir nos centres à nous comme des pionniers mais avec aussi des équipes qui se déplacent de siège vers ces centres-là, de façon quotidienne ou ça dépend : 2-3 fois par semaine'(ONFP #37)</p>
	Capacité d'adaptation des activités de PF	<p>'De toute façon, nous avons une stratégie nationale de communication pour l'ONFP. Mais, cette stratégie prend en compte les <b>spécificités régionales'</b> (ONFP_#36)</p> <p>'Dans notre <b>approche participative</b>, nos régions sont bien représentées avec de la planification, de la programmation, et de l'évaluation. Et, nous donnons une très grande importance aux spécificités régionales, d'où une <b>diversification de la stratégie mobile selon les spécificités régionales'</b> (ONFP #36)</p>
	Manque d'équipement	<p>'On peut intégrer tout ce qui est activités formations, on peut intégrer les échanges d'expériences, etc. mais pour tout ce qui</p>



	et faible infrastructure	<p><i>est prestations des services, le modèle actuel, on trouve que l'ONFP doit continuer dans le même sens. Mais <b>tel qu'on voit actuellement les CSB, c'est impossible d'intégrer donc nos services dans les centres</b>'(ONFP_#37)</i></p> <p><i>'Concernant les équipes mobiles, on essaie toujours de s'adapter aussi si le dispensaire est parfait. Il y a d'autres <b>dispensaires qui sont « mal entretenus »</b>, mais on essaie toujours de dire allez-y changez ça, ce n'est pas confortable pour les femmes. On essaie toujours d'améliorer' (ONFP #31)</i></p>
Caractéristiques individuelles	Manque de personnel qualifié pour les services PF	<p><i>'Je disais toute à l'heure que même le nombre de cliniques mobiles a diminué par rapport à ce que nous avons avant, parce que <b>nous avons intégré quand même des équipes mobiles à la santé publique, parce qu'on a même donné des véhicules mais ça n'a pas réussi. Ça n'a pas donné beaucoup de résultats positifs</b>'(ONFP_#37)</i></p> <p><i>'Au centre, vous avez un médecin généraliste auprès de vous, vous avez un gynéco, à la délégation nous avons deux médecins gynéco, qui font la consultation de façon régulière, à la périphérique, en première ligne c'est-à-dire l'équipe mobile vous travaillez toute seule, même les médecins généralistes ne sont pas concernés, ne savent pas, il n'y a pas vraiment très grand-chose chez les gynécos donc lui il adresse les femmes allez-y, vois avec la sage-femme' (ONFP #30)</i></p>
	Motivation du personnel	<i>'Dans les années 70-80, les équipes mobiles étaient beaucoup plus qu'aujourd'hui. Il y avait plein d'équipes mobiles, les voitures étaient neuves, les jeunes sages-femmes étaient jeunes, étaient très motivées, c'était une ambiance extraordinaire pendant ces années-là' (ONFP #32)</i>
	Qualité des services et confiance de la communauté	<i>'Donc, tous <b>les services sont complètement gratuits</b>, ils se retrouvent avec les médicaments, avec les gynécologues, avec un personnel bien formé, etc. Et, tout ça c'est gratuit. L'autre chose aussi, c'est qu'on donne beaucoup d'importance à <b>l'accueil</b>, donc on donne beaucoup d'importance à la <b>qualité des services</b>. Donc, là je pense aussi, ce sont deux éléments à mon avis très importants pour <b>fidéliser la clientèle</b> entre parenthèses qui viennent à nos services'(ONFP #29)</i>
Caractéristiques de l'intervention	Pertinence	<i>'La stratégie mobile a été instaurée surtout pour <b> rapprocher des services</b>, parce que <b>la PF c'est plutôt un problème culturel, un problème de mentalité</b>, donc on ne s'attendait pas que les femmes allaient venir toutes seules aux services de PF. Mais pour faciliter donc l'accès, on s'est basés essentiellement sur cette stratégie mobile, surtout dans des zones reculées, dans des zones rurales, là où il y a beaucoup</i>

	<p><i>de problèmes d'accès, là aussi où il y a beaucoup de travail de plaidoyer, d'éducation à faire pour les hommes aussi bien que pour les femmes'(ONFP_#37)</i></p> <p><i>'En Tunisie, nous avons pensé que nous avons dépassé ces stades de rapprochement de services : Erreur ! Non ! <b>Le besoin est toujours là surtout avec ce climat économique.</b> Et l'attitude des gens face à la santé en tout, ou face à la santé de la reproduction...' (ONFP #34)</i></p>
Avantage relatif	<p><i>'Et puis les services, là tout le monde reconnaît que les services de la santé de la reproduction au niveau de la Tunisie, sont des activités qui sont différentes des activités du ministère de la santé, surtout en première ligne. Donc, <b>ça c'est l'avantage comparatif que nous avons, c'est plutôt des cliniques qui sont un peu pilotes et des modèles différents des modèles de la santé publique'</b>(ONFP_#37)</i></p> <p><i>'Résultats enregistrés par cette boîte, en matière de changement de comportements, en matière d'adoption des méthodes, et en matière de résultats comme l'indice de fécondité qui frôle le 2, comme les méthodes de contraception qui frôlent les 70%, nous sommes à 63% des femmes qui utilisent les méthodes, par rapport à d'autres pays qui n'ont atteint que les 10-15%. Donc, toutes ces données là avec l'émancipation de la femme, avec l'éducation, avec ... ont fait ça a réussi' (ONFP_#36)</i></p> <p><i>'C'est très coûteux, les bailleurs de fonds généralement <b>n'encouragent pas beaucoup ce genre de stratégie.</b> C'est coûteux (x2). Les résultats sont palpables et énormes, mais ça reste dans la phase pilote et pas de pérennisation' (ONFP #38)</i></p>
Compatibilité	<p><i>'Ce sont des thématiques qui ne sont pas faciles, à accepter dans la société tunisienne mais qu'on arrive quand même avec notre expertise surtout dans le domaine de l'information et de la communication, et aussi dans les services aussi la gratuité des services, ça nous aide beaucoup à entamer ce type de problématique.' ((ONFP #36)</i></p>
Visibilité	<p><i>'La DIRCOM, elle est chargée de tout ce qui est « <b>approche de communication</b> », stratégie de communication, encadrement du personnel éducatif qui atteint les 323 animatrices, spécialisées en matière de communication et de sensibilisation, avec un paramédical très important, et avec un très grand nombre d'ONG. Donc, tout ce qui est personnel éducatif, en matière de formation, de suivi, de follow-up. Cette direction elle est chargée aussi de la conception de</i></p>

		<p><i>supports éducatifs, tous les documents que vous avez pu voir, c'est ma direction. Le support éducatif, papier, audio-visuel, et numérique' (ONFP_#36)</i></p> <p><i>'...Aussi, cette direction est chargée du <b>partenariat</b>. Actuellement, nous avons un <b>réseau de partenaires très très riche ; composée par d'autres ONG après la révolution</b>. Il s'agit des ONG locales, régionales, aussi des ONG de grand gabarit, à l'échelle nationale. Pour les ONG locales, je ne vous cache pas que les directions régionales sont en charge de cela, parce que tout ce qui encadrement des animatrices, conception de support, conception, distribution et testing du support éducatif, partenariat et journées de sensibilisation, et journées de mobilisation sociale, la direction de la communication est aussi à la charge de cette stratégie mobile' (ONFP #36)</i></p>
--	--	---

### 9.5.2. Cas 2: Le PNDCS (1994)

Le programme national de développement des circonscriptions sanitaires (PNDCS) a été conçu pour permettre à toutes les circonscriptions sanitaires (CS) de gérer la santé de la population et d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de base. Un tiers des composantes<sup>3</sup> du programme ont été mises en œuvre comme prévu (fidélité de la MEO). Ces composantes sont la régionalisation du programme, ainsi que la création et l'accompagnement des CS. Le PNDCS a démarré dans 8 régions et son extension a commencé en 1999 pour couvrir les 24 gouvernorats tunisiens jusqu'en 2013.

Au niveau des déterminants structurels, le contexte historique a joué un rôle majeur dans création du programme. Après la déclaration d'Alma-Ata en 1978, de nombreux pays, dont la Tunisie, se sont engagés à améliorer l'accès aux soins de base. Le gouvernement tunisien était disposé à créer

---

<sup>3</sup> Les cinq composantes du PNDCS: (i) Régionalisation du programme, (ii) Création et soutien des équipes de CS, (iii) l'introduction de la médecine de famille dans les facultés de médecine, (iv) l'autonomisation des CS, (v) la recherche.

des CS à travers le pays. En 2002, le gouvernement a publié un décret présidentiel reconnaissant la CS comme une entité fonctionnelle et administrative du système de santé. A cette époque, le contexte juridique a été le point clé du processus de mise en œuvre et influencé la fidélité de la MEO (création des CS comme prévu) et les résultats (atteinte du nombre total de CS escompté). Le nouveau cadre juridique a également permis la reconnaissance de la CS comme une partie intégrante du système de santé tunisien et facilité son intégration dans le système de santé. Le décret présidentiel a également contribué à élargir le programme (en termes de couverture et accessibilité) en créant et en rendant fonctionnelles des CS à travers le pays. Avec le temps, le programme a fait face à différents défis. Avec l'instabilité du contexte politique changeant, le programme a connu une diminution de l'appui du gouvernement, ce qui a eu un impact négatif sur sa visibilité et son impact global dans le système de santé tunisien (**Tableau 13**).

**Tableau 13.** Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P du PNDCS

Niveau	Déterminants de succès: + Défis majeurs: -	MEO					MAE				Pérennisation				
		Ressources	Qualité	Réactivité	Fidélité	Succès	Ressources	Couverture	Accessibilité	Impact	Mémoire	Adaptation	Valeurs	Règles	Effets
<b>Structurel</b>	Contexte historique			+++											
	Contexte légal				+++	+++	+++	+++							
	Diminution de la volonté politique			--											
	Bureaucratie du système				---	---									
<b>Organisationnel</b>															
<i>Niveau national: Organisations Promotrices (MSP, Bailleurs)</i>															
	Vision claire et commune	++					++	+++							
	Changement fréquent des responsables du programme		--		--	--									
	Manque de leadership		--	--								--			-
	Manque de communication et de promotion du programme			---											-
	Faible gestion opérationnelle				---	---							--		
	Absence de budget de fonctionnement spécifique au programme											--		--	-
	Arrêt du soutien financier et technique	---										---		-	-
<i>Niveau régional: Organisations Promotrices (DRSSB)</i>															
	Formation insuffisante pour la gestion des CS												--		
	Manque de personnel qualifié pour la planification des services de base				--	--						--			
	Irrégularités dans la supervision du programme				--	-									-
<i>Niveau local: Organisations Utilisatrices (CSSB)</i>															
	Absence d'activités spécifiques liées au programme											--			--
	Faible capacité financière et autonomie de gestion											--			
<b>Individuel</b>															
<i>Niveau local: Professionnels de santé (CSSB)</i>															
	Faible engagement/Manque de motivation												--		--
	Non-valorisation des services de base												--		--
	Niveau des compétences														-
	Manque de formation adéquate pour les services de base												--		
<b>Intervention</b>															
	Pertinence				+++	++									
	Manque de visibilité	-	--	---											--
	Simplicité				+++	+++	+++	+++							
	Compatibilité			+											+

Au niveau des déterminants organisationnels, on remarque une vision claire et commune partagée par différentes organisations impliquées au niveau national dans le développement, la gestion et la coordination du programme, ce qui a eu un impact positif sur la disponibilité de ressources pour la mise en œuvre et la mise à l'échelle du programme, surtout au niveau de sa couverture à travers le pays. Parallèlement, le PNDCS a également rencontré de nombreux défis au niveau organisationnel (aussi bien au niveau national que régional), tels que le changement fréquent de responsables du programme, le manque de suivi par rapport aux activités du programme, l'absence de communication, la faiblesse de sa gestion opérationnelle, des irrégularités dans le suivi et la supervision du programme, etc. Par conséquent, le programme n'a pas été correctement mis en œuvre (à part la création des CS), bien qu'il ait été étendu à d'autres régions. De plus, la fin de l'appui financier et technique de l'UNICEF depuis 2013 et l'absence de budget de fonctionnement et d'activités spécifiques au programme (programme transversal) placent le programme dans un état de 'stagnation' au niveau local.

Au niveau des déterminants individuels, le manque de valorisation de la formation médicale pour les soins de base et d'adaptation aux besoins de la population locale et le manque de motivation et d'engagement des prestataires de soins au niveau des CSSB ont eu un impact négatif sur la pérennisation du programme (au niveau des dimensions Adaptation, Règles et Valeurs). Cependant, outre sa pertinence pour faciliter l'accès aux services de soins de base, la simplicité et compatibilité du PNDCS avec le contexte social tunisien, ont eu des effets positifs sur les processus de sa mise en œuvre et de sa mise à l'échelle. Quelques extraits d'entretiens en lien avec la MEO, la MAE et la P du PNDCS sont également présentés dans le tableau ci-après (**Tableau 14**).

**Tableau 14.** Extraits d’entretiens sur le PNDCS

Mega-codes	Sous-codes	Extraits de verbatim
Environnement structurel	Contexte historique	<p><i>‘Donc il y a eu cette <b>volonté d'intégration</b>. Donc, cette notion d'intégration, d'ailleurs avant qu'on appelle ça, la médecine de soins de santé de base, c'était ce qu'on appelle la médecine intégrée. Et, quand après, donc Alma-Ata (1978), <b>la Tunisie a donc adhéré au principe d'Alma-Ata</b>, suite à cela, quoi que déjà le plan qui précédait Alma-Ata, le plan quinquennal de 77 à 82, avant Alma-Ata déjà, la notion d'intégration des activités préventives et des activités curatives étaient inscrites dans le 5ème plan de l'époque’ (PNDCS_#4)</i></p> <p><i>‘Donc c'était avant déjà, il y a eu cette dynamique en Tunisie. Donc, à partir de là, 81 <b>il y a eu la création de ce qu'on appelle la DSSB et puis il y avait la création des services régionaux des soins de santé de base</b> au sein des directions régionales de santé publique dans les différentes régions. Et ces services régionaux étaient rattachés à la DSSB. Et, c'était eux en quelques qui est les véhicules des programmes nationaux, tels qu'ils ont été conçus à la DSSB à partir de 81. Et ces programmes nationaux ayant remplacé les campagnes nationales’ (PNDCS #3)</i></p>
	Contexte légal	<p><i>‘Concernant la CS, il y a eu la parution, <b>le décret est paru au début des années 2000, 2002 ou 2001 (je sais plus)</b>, et il y a des médecins chefs de CS qui ont été nommés, et je crois qu’il y a eu aussi des surveillants de CS qui ont été nommés à la suite de ça’ (PNDCS_#5)</i></p> <p><i>‘Et la DSSB pour promouvoir ce processus, elle a lancé ce PNDCS en 93, qui a fini à aboutir par un <b>décret présidentiel en l’an 2000, à la reconnaissance, à l’officialisation de ces CS</b>. Et donc la nomination ensuite des MCCS. Mais le problème (de nomination) n’est pas encore résolu. Parce qu’il y a beaucoup de résistance surtout au niveau des administratifs’ (PNDCS #4)</i></p>
	Diminution de la volonté politique	<p><i>‘Ce n’était vraiment pas... les décideurs s'intéressaient à tout sauf à ça. Donc, la volonté, ce qu'on appelle la volonté politique, si vous voulez, de pousser à ça, entre 1995 et 2010, même après, <b>même aujourd'hui on ne peut pas dire qu'il y a vraiment une volonté politique de faire les choses</b>’ (PNDCS #3)</i></p>
Contexte organisationnel	Vision claire et commune	<p><i>‘Il y avait <b>une vision à l’échelle de toute la délégation, de la population dans son ensemble, de ses problèmes de santé, des problèmes sociaux, des problèmes culturels,</b></i></p>

		<i>donc il y avait une vision populationnelle, au-delà de la médecine de famille' (PNDCS #4)</i>
Changement fréquent des responsables du projet		<i>'Mais vu aussi l'instabilité politique qui règne, le fait qu'en deux ans... en 3 ans on avait trois directeurs de la DSSB. Les ministres qui changent aussi de manière régulière. Tout cet environnement-là ne favorise pas vraiment un appui efficace quoi, efficient' (PNDCS #15)</i> <i>'Le fait que les recommandations n'ont pas été suivies depuis les années 2000 : la révolution, changement politique, les priorités n'étaient pas les mêmes, il y a un problème de mémoire aussi au niveau du ministère de la santé en général, au niveau de toutes les directions, donc, les informations partent avec les personnes. Et, les nouveaux directeurs qui arrivent ne sont pas vraiment mis au courant de ce qui a été fait et donc définissent leurs priorités' ((PNDCS #2)</i>
Manque de leadership		<i>'Même si nous on offre notre expertise technique, nos partenaires ne sont pas ouverts à offre, nous ce qu'on avait noté c'est qu'il n'y a pas justement cette volonté de renforcer le système, de travailler sur les faiblesses qui ont été identifiées' (PNDCS #2)</i>
Manque de communication et de promotion du programme		<i>'Par la suite, avoir un programme national, ça a contribué à un petit peu isoler les C/S et disons le programme était vraiment connu par l'équipe de la DSSB, il n'était pas vraiment promu au-delà de la DSSB. Et, ça, ça a posé un problème par rapport à la promotion de différentes composantes du programme dont la plus importante, qui est l'approche communautaire. Et, ça a un petit peu mis le programme dans une situation un peu isolée par rapport au reste du système de santé, puisque ça a été défini comme étant un programme. Et, non pas comme une composante du système de santé' (PNDCS #2)</i>
Faible gestion opérationnelle		<i>'Parce que c'est vrai que c'est un projet là où les régions ont cru et ont investi dès le début. Ils ont choisi ça comme une stratégie efficace, ça a marché, ce n'était pas seulement avec moi, dans d'autres régions aussi. Mais, là où les gens n'étaient pas assez convaincus, surtout avec le niveau central qui s'est affaibli et marginalisé un peu son rôle d'encadreur pour les régions et pour les CS. Donc les choses n'ont pas marché et pourquoi il y a eu le projet de l'UNICEF. C'est l'Unicef qui a commencé en 94' (PNDCS #4)</i>
Absence de budget de fonctionnement		<i>'Le constat c'est que les recommandations de différentes évaluations n'ont jamais été suivies, donc effectivement on est restés... un des points aussi c'est qu'il n'y a jamais eu un budget national, c'est-à-dire c'est toujours l'Unicef</i>



spécifique au programme	<p><b>qui finançait</b>, ça aussi c'est un problème significatif' (PNDCS_#2)</p> <p>'C'est ça le problème, on a financé des formations qui sont lourdes, il n'y a jamais eu au niveau du financement un budget national pour prendre en charge au moins une partie' (PNDCS #2)</p>
Arrêt du soutien financier et technique	<p>'A part l'Unicef, ces dernières années il y a l'UE qui finançait, ils ont financé les formations au fait, sur la gestion des CS. C'est le programme PACSA (c'est ça ?). Je pense que c'est tout. Sinon, il y a aussi, il y avait mais ce n'est pas vraiment un appui au PNDCS proprement parlé, il y a eu aussi l'achat de matériel au niveau des CSB, etc. C'est l'UE qui l'a essentiellement financé ces deux dernières années' (PNDCS #8)</p>
Période de stagnation	<p>'Depuis deux ans, on travaille sur les recommandations de cette dernière évaluation. Mais, on a un petit peu de mal à avoir un plan d'action concret sur ça' (PNDCS #21)</p>
Formation insuffisante pour la gestion des CS	<p>'La formation est toujours nécessaire. Ceci dit, ils ont une formation de base qui est assez bonne. Ce qui leur manque c'est la formation santé publique' (PNDCS_#15)</p> <p>'Il y a un problème de formation des MD, parce qu'il y a eu la formation de la majorité des MD. Par la suite, il y a eu changement des MD. Des gens qui partent à la retraite, des gens qui partent dans d'autres CS, à l'extérieur de la région. Donc, il y a eu des gens qui sont renouvellements recrutés, qui viennent d'autres régions, qui ne sont pas bien formés. Donc, on se retrouve actuellement avec une majorité qui n'est pas formé pour ce programme' (PNDCS #24)</p>
Manque de personnel qualifié pour la planification des services de base	<p>'Il y a un <b>problème aussi de capacité et de compétences au niveau du ministère</b>, ça c'est clair, mais c'est plutôt en termes de volonté au niveau de la DSSB et à plus haut niveau le manque de volonté politique claire pour renforcer le système de CS' (PNDCS #5)</p>
Absence d'activités spécifiques liées au programme	<p>'Les CS c'est un découpage qui existait déjà, donc le programme c'était un programme national de développement des CS, <b>c'est vrai que ça n'aurait pas dû être un programme vertical</b>' (PNDCS #2)</p>
Faible capacité financière et autonomie de gestion	<p>'<b>Il n'y a pas de véritable autonomie de la CS</b> par exemple pour régler un certain nombre de problèmes. Un exemple très simple : vous avez par exemple une vitre cassée dans un centre. Si je fais appel au vitrier du coin, ça va me coûter 20 dinars. En tant que chef de CS, je ne peux pas faire appel au vitrier du coin. Il faut que j'attende. Je ne peux pas prendre cette décision. Il faut que j'attende 6</p>

		<i>mois parfois 1 an pour qu'en fait il y ait, que le regroupement en santé de base qui est à 15Km de là, décide d'acheter une vitre, de ramener un ouvrier qui va arranger la vitre. Donc, ce qu'ils dépensent, d'abord en perte de temps, et puis... c'est 10x plus cher que la vitre' (PNDCS #3)</i>
Caractéristiques individuelles	Faible engagement/Maîtrise de motivation	<i>'D'après les échos qu'on a du terrain, étant donné que ce programme-là n'est pas vraiment, n'est pas dynamique, n'est pas reconnu par le ministère, du coup, <b>le poste de médecin chef de CS n'est pas vraiment valorisé.</b> Le problème qu'on voit ces dernières années, c'est qu'il y a de moins en moins de médecins qui se présentent à ce poste' (PNDCS #2)</i>
	Non-valorisation des services de base et du rôle du médecin de famille	<i>'La place finalement du médecin chef de CS n'est plus très claire. Donc, <b>le système de développement des CS n'a pas vraiment suivi l'évolution du reste du système de santé.</b> C'est quelque chose qui est resté assez statique, qui n'est pas adapté. Du coup, tous les postes clés au niveau de la CS, c'est-à-dire MCCS, au niveau des surveillants des CS, n'ont pas vraiment évolués depuis l'évolution du système, n'ont pas été assez valorisés, et donc on a des CS qui sont créés sans MCCS par exemple aujourd'hui' (PNDCS #21)</i>  <i>'C'est le MD qui n'a pas assisté au concours de spécialisation, donc <b>c'est très marginalisé,</b> et malgré tous les arguments que nous avons apportés concernant particulièrement la capacité de répondre aux besoins de la population. Parce que c'est une médecine de proximité. C'est une médecine globale, c'est une médecine qui accompagne les gens surtout avec les choses épidémiologiques, les maladies chroniques, etc. ça apporte plus de qualité, moins de dépenses, plus de travail de proximité, etc.'</i> (PNDCS #5)
	Faible niveau des compétences au niveau local	<i>'Il n'y a pas eu de développement d'expertise, de <b>compétences en Tunisie pour mettre en place les approches communautaires.</b> Il n'y a jamais eu une réflexion approfondie sur l'approche communautaire. La place de l'approche communautaire dans les programmes de santé, c'est ce qui a fait aussi justement que cette approche n'a jamais été aussi développée en Tunisie' (PNDCS #2)</i>
Caractéristiques de l'intervention	Pertinence	<i>'Le problème fondamental c'est la différence entre les CS rurales et les CS urbaines. Si vous voulez, la CS ça va être une unité fonctionnelle, ce n'est une unité administrative. Dans les zones rurales, quand il y a un hôpital de CS et des CSSB qui sont autour, ça peut constituer une unité</i>

		<i>fonctionnelle... Dans les grandes villes comme Tunis ou Sousse et Sfax, le problème est tout à fait différent. Il y a des CSSB qui sont rattachés à des groupements de santé de base, quelle est l'unité fonctionnelle dans une grande ville. Et de fait, au moins <b>le découpage des CS qui a été fait dans les grandes villes paraît artificiel</b>' (PNDCS #4)</i>
	Manque de visibilité	<i>'Oui, bien sûr, ça aurait été disons plus durable d'avoir les CS comme stratégie de mise en place de services de 1ère ligne. Là, par exemple on parle lors du dialogue sociétal, <b>on s'est rendu compte que même le ministère n'était pas vraiment au courant de l'existence de ce système-là, le système des CS!</b> Parce qu'il y avait une équipe au niveau de la DSSB qui s'accaparait ce programme et ça n'a pas été vraiment promu en dehors de la DSSB'</i> (PNDCS #2)
	Adaptation à l'évolution du contexte	<i>'La pertinence est toujours là, c'est un programme pertinent pour le contexte tunisien mais <b>ça a été vraiment un problème d'adaptation par rapport à l'évolution du contexte et de promotion de la CS.</b> Ça a été vraiment ça le problème'</i> (PNDCS #8)
	Avantage relatif	<i>'Donc là, le programme national (PN) est toujours en place, l'Unicef a appuyé pour la dernière évaluation, et pour la mise en œuvre des recommandations. Ceci dit, <b>on n'a pas de produit (c'est-à-dire) jusqu'à maintenant par rapport à ça. On n'a pas de résultats vraiment concrets.</b> Et, pour la suite, ce n'est pas vraiment très clair'</i> (PNDCS #2)
	Crédibilité	<i>'Pour la réforme des soins de santé de base, il fallait passer par un programme pour garantir sa crédibilité, l'accessibilité financière, et même pour que les parties prenantes puissent se l'approprier'</i> (PNDCS #8)

### 9.5.3. Cas 3: Le projet de réforme de la gestion hospitalière (1991)

La réforme de la gestion au niveau des hôpitaux universitaires a mis l'accent sur le renouvellement de l'infrastructure, le changement des pratiques de gestion et les arrangements institutionnels. La majorité des composantes<sup>4</sup> de cette réforme ont été mis en œuvre tel que prévu (fidélité), à

---

<sup>4</sup> Les quatre composantes de la réforme de la gestion hospitalière: (i) la modification de la structure institutionnelle des hôpitaux universitaires, (ii) l'introduction du système informatisé de gestion de l'information hospitalière, (iii) la contribution aux études sectorielles, et (iv) l'infrastructure.

l'exception de la composante destinée à faciliter la réflexion sur les autres stratégies sectorielles. Le système de gestion informatisé (SGI) a été étendue à l'ensemble des 22 EPS du pays et la comptabilité analytique liés aux coûts par activité (introduite à travers ce système) continue à être utilisée dans les activités de routine au niveau des EPS. La réforme a amélioré l'efficacité interne des hôpitaux, par exemple en augmentant les activités de consultations externes et en réduisant la durée du séjour (succès). Cependant, le manque d'indicateurs de qualité et le déséquilibre dans le partage des charges financières (entre le gouvernement et la caisse d'assurance maladie) n'ont pas permis d'améliorer la qualité des services, de contenir les coûts et de combler les déficits budgétaires, ce qui était parmi les objectifs poursuivis.

Au niveau des déterminants structurels (**Tableau 15**), la réforme a été positivement influencée par la volonté politique et l'engagement du gouvernement en matière de bonne gouvernance et de redressement de la situation économique dans le secteur public au début des années 90. En 1991, le gouvernement a publié un décret en faveur de la création de l'entité 'EPS'. Le contexte juridique a été un déterminant majeur dans le processus de mise en œuvre (au niveau de la fidélité et de l'atteinte des résultats), de mise à l'échelle (en termes de couverture avec la création de 3 EPS en 1992, 8 en 1993, 5 en 1994 et 4 en 1995), et de pérennisation des activités de la réforme au niveau des dimensions de la mémoire (activités de la réforme connues et partagées) et des valeurs (alignement des objectifs de la réforme avec le contexte social).

**Tableau 15.** Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P du projet de réforme hospitalière

Niveau	Déterminants de succès: + Défis majeurs: -	MEO				MAE				Pérennisation				
		Ressources	Qualité	Réactivité	Fidélité	Succès	Ressources	Couverture	Utilisation	Impact	Mémoire	Adaptation	Valeurs	Règles
<b>Structurel</b>														
	Engagement politique			+++										
	Problèmes de gouvernance dans le secteur public													
	Contexte légal				+++	+++	+++			+++		+++		
	Bureaucratie		-											
<b>Organisationnel</b>														
<i>Niveau national: Organisations Promotrices (MSP, Bailleurs)</i>														
	Disponibilité des ressources	++			+++	+++	++	+++		++		+		
	Soutien technique		++		+++	+++		+++	+++	++				
									+					
<i>Niveau local: Organisations Utilisatrices (EPS)</i>														
	Faible capacité d'intégrer les activités du projet								---		--	---		
	Faible capacité financière										--			--
	Faible autonomie de gestion											-		--
<b>Individuel</b>														
<i>Niveau national: Promoteurs (Équipe d'appui)</i>														
	Forte motivation et Engagement				+++	+++								
<i>Niveau local: Utilisateurs (Gestionnaires + Équipes cliniques)</i>														
	Manque de collaboration			--							---		---	-
	Résistance au changement			--							---		---	-
<b>Intervention</b>														
	Pertinence	+++						+++						
	Complexité					--						---		---
	Compatibilité											---		---

Les déterminants organisationnels concernent principalement la disponibilité des ressources (soutien financier de la Banque mondiale) et le niveau de soutien et des compétences de l'équipe (notamment dans l'élaboration de manuels de procédures et l'introduction de la comptabilité analytique dans le secteur de la santé) au niveau national. Ces déterminants ont eu une influence positive sur la fidélité et les résultats de MEO, ainsi que sur le processus de MAE en termes de couverture et d'impact global (composante effective de la MAE) de la réforme dans le secteur de la santé tunisien.

Au niveau des déterminants individuels, bien que l'équipe d'appui ait démontré un niveau élevé d'engagement, de soutien et de motivation, la réforme a dû faire face à de nombreux défis pour être soutenue par d'autres parties prenantes (réactivité) impliquées surtout au niveau local (EPS). Le manque de collaboration entre les gestionnaires d'hôpitaux et les équipes cliniques a créé au début une résistance au changement des pratiques de gestion dans les hôpitaux universitaires. Par conséquent, cela a légèrement affecté la pérennisation au niveau local de la réforme.

En outre, la complexité et le niveau de compatibilité de la réforme au contexte local ont eu un impact négatif non négligeable sur l'adaptation des activités de comptabilité analytique dans le secteur hospitalier et sur le respect des règles et manuels de procédures. Quelques extraits d'entretiens sur le projet d'appui à la réforme hospitalière sont présentés dans le tableau 16.

**Tableau 16.** Extraits d’entretiens sur le projet de réforme hospitalière

Mega-codes	Sous-codes	Extraits de verbatim
Environnement structurel	Engagement politique	<p><i>‘C’était dans un <b>processus dynamique assez important</b> et qui était porteur à l’époque. On parlait, on passait du régime de Bourguiba au régime de Ben Ali. Et là, le ... ce passage-là s’appelait le changement. Et, donc le <b>climat politique était très porteur</b> et nous avec le ministre de l’époque, on voulait reconnaître la spécificité des hôpitaux qui étaient jusque-là et qui continuent pour certains d’entre eux actuellement à être gérés comme étant des appendices de l’administration. Donc spécialement connaître la spécificité du, de la gestion hospitalière’ (RH_#13)</i></p> <p><i>‘La RH a été faite dans les années 90, c’est un peu dans le contexte de l’ajustement structurel. <b>Plan d’ajustement structurel du pays</b> qui a été signé dans les années 86-87, bon avec la banque mondiale ; c’était un contexte de retrait de l’état de certains secteurs clés progressifs, et puis d’essayer de faire un peu appel aux ressources propres de l’hôpital public, la participation du privé, c’était un peu ça’ (RH #17)</i></p>
	Problèmes de gouvernance et de financement dans le secteur public	<p><i>‘C’était une <b>réforme plus du financement</b> que de l’amélioration de l’efficience’ (RH_#17)</i></p> <p><i>‘À cette époque-là aussi, on était en <b>difficulté financière importante au niveau macro-économique</b> et qu’une, un des aspects qu’il fallait développer c’était un peu plus donc d’autonomie d’hôpitaux par rapport à ces tutelles, et en particulier au niveau de ses procédures et processus de financement’ (RH #13)</i></p>
	Contexte légal	<p><i>‘Nous avons conçu aussi les <b>textes juridiques</b>, c’est la <b>loi d’organisation sanitaire, le décret de fonctionnement des EPS</b> et nous avons commencé à recenser les moyens’ (RH_#18)</i></p> <p><i>‘J’ai beaucoup participé à l’élaboration d’un <b>statut particulier des hôpitaux</b>, parce que nous avons deux catégories juridiques à savoir les entreprises publiques à caractère administratif (EPA), qui sont sous la comptabilité publique, c’est une comptabilité à partie simple, il n’y a pas de génération de résultats, et donc l’efficacité ne peut pas être recherché parce que le système comptable puisqu’il n’enregistre que les dépenses et les recettes. Elle n’enregistre pas l’inventaire, n’enregistre pas les</i></p>

		<p><i>immobilisations dont les amortissements et elle confond les dépenses et les charges. Donc, il fallait mettre en place une comptabilité de résultats. Mais en même temps, il faut préserver le caractère stratégique et publique du service de santé... Et de l'autre côté les entreprises publiques à caractère industrielle (EPIC), sont des entreprises commerçantes, et qui sont responsables et ce qui me gêne/nait dans ce statut, c'est qu'en cas de cessation de paiement, il y a possibilité de saisissabilité de biens. Donc pour éviter ça, nous avons créé cette catégorie d'établissement public de santé (EPS). C'est une EPIC sans la saisissabilité des biens' (RH #18)</i></p>
Contexte organisationnel		<p><i>'Nous avons <b>conçu les outils de gestion à savoir le manuel de procédure, le système d'information, le plan comptable hospitalier, le système d'audit interne, le tableau de bord, donc tout le système d'information, pour bien gérer l'hôpital, dans un souci bien sûr d'élaboration des coûts en temps utile, et avec une fiabilité, donc on a mis en place la comptabilité analytique, donc tout ça a été conçu dans le cadre du manuel de procédures' (RH #18)</b></i></p>
	Expertise technique	<p><i>'A l'époque, on a eu affaire à des belges, l'université catholique de Louvain en particulier. Euh, les suisses on n'en a pas eus. Toute la difficulté, c'était de trouver...on a eu bien sûr les gens de la banque, quelqu'un comme XXX qui était d'une pointure dans différents domaines, quelqu'un comme XXX qui est une grosse pointure à la banque, qui est venu pendant une période assez longue, pendant deux semaines trois semaines minimum mais là chacun faisait un aspect. Donc, c'était déjà assez pointu. On a eu affaire à toute l'équipe du CHU de Montréal par exemple en termes informatiques, parce qu'un des aspects d'aide qui devait y avoir c'était un système d'information et cela voulait dire aussi la création d'un centre informatique du MSP, donc tout ceci c'était fait avec nos amis de l'université de Montréal. Et plus précisément, du CHU de Montréal' (RH #13)</i></p>
	Capacité d'intégrer les activités du projet	<p><i>'Malheureusement, cette réforme a été entravée par plusieurs facteurs, j'osais dire, le premier c'est le changement du ministre, qui a généré tout cela. Par exemple, la <b>facturation n'est plus réelle. Les hôpitaux ont été plafonné.</b> Il y a des plafonds. Or, en comptabilité commerciale, on ne peut pas appliquer ce principe-là. Que vous produisiez 100 factures avec 100,000 dinars, ou que vous produisiez 150 factures avec 150,000 dinars ; vous serez payé à 100,000 dinars (exemple). Donc, <b>tout le</b></i></p>



		<p><i>système de comptabilité financier s'est effondré. L'autre (défi) c'est au niveau des <b>critères de nomination des DG</b>, on ne les appliquait plus. Les critères politiques essentiellement, le « clientélisme » commence à être l'élément fondamental dans la nomination des DG. L'autre chose, c'est <b>l'introduction de l'APC</b>. Puisque, on ne peut plus parler d'un système, disons du service public homogène. Il y a deux systèmes de santé, l'un privé à l'intérieur de l'hôpital et l'autre public qui était donc relégué au bon vouloir du médecin. En plus, <b>l'absence d'incitations</b>, faisait que les DG ne faisaient pas beaucoup d'efforts pour la mise en place du système' (RH #18)</i></p>
	Faible capacité financière	<p><i>'C'est des forfaits, mais il y a une baisse pour tous les hôpitaux, je ne sais pas pourquoi ! Mais, <b>ce n'est pas proportionnel aux taux</b>, c'est-à-dire à la productivité. Plus ou moins selon le nombre de lits, mais c'est insuffisant' (RH #17)</i></p> <p><i>'Mais, quand on discute dans les comités, il y a une volonté de faire le budget par objectifs, par productivité, mais jusqu'à présent ce n'est pas comme ça '(RH #18)</i></p> <p><i>'C'est beau d'avoir de l'assistance technique, mais si moi je ne prends pas sur moi mon projet, si ce n'est pas mon projet c'est fini. <b>De quelle pérennité vous allez parler, donc le projet va partir, le jour où il n'y aura pas d'argent, le jour où les consultants sont partis, il n'y a pas d'appropriation' (RH #13)</b></i></p>
	Faible autonomie de gestion	<p><i>'A mon avis, tout ce qui est plans directeurs ça a été bien travaillé. L'une des contraintes de ce projet c'est le <b>problème de renforcement de l'autonomie</b>, donc on a nommé des directeurs généraux, on leur a donné des voitures, des 407 je ne sais pas quoi... l'achat des voitures de luxe, et vous avez renforcé l'administration, mais les problématiques partie médicale n'ont pas vu quelque chose de...(RH #22)</i></p> <p><i>'Les DG ne font toujours pas des CA, ils 'assistent qu'à titre consultatif. Surtout qu'ils préparent tout mais en réalité, ce n'est pas eux qui décident'(RH #23)</i></p>
Caractéristiques individuelles	Manque de collaboration/ Résistance au changement	<p><i>'Il y a eu aussi, bon ils ont beaucoup renforcé l'administration, qui a été mal vécu par les hospitalo-universitaires. Parce que c'était un <b>changement de rapport de force</b>. Et puis il y a eu des directeurs...il y a eu <b>beaucoup de conflits au départ</b>. Parce que les directeurs des hôpitaux</i></p>

		<p>voulaient un peu comme une revenge de l'administration par rapport aux médecins' (RH_#17)</p> <p>'Là, il y a le <b>comité médical qui est consultatif</b>, et tout se passe dans le conseil d'administration où il y a le représentant du ministère, l'administration et <b>c'est le directeur général administratif qui est le vrai gestionnaire</b>. Donc, il y a eu un conflit pendant plusieurs années, parfois il y a même eu des gros éclats avec les directeurs qui n'étaient pas compétents, qui voulaient imposer leurs trucs' (RH #18)</p>
Caractéristiques de l'intervention	Pertinence	'C'était plus pour les finances. C'était une <b>pertinence financière</b> . Mais, ce n'était pas, parce que le ...c'est quand même...bon heureusement, parce que les hôpitaux ça reste un système public'(RH #17)
	Complexité	'Il y a eu aussi, lors de la réforme hospitalière, de l'argent injectée par la caisse de la sécurité sociale justement pour améliorer l'infrastructure, les équipements, il y a eu ça. Donc, c'était beaucoup d'équipements, ce n'était pas...ça a amélioré les choses, mais souvent la maintenance ne suffit pas' (RH #17)

#### 9.5.4. Cas 4: Le projet Optimize (2010)

Le projet Optimize était un projet pilote qui visait à garantir l'optimisation de la chaîne de distribution et d'approvisionnement des vaccins; une gestion efficace des stocks des vaccins à travers le système d'information de gestion logistique (SIGL); un contrôle rigoureux de la température de la chaîne du froid; et une chaîne d'approvisionnement énergétiquement indépendante. Seulement une composante (SIGL) sur trois<sup>5</sup> a été mise en œuvre tel que prévu et a pu produire les résultats attendus (qualité des données, meilleur contrôle des vaccins, bonne gestion des commandes et des stocks de vaccins, amélioration de la qualité de la vaccination, etc.).

---

<sup>5</sup> Les trois composantes du projet Optimize: (i) la chaîne d'approvisionnement, (ii) le système de gestion de stocks informatisé, (iii) les panneaux solaires et voitures électriques.

Cette composante a été MAE dans toutes les régions mais seulement jusqu'au niveau régional dans les DRSSB. Le SIGL est présentement utilisé dans les activités de vaccination de routine.

Au niveau des déterminants structurels, le projet a été amorcé après un long processus de négociation et de sélection. Cinq pays étaient ciblés par cette initiative à travers le monde, dont deux étaient situés en Afrique, incluant la Tunisie et le Sénégal. Malheureusement, le projet a été initié dans un climat social et politique très hostile (au moment de la révolution tunisienne de 2010), ce qui n'a pas facilité la fidélité de sa mise en œuvre et l'atteinte des résultats escomptés pour toutes les composantes (**Tableau 17**).

Au niveau des déterminants organisationnels, malgré le bon niveau d'expertise technique des différentes organisations impliquées (OMS, PATH, Fondation Bill Gates, etc.), les ressources consacrées au projet pour le processus de mise à l'échelle, en particulier pour la composante informatique étaient insuffisantes, ce qui n'a pas permis sa MAE jusqu'au niveau local (en termes de couverture et du niveau d'utilisation). De plus, cette initiative, bien qu'elle soit innovante, elle n'a pas été correctement communiquée et promue auprès des autres parties prenantes du secteur de la santé en Tunisie (en particulier au sein du ministère de la santé et de la pharmacie centrale), ce qui a entraîné un manque de collaboration et d'intégration du nouveau réseau de la chaîne d'approvisionnement (composante 1 de l'initiative).

**Tableau 17.** Déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P du projet Optimize

Niveau	Déterminants de succès: + Défis majeurs: -	MEO				MAE				Pérennisation				
		Ressources	Qualité	Réactivité	Fidélité	Succès	Ressources	Couverture	Utilisation	Impact	Mémoire	Adaptation	Valeurs	Règles
<b>Structurel</b>														
	Processus de négociation	+++		+++										
	Contexte social				---	---								
	Environnement politique				---	---								
	Bureaucratie								---					
	Infrastructure inadéquate					--			---					
<b>Organisationnel</b>														
<i>Niveau national: Organisations Promotrices (MSP, Bailleurs)</i>														
	Expertise technique	+++			+++	+++		+++		++				
	Accompagnement permanent			++		++					+++	++		
	Manque de collaborations				---	---	---		---					
	Manque de communication				---					---				
	Ressources insuffisantes	---						---	---	---	--			
<i>Niveau régional: Organisations Utilisatrices (DRSSB)</i>														
	Capacité d'intégrer les activités du projet										+++	+++		
	Ressources insuffisantes							---	---		---			
<b>Individuel</b>														
<i>Niveau national: Responsables (DSSB)</i>														
	Résistance au changement			--	---	---								
	Absence de collaboration				---	---								
<i>Niveau régional: Personnel et Responsables régionaux (DRSSB)</i>														
	Motivation et engagement	+++			++	++					++			
	Développement des capacités				++	+					+++	+++		+++
<b>Intervention</b>														
	Pertinence			+++										
	Visibilité					---				---				
	Complexité				---	---						---		
	Compatibilité				---	---						---		

Au niveau des déterminants individuels, le projet Optimize a permis de renforcer les capacités de ses bénéficiaires au niveau régional (personnel utilisateur responsable de la gestion des stocks) par le biais de sessions de formation, au niveau de la gestion et la surveillance du système d'information de gestion informatisé (logiciel VSSM). Malheureusement, la direction régionale des soins de santé de base (DRSSB) ne disposait pas de ressources suffisantes pour entretenir et mettre à jour le logiciel mis en place, pour continuer à former les nouveaux utilisateurs (développement des capacités) ou même pour payer les factures d'électricité et d'Internet pour maintenir la continuité de l'utilisation du VSSM. En 2016, le système VSSM continuait à bénéficier d'un soutien financier de la part de l'OMS pour la continuité des activités du projet.

Bien que cette initiative soit novatrice et pertinente pour la chaîne d'approvisionnement des vaccins, le projet Optimize semblait être un projet complexe et incompatible avec le contexte tunisien au niveau local (infrastructure insuffisante, période de restrictions économiques, etc.) surtout pour l'utilisation de véhicules électriques dans la distribution des vaccins, ce qui restait coûteux et exigeait un niveau élevé de maintenance. Nous présentons quelques extraits d'entretiens en lien avec le projet Optimize dans le tableau ci-après (**Tableau 18**).

**Tableau 18.** Extraits d'entretiens sur le projet Optimize

<b>Mega-codes</b>	<b>Sous-codes</b>	<b>Extraits de verbatim</b>
Environnement structurel	Processus de négociation	<i>'Au début, il pensait choisir un ou deux pays pour chaque continent, en fin de compte <b>après réflexion, après concertation avec les pays, de l'Afrique ils ont retenu la Tunisie et le Sénégal, de l'Europe ils ont retenu l'Albanie, de l'Asie ils ont retenu le Vietnam, et de l'Amérique du Sud, ils ont retenu le Chili je pense'</b> (Optimize_#1)</i>

		<i>'La Tunisie a été retenue parce qu'elle a un bon programme de vaccination, donc il est performant d'un point de vue couverture, mais d'un point de vue chaîne de froid, il y avait beaucoup disons d'anomalies, il y avait beaucoup de problèmes et les gens se sont demandés en Tunisie, de cette activité, disons étaient ravis de collaborer dans le cadre du projet Optimize' (Optimize #1)</i>
	Environnement politique/ Contexte social	<i>'On a fait beaucoup de réunions où en dehors <b>il y avait beaucoup de manifestations</b>, on a coupé une ou deux réunions parce qu'il y avait des problèmes de sécurité. Parfois, on était obligés de couper une mission parce qu'il y avait des <b>incidents insécuritaires</b>. Donc, on a avancé dans un <b>contexte très très instable. Dans un climat politique très difficile.</b>' (Optimize_#1)</i>  <i>'C'était pénible, c'était la 1<sup>ère</sup> fois et chaque fois, il y avait des autorisations qu'il faut avoir, et lorsqu'on a transporté les voitures à Kasserine, et lorsqu'on est arrivés à Kasserine le lendemain matin on avait une manifestation contre les voitures parce qu'ils ont dit : on va les brûler, parce que cette région elle souffre beaucoup de chômage, et les gens ont besoin du travail et au lieu de créer du travail vous achetez des voitures pour les responsables' (Optimize #9)</i>
	Bureaucratie	<i>'Ça nous a pris 6 mois pour faire les démarches administratives pour faire rentrer les voitures électriques en Tunisie' (Optimize #1)</i>
Contexte organisationnel	Expertise technique limitée au niveau local	<i>'En plus du problème de sécurité, bon disons <b>le problème de contrôle des fournisseurs. Donc, c'était vraiment un challenge</b>. Installer une chambre froide, et vérifier que les caractéristiques techniques du matériel, est conforme, et la réalisation est conforme, et donc des experts de l'OMS venaient pour superviser les travaux et vu les problèmes de sécurité, parfois les missions ont été annulées et ont travaillé par mail' (Optimize_#9)</i>  <i>'Pour la chambre froide, malgré que toute la surveillance, disons toutes les précautions, on a eu quelques problèmes au démarrage... c'était un souci parce que c'est une nouvelle technologie, qu'on <b>n'avait pas assez de compétences tunisiennes pour surveiller le bon déroulement de travail</b>' (Optimize #1)</i>
	Accompagnement permanent	<i>'Les leçons apprises du projet c'est que la vision des gens sur le terrain, surtout le côté périphérique. Parce qu'ils ont trouvé que le projet il répond à certains de leurs</i>

	<p><i>besoins. Ils trouvent à certains de leurs difficultés et que l'échange d'informations, le contact avec les responsables de projet était facile, était fluide et qu'on avait un résultat, donc il a une requête une difficulté, on répond rapidement à cette requête/difficulté. Donc il y a une interaction facile, et le résultat était palpable, disons après un certain moment. Donc peut-être l'avantage des points forts de ce projet, c'est que le contact était rapide, était très très serré, était très ré/actif' (Optimize #1)</i></p>
Changement fréquent des responsables	<p><i>'Donc le <b>changement du directeur de la DSSB</b> c'était au mois de Septembre, et voilà le nouveau directeur qui arrive...en débarquant, il a dit non, je ne suis pas confortable avec cette solution, vous allez désintégrer mon système que j'ai mis des années à mettre en place, je ne veux pas qu'on a un circuit à Sousse et on a un circuit dans les autres régions, un circuit classique' (Optimize #9)</i></p> <p><i>'Au cours de notre (disons) le projet, notre 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année, au cours de trois ans, on avait 4 ou 5 ministres. On avait 4 directeurs de la DSSB, notre vis-à-vis. Et, chaque fois il faut expliquer le projet, a dit stop ne continue pas. Les ministres n'ont pas beaucoup interféré, pour le responsable de programme de vaccination, on a eu deux responsables de programme de vaccination. Pour les régions, pour la région de Kasserine, on a eu 4 ou 5 directeurs régionaux, donc chaque fois il faut expliquer. A Sousse, on a eu deux ou trois directeurs régionaux' (Optimize #9)</i></p>
Manque de collaboration	<p><i>'C'est vrai qu'il y a un besoin, c'est vrai que la Tunisie était demandeur, mais lorsqu'on rentre dans les détails, les responsables de la vaccination, ils vous disent qu'on a une couverture de 95%, donc tout est parfait. Donc, à la fois, ils sont conscients qu'il y a des problèmes mais d'un autre côté, ils sont un peu réticents sur le <b>changement de pratiques</b>' (Optimize #1)</i></p>
Ressources insuffisantes (surtout pour la MAE)	<p><i>'On a constitué des équipes autonomes, mais pour la duplication, il faut acheter du matériel au niveau central, il faut faire des formations, donc il faut avoir des ressources' (Optimize #20)</i></p> <p><i>'Moi je disais quel l'apport de l'OMS dans la duplication, la mise à l'échelle de ce projet, il a dit c'est un projet, ce n'est pas un programme. C'est un projet, fin de financement et paf! ça, c'est l'une des faiblesses, c'est-à-dire que la Tunisie on a un fonds pour le projet,</i></p>

	<p><i>il fallait penser à un fonds pour la mise à l'échelle' (Optimize_#1)</i></p> <p><i>'C'est qu'on n'a pas fait assez d'efforts pour le plaidoyer. C'est vrai qu'on a fait quelques réunions pour préparer disons le plan de mise à l'échelle, quelles sont les activités qu'il faut faire pour la mise à l'échelle ? mais en contrepartie, on n'a pas fait, on n'a pas eu de fonds pour ces activités de mise à l'échelle, pour ces activités de plaidoyer et on n'a pas eu de fonds pour la mise à l'échelle' (Optimize #1)</i></p>
<p>Communication insuffisante/ Absence de plaidoyer</p>	<p><i>'Peut-être parce que nous, disons moi au pays, mais c'était plutôt l'équipe globale qui normalement <b>devait faire des plaidoyers au niveau régional, de chaque région de l'OMS, pour présenter des résultats, pour promouvoir le projet</b>, ça, je pense que ça n'a pas été fait suffisamment' (Optimize_#1)</i></p> <p><i>'Mieux faire pour le plaidoyer, je pense qu'avec le recul, on devait organiser plus de réunions pour plaidoyer pour le projet. Mais, malgré ça c'est vrai qu'au niveau du budget de la DSSB à la fin du projet, certaines actions, certaines actions ont été budgétisées, par exemple pour les réfrigérateurs on a mis 2 millions de dinars pour le changement de réfrigérateurs. Mais lorsque le projet est passé au ministère des finances, il n'est pas passé. <b>Ça a coupé parce que on n'a pas su bien plaidoyer'</b> (Optimize #1)</i></p>
<p>Résistance au changement</p>	<p><i>'En réalité, il a mis tous les obstacles pour empêcher cette démonstration, bon il a donné consignes aux gens de la vaccination (je pense), mais les gens de la vaccination au début ils étaient pour cette démonstration, mais en réalité, ils n'ont pas adhéré, ils n'ont pas .... <b>Disons même s'ils ont adhéré, ce n'était pas la réactivité nécessaire, l'exécution nécessaire, la rapidité nécessaire, il fallait rappeler, rappeler, téléphoner, pour que le maximum se déroule.</b> Ce n'est pas comme dans les régions, on décide et c'est automatique' (Optimize_#1)</i></p> <p><i>'C'est là qu'on a eu quelques difficultés à convaincre et c'est là que sur le terrain qu'on a montré vraiment qu'il y a des problèmes, qu'il y a des anomalies, ce qui fait qu'ils ont adhéré plus, donc <b>on voit l'adhésion au début du projet, ce n'est pas comme l'adhésion en fin de projet'</b> (Optimize #9)</i></p>



Caractéristiques individuelles	Absence de collaboration/ Partenariats	<p><i>'La faiblesse du projet. C'est qu'on est restés Optimize, l'équipe de projet Optimize : c'est-à-dire directeur de la DSSB, vaccination, PCT, une institution du Ministère c'est l'entretien, direction des hôpitaux (Ministère), c'est que par exemple...ça c'était l'équipe rapprochée de la vaccination. Bon, peut-être par manque d'expérience, avec le vécu, <b>normalement on devrait s'ouvrir plus</b>' (Optimize_9)</i></p> <p><i>'Il y a des choses. Surtout avoir plus de partenariats, le fait de s'ouvrir vers le Ministère, d'être à l'aise de travailler avec X, avec Y, donc ça vous met à l'aise et comme ça on peut pousser un peu pour essayer d'améliorer un peu ou d'atteindre certains résultats' (Optimize 9)</i></p>
	Motivation et engagement	<p><i>'On a profité de ce projet pour renouveler le matériel. Soit une partie sur le projet, surtout le plaidoyer avec le ministère et les directions régionales qui ont été sensibilisées et qui ont du coup changé les réfrigérateurs. <b>Donc, ce projet a entraîné une dynamique, et qu'on a surtout vu les gens du terrain qui étaient très enthousiastes et qui analysaient les informations et prenaient les décisions</b>' (Optimize_#1)</i></p> <p><i>'Avec toutes les démarches administratives, on a travaillé dans un contexte difficile. Bon, ce qui porté le projet, c'est nos missions des gens qui sont sur le terrain. Ce sont eux qui ont poussé le projet plus que le niveau central. Ce sont eux qui ont vraiment adopté le projet, qui l'ont poussé jusqu' à la fin' (Optimize_#9)</i></p> <p><i>'Donc, ce qui maintenait le projet, ce sont <b>les points focaux techniques</b>. Les points focaux techniques n'ont pas beaucoup changé. Ce qui a facilité disons <b>l'avancée du projet et le développement de projet</b>' (Optimize #1)</i></p>
	Développement des capacités	<p><i>'Par exemple, je sais que le chauffeur des voitures électriques, il était formé et c'était pour eux une fierté. <b>Lorsque c'était une nouvelle formation, des attestations et ces attestations ont permis d'enrichir des CV de pas mal beaucoup de gens</b>, même les chauffeurs, certains étaient des contrats actuels, avec ces attestations, avec ces formations, ça les a aidés à décrocher un poste fixe. Pour les infirmiers, les attestations, ils ont eu beaucoup d'attestations qui leur permettaient disons d'avancer dans leurs carrières' (Optimize #9)</i></p>

Caractéristiques de l'intervention	Pertinence	<p><b><i>'Le problème c'est que le vaccin n'arrive pas à destination dans de bonnes conditions. Donc, les vaccins parfois ils arrivent périmés, abîmés, et exposés à la chaleur, c'est pourquoi il a donné je pense 5 millions de dollars, pour le projet Optimize à l'échelle mondiale, pour réfléchir sur les innovations en matière de la chaîne du froid' (Optimize_#1)</i></b></p> <p><b><i>'C'était une adhésion totale, avec un enthousiasme, surtout des régions, surtout le terrain, le terrain il était très convaincu de la pertinence du projet et de l'intérêt que porte le projet. Parce que sur le terrain, ils ont vu des anomalies ; ils ont assisté à des formations pour corriger ces anomalies. Ils ont formé le personnel et ils ont vu les améliorations' (Optimize #9)</i></b></p>
	Visibilité	<p><b><i>'C'était un projet Genève, disons c'est parmi les failles, parmi les faiblesses : c'est qu'on n'était pas très attachés à la région... Donc malgré qu'on a assisté à une réunion régionale pour exposer les résultats, pour montrer ce qu'on était en train de faire, et malgré que les gens étaient impressionnés par le projet, oui il n'y a pas eu un travail à l'échelle régionale, évaluation des résultats au niveau régional' (Optimize_#1)</i></b></p> <p><b><i>'Le projet était imaginé au début en blocs, c'est-à-dire on a une idée donc, on va travailler sur la pharmacie centrale à Sousse, l'énergie solaire euh les voitures électriques à Kasserine, le système d'information pour toutes, la surveillance de T°, le tout.... Donc, c'est un projet qui est venu en blocs, mais l'avantage de ce projet c'est qu'il n'a pas été imposé et que les composantes ont été réfléchies avec les niveaux national et régional' (Optimize #20)</i></b></p>
	Complexité et Compatibilité avec le contexte	<p><b><i>'Donc, les voitures électriques ont une puissance électrique. Donc, il fallait avoir des documents pour montrer les puissances. On a fait les documents, le problème c'est que ces voitures si on ne les charge pas, la batterie elle est épuisée. Donc, on a dû avoir des autorisations pour rentrer dans le dépôt de la douane pour les charger périodiquement. Une fois qu'elles sont sorties, maintenant c'est la carte grise. Donc, il fallait avoir quelle puissance, combien de chevaux, on n'a pas l'habitude' (Optimize #20)</i></b></p>
	Avantage comparatif	<p><b><i>'Au début c'était difficile. Ils disaient la couverture est à 100%, on n'a pas d'épidémie, ceci montre que le vaccin arrive à tout le monde et qu'il arrive dans de bonnes conditions' (Optimize #1)</i></b></p>

**Tableau 19.** Synthèse des déterminants du succès et défis majeurs de MEO, MAE et P des initiatives innovantes

Niveaux	Déterminants du succès	MEO	MAE	Pérennisation
<b>Structurel</b>	Volonté et engagement politique	+++	+++	
	Contexte légal		+++	
	Contexte socio-économique	+		
<b>Organisationnel</b>	Disponibilité des ressources/Soutien financier	+++	+++	
	Expertise et soutien technique	+++	++	
	Gestion opérationnelle	++	++	
	Formations et supervisions	++		++
	Leadership	++	++	
	Partenariats et collaborations		+++	
<b>Individuel</b>	Engagement	++		+++
	Motivation	++		+++
	Confiance			+++
	Ouverture à la collaboration	+++		
<b>Intervention</b>	Simplicité	+++	+++	+++
	Compatibilité	+++	+	+++
	Visibilité		+++	
	Avantage relatif	++	+	
Niveaux	Défis majeurs	MEO	MAE	Pérennisation
<b>Structurel</b>	Diminution du soutien politique	-	---	
	Bureaucratie		---	
<b>Organisationnel</b>	Changement des responsables	---		
	Manque de communication	---	--	
	Manque d'implication de toutes les parties prenantes à tous les niveaux	---		---
	Faible niveau des compétences et mauvaise gestion de projet	---	-	
	Manque d'intégration des activités dans le budget de fonctionnement			---
<b>Individuel</b>	Faible engagement	--		--
	Manque d'intérêt ou absence de motivation	--		---
	Résistance et manque de collaboration	---		---
<b>Intervention</b>	Complexité	---	---	---
	Incompatibilité pratique et technique	---	--	---

## 9.6. Discussion

Nos résultats de recherche empirique démontrent que de nombreux facteurs ont eu une influence sur les processus de mise en œuvre, mise à l'échelle et pérennisation des quatre initiatives innovantes étudiées. Cette recherche a pu identifier plusieurs déterminants de succès et d'échec de nature différente (structurels, organisationnels, individuels et caractéristiques liées aux quatre initiatives innovantes) et agissant à différents niveaux (national, régional et local) du système de santé tunisien. Cette étude de cas multiples à des niveaux d'analyse imbriqués fournit un bon exemple et un aperçu global des facteurs communs ayant une incidence sur ces trois processus concomitants, mais qui sont souvent étudiés séparément. Notre discussion sur le cadre des déterminants portera sur deux points majeurs. Dans un premier temps, nous discuterons des différents déterminants identifiés et de leur influence sur les trois processus. Deuxièmement, nous soulignerons des problèmes spécifiques pour chaque processus étudié.

Dans notre étude, nous avons observé une variabilité des caractéristiques d'un cas à l'autre en fonction des conditions dans lesquelles les quatre initiatives innovantes étaient mises en œuvre, mises à l'échelle et maintenues dans le temps. Le premier cas (un modèle innovant de prestation de services mobiles pour la planification familiale) se caractérise par un engagement politique très fort et par la disponibilité des ressources dans ses débuts. Après avoir largement contribué à l'obtention de résultats en matière de santé de la reproduction et intégré certaines activités dans des centres de soins de base fixes, cette initiative innovante a évolué dans le temps et a choisi de se concentrer sur de nouvelles problématiques de santé publique pour survivre. Le deuxième cas (la réforme des soins de base à travers le programme de développement de districts de santé fonctionnels) est un cas très pertinent pour les besoins de la population, mais avec peu de volonté politique, peu de motivation des acteurs sur le terrain et peu de ressources dédiées à cette initiative.

Notre troisième cas (la réforme de la gestion des hôpitaux universitaires) représente une intervention complexe qui requiert beaucoup d'expertise et de ressources, mais qui manque de collaboration et d'objectifs opérationnels au niveau local. Enfin, notre quatrième cas est le type d'intervention technologique hautement pertinente, généralement conçue à l'extérieur et indépendante de la réalité du contexte de mise en œuvre. Ce type d'intervention est souvent testé sans ressources planifiées pour les processus de MAE et de P. La plupart des interventions dans les pays aux ressources limitées se retrouvent dans l'un des quatre cas que nous venons de décrire.

Globalement, nos résultats suggèrent que la mise en œuvre (au niveau des dimensions : ressources, qualité, réactivité, fidélité, succès) et la mise à l'échelle (au niveau des dimensions : ressources, accessibilité, utilisation, couverture et impact) sont fortement influencées ou principalement compromises par des déterminants structurels (en particulier par l'engagement politique et le contexte juridique) et des déterminants organisationnels (disponibilité des ressources, niveau d'expertise et de soutien technique, leadership, gestion opérationnelle et stratégique). Alors que les déterminants individuels (motivation, confiance, engagement, niveau des compétences, ouverture à la collaboration ou résistance au changement, etc.) et des caractéristiques liées aux interventions (simplicité, compatibilité, crédibilité et visibilité) semblent être davantage impliqués dans le processus de pérennisation (au niveau des dimensions : adaptation, valeurs et règles). De plus, dans la plupart des cas, plus le nombre de composantes étaient mises en œuvre tel que prévu (fidélité de la MEO), plus les résultats (succès de la MEO) et les effets à grande échelle (impact global) étaient observables. Et lorsque les initiatives innovantes n'étaient pas correctement mises en œuvre (qualité de la MEO), en exemple pour les cas 2 et 4, mais étendues malgré cela, il était difficile d'observer leur impact à plus grande échelle et la

continuité de leurs activités au niveau local avec le temps. La qualité de la MEO est un facteur intrinsèque du processus de MEO, et est un déterminant majeur pour observer les effets de la MEO.

La majorité des déterminants et défis majeurs rapportés dans notre étude ont déjà fait l'objet de plusieurs études sur les déterminants de mise en œuvre (Chaudoir et al., 2013; J. A. Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh et al., 2004), de pérennisation (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Johnson et al., 2004; Scheirer, 2016; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012) et de mise à l'échelle (Edwards, 2010; L. Gilson & Raphaely, 2008; Lucy Gilson & Schneider, 2010; Kara Hanson et al., 2003; Johns et al., 2005; Mangham & Hanson, 2010; Simmons & Shiffman, 2007; Yamey, 2011) des interventions en santé. Cependant, rares sont les études qui regardent les quatre catégories de déterminants identifiées dans notre étude en même temps. Contrairement à notre étude, très peu d'études ont examiné ou analysé de manière détaillée l'impact d'une variété de déterminants contextuels sur les différentes dimensions de mesure de la mise en œuvre (Chaudoir et al., 2013), de la mise à l'échelle (Simmons et al., 2007) et de la pérennisation (Fleischer et al., 2015).

Dans les études de la mise en œuvre, les déterminants organisationnels (climat, culture, etc.) et individuels (attitudes et compétences) sont les plus étudiés, alors que le niveau structurel (contexte social, politique, etc.) est le moins étudié (Chaudoir et al., 2013). Dans notre étude, les déterminants structurels semblent jouer un rôle majeur dans le processus de mise en œuvre des interventions en matière de santé, en particulier au niveau de la fidélité et de l'atteinte des résultats. Une méta-analyse qui a été effectuée en 2008 par Durlak et Dupré a montré que l'efficacité théorique (basée sur le modèle logique de l'intervention) des interventions est réduite de 50 % à

cause de multiples facteurs contextuels agissant sur la mise en œuvre (J. A. Durlak & DuPre, 2008). Dans le cadre de notre recherche empirique, il ne suffisait pas de savoir seulement si une intervention est efficace dans un environnement contrôlé (efficacité théorique : ‘efficacy’), mais il nous a fallu aussi comprendre pourquoi elle fonctionne, comment, pour qui et dans quels contextes réels (efficacité pratique : ‘effectiveness’).

Au niveau du processus de MAE, bien qu’une variété de déterminants de succès et défis majeurs soient déjà bien documentés dans la littérature (Edwards, 2010; L. Gilson & Raphaely, 2008; Lucy Gilson & Schneider, 2010; Kara Hanson et al., 2003; Johns et al., 2005; Mangham & Hanson, 2010; Simmons & Shiffman, 2007; Wyss, Moto, & Callewaert, 2003; Yamey, 2011), très peu d’études se sont réellement concentrées sur la mesure de leurs effets sur les différents aspects de mesure de la MAE empiriquement (Levine, 2004; Masanja et al., 2008; Simmons et al., 2007; Victora et al., 2004). Encore une fois, ceci est la conséquence de la difficulté à déterminer les dimensions appropriées pour mesurer le processus de MAE. Dans cette étude, le processus de MAE semble avoir été principalement influencé par le niveau de ressources disponibles pour la MAE et le contexte juridique dans l’extension de la couverture des composantes des quatre initiatives étudiées. Notre étude a pu identifier plusieurs autres déterminants agissant à différents niveaux dans le processus de MAE (engagement politique, l’expertise technique, leadership, gestion stratégique, collaborations, etc.). Ces déterminants ont déjà fait l’objet d’étude dans d’autres travaux (Lucy Gilson & Schneider, 2010; K. Hanson et al., 2010; Simmons & Shiffman, 2007; Yamey, 2011). Ces études ont pu démontrer que ces différents déterminants sont importants pour la couverture de l’intervention. Dans notre étude, nous avons pu également observer que ces déterminants influent légèrement sur d’autres composantes (comme l’accessibilité, l’utilisation, et

l'impact). Dans cette étude, l'impact dans le processus de la MAE semble non seulement dépendre de l'environnement externe, mais également de la fidélité et de l'efficacité antérieure (atteinte des résultats) obtenue lors du processus de mise en œuvre dans la phase initiale.

Au niveau du processus de pérennisation, de nombreuses études de recherche empirique abordent ce concept sous différents angles selon le domaine d'étude (promotion de la santé, organisations, communautés), ce qui rend difficile la mesure de l'impact de divers déterminants sur la mesure du processus (Gruen et al., 2008). Dans notre étude, nous avons analysé la pérennisation d'un point de vue organisationnel, défini sous la forme des caractéristiques des routines organisationnelles (en termes de mémoire, adaptation, valeurs et règles). L'objectif de notre recherche était d'examiner si les activités issues des quatre initiatives innovantes étaient complètement (partiellement ou non) intégrées dans les activités courantes des organisations réceptrices de ces interventions. Peu d'études ont encore déjà utilisé le même modèle que nous avons utilisé pour cette étude (modèle basé sur le cadre de Yin) pour évaluer le processus de pérennisation des interventions dans un contexte de ressources limitées (Mallé Samb et al., 2013; V. Ridde et al., 2006; Seppey, Ridde, Toure, & Coulibaly, 2017). Parmi ces études, une seule a pu associer une série de déterminants aux quatre dimensions de mesure de la pérennisation utilisées dans notre étude. Dans leurs observations, Seppey et collaborateurs (Seppey et al., 2017) ont identifié plusieurs déterminants similaires agissant à différents niveaux du contexte de MEO (système externe, environnement local, organisation, individus et intervention). Cependant, dans notre recherche, nous avons particulièrement découvert que les déterminants individuels sont davantage impliqués dans la pérennisation des initiatives innovantes dans des pays avec des ressources limitées, résultats non signalés dans les travaux de recherche de Seppey et coll. (2017). Les



déterminants individuels sont souvent sous-estimés ou insuffisamment documentés dans les études de la pérennisation des interventions (Racine, 2006; Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012). Pour certains auteurs, l'interaction de multiples facteurs à différents niveaux rend difficile l'établissement de l'importance relative des facteurs individuels (D. Buchanan et al., 2005; Gruen et al., 2008; Scheirer, 2016; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Nos données de recherche empirique suggèrent que les déterminants individuels devraient être davantage pris en compte dans la recherche afin de déterminer leurs effets sur la pérennité des interventions en matière de santé, en particulier dans les environnements où les ressources en santé sont limitées.

Cette recherche empirique nous a permis d'identifier différents déterminants contextuels et de voir que la MEO, la MAE et la P sont des processus ayant plusieurs facteurs en commun. Ceci nous a permis d'avancer l'hypothèse des possibilités de relations conceptuelles pouvant exister entre ces trois processus, ce qui nous a amené à proposer un cadre théorique pour l'analyse et la mesure de ces trois processus concomitants. Ce cadre est présenté dans le chapitre suivant.

## **Bibliographie**

- Atun, R., Health systems, systems thinking and intervention. *Health policy and planning*, 2012. 27(suppl 4): p. iv4-iv8.
- Simmons, R., P. Fajans, and L. Ghiron, Scaling up health service delivery: from pilot interventions to policies and programmes. 2007: World Health Organization.
- Akachi, Y. and R. Atun, Effect of investment in malaria control on child mortality in sub-Saharan Africa in 2002–2008. *PLoS One*, 2011. 6(6): p. e21309.
- Howitt, P., et al., Technologies for global health. *The Lancet*, 2012. 380(9840): p. 507-535.
- Levine, R., Millions saved: proven successes in global health. 2004: Peterson Institute.
- Victora, C.G., et al., Achieving universal coverage with health interventions. *The Lancet*, 2004. 364(9444): p. 1541-1548.
- Bradley, E., et al., Dissemination, diffusion, and scale up of family health interventions in low-income countries. Yale Global Health Leadership Institute, 2011.
- Hanson, K., et al., Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development*, 2003. 15(1): p. 1-14.
- Mangham, L.J. and K. Hanson, Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 2010. 25(2): p. 85-96.
- Braithwaite, J., et al., How to do better health reform: a snapshot of change and improvement initiatives in the health systems of 30 countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2016. 28(6): p. 843-846.
- Edwards, N. Scaling-up health interventions and interventions in public health: a brief review of the current state-of-the-science. in *Proceedings of the Inaugural Conference to Advance*

- the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs. 2010.
- Hanson, K., et al., Scaling up health policies and services in low-and middle-income settings. *BMC health services research*, 2010. 10(Suppl 1): p. 11.
- Travis, P., et al., Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *The Lancet*, 2004. 364(9437): p. 900-906.
- Mills, A., Health care systems in low-and middle-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2014. 370(6): p. 552-557.
- Gilson, L. and H. Schneider, Commentary: Managing scaling up: what are the key issues? *Health policy and planning*, 2010. 25(2): p. 97-98.
- Perry, L. and R. Malkin, Effectiveness of medical equipment donations to improve health systems: how much medical equipment is broken in the developing world? 2011, Springer.
- Dussault, G. and M.C. Franceschini, Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 2006. 4(1): p. 12.
- Chen, L., et al., Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, 2004. 364(9449): p. 1984-1990.
- Car, L.T., et al., Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission programs to improve uptake: a systematic review. *PLoS One*, 2012. 7(4): p. e35268.
- Atun, R., et al., A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health policy and planning*, 2009. 25(1): p. 1-14.

- Chaudoir, S.R., A.G. Dugan, and C.H. Barr, Measuring factors affecting implementation of health interventions: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and intervention level measures. *Implement Sci*, 2013. 8(1): p. 22.
- Durlak, J.A. and E.P. DuPre, Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 2008. 41(3-4): p. 327-350.
- Greenhalgh, T., et al., Diffusion of interventions in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 2004. 82: p. 581 - 629.
- Berwick, D., Disseminating interventions in health care. *JAMA*, 2003. 289: p. 1969 - 1975.
- Shediach-Rizkallah, M.C. and L.R. Bone, Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res*, 1998. 13(1): p. 87-108.
- Johnson, K., et al., Building capacity and sustainable prevention interventions: A sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*, 2004. 27(2): p. 135-149.
- Scheirer, M.A., Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 2005. 26(3): p. 320-347.
- ONFP, M. Bchir, and A. Azzouz, Les Equipes mobiles dans le programme national de planning familial Planification de la famille, Programme de planning familial, Unité mobile 1975.
- ONFP, La clinique mobile au service de la santé familiale. Planification de la famille, Santé de la reproduction, Unité mobile, 1996.
- ONFP, Evaluation des activités SR/PF et IEC : 1er septembre 2008 Donnée statistique, IEC, Adolescent, Unité mobile, Méthode contraceptive Santé de la reproduction 2008.

Bchir, A., et al., Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'évaluation. Direction des soins de santé de base, 2000.

Yazid, B., et al., Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'évaluation. Direction des soins de santé de base, 2004.

Sidhom, M., M. Chahed, and V. De Brouwere, Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. Rapport d'évaluation. Direction des soins de santé de base, 2013.

Achouri, H., Le projet d'appui à la réforme hospitalière objectifs, implémentation, résultats et enseignements: La réforme du système de santé. Tunisie médicale, 2001. 79(5): p. 270-277.

Achouri, H., Planification hospitalière: L'Expérience tunisienne. 2005.

Achouri, H., A. Methbal, and B. Sabri, Hospital autonomy. World Health-Geneve, 1997. 50(5): p. 14-15.

WHO and PATH, Optimize: Tunisia Report. Seattle: PATH, 2013.

PATH and WHO, Domestic Refrigerators for Vaccine Storage in Tunisia: Conclusion and Recommendations. Seattle: PATH, WHO, 2012.

UNDP, Human Development Report 2016. Human development for everyone. United Nations Development Programme, 2016.

WorldBank, Health Nutrition and Population Statistics. HNP Data Portal. Health SDGs, 2016.

WHO, Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.

El-Saharty, S., Tunisia health sector study. Human Development Group, Middle East and North Africa Region, the World Bank, Washington DC, 2006.

- Rogers Everett, M., Diffusion of interventions. New York, 1995.
- Osborne, S. and K. Brown, Managing Change and Intervention in Public Sector Organisations. London and New York: Routledge, 2005.
- Yin, R.K., Case study research design and methods third edition. Applied social research methods series, 2003. 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): p. 65-76.
- Simmons, R. and J. Shiffman, Scaling up health service interventions: a framework for action. Scaling up health service delivery, 2007: p. 1.
- Pluye, P., L. Potvin, and J.-L. Denis, Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Evaluation and Program planning, 2004. 27(2): p. 121-133.
- Olsen, I.T., Sustainability of health care: a framework for analysis. Health Policy and Planning, 1998. 13(3): p. 287-295.
- Paina, L. and D.H. Peters, Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. Health Policy and Planning, 2012. 27(5): p. 365-373.
- Stirman, S.W., et al., The sustainability of new programs and interventions: a review of the empirical literature and recommendations for future research. Implementation Science, 2012. 7(1): p. 17.
- Buchanan, D., et al., No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. International Journal of Management Reviews, 2005. 7(3): p. 189-205.
- Gruen, R.L., et al., Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. The Lancet, 2008. 372(9649): p. 1579-1589.

- Johns, B. and T.T. Torres, Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health policy and planning*, 2005. 20(1): p. 1-13.
- Gilson, L. and N. Raphaely, The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health policy and planning*, 2008. 23(5): p. 294-307.
- Yamey, G., Scaling up global health interventions: a proposed framework for success. *PLoS medicine*, 2011. 8(6): p. e1001049.
- Fleischer, A.R., et al., The sustainability of healthcare interventions: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 2015. 71(7): p. 1484-1498.
- Norton, W.E., An exploratory study to examine intentions to adopt an evidence-based HIV linkage-to-care intervention among state health department AIDS directors in the United States. *Implementation Science*, 2012. 7(1): p. 27.
- Klimes-Dougan, B., et al., Practitioner and site characteristics that relate to fidelity of implementation: The Early Risers prevention program in a going-to-scale intervention trial. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2009. 40(5): p. 467.
- Bopp, M., R.P. Saunders, and D. Lattimore, The tug-of-war: fidelity versus adaptation throughout the health promotion program life cycle. *The journal of primary prevention*, 2013. 34(3): p. 193-207.
- Wang, B., et al., Factors influencing implementation dose and fidelity thereof and related student outcomes of an evidence-based national HIV prevention program. *Implementation Science*, 2015. 10(1): p. 44.
- Wyss, K., D.D. Moto, and B. Callewaert, Constraints to scaling-up health related interventions: the case of Chad, Central Africa. *Journal of International Development*, 2003. 15(1): p. 87.

- Masanja, H., et al., Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *The Lancet*, 2008. 371(9620): p. 1276-1283.
- Uvin, P., Fighting hunger at the grassroots: Paths to scaling up. *World Development*, 1995. 23(6): p. 927-939.
- Medlin, C.A., et al., Improving the health of populations: lessons of experience. *Disease control priorities in developing countries*, 2006. 2.
- Subramanian, S., et al., Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC health services research*, 2011. 11(1): p. 336.
- Ridde, V., P. Pluye, and L. Queuille, Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2006. 54(5): p. 421-431.
- Seppey, M., et al., Donor-funded project's sustainability assessment: a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and health*, 2017. 13(1): p. 86.
- Mallé Samb, O., V. Ridde, and L. Queuille, Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso? *Revue Tiers Monde*, 2013. 215(3): p. 73-91.
- Racine, D.P., Reliable effectiveness: a theory on sustaining and replicating worthwhile interventions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2006. 33(3): p. 356-387.



## **Chapitre 10 – Élaboration d'un cadre théorique pour l'analyse et la mesure des processus de MEO, MAE et P**

### **Résumé**

Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les interventions en santé ont tendance à être efficaces au niveau local mais ne peuvent pas être étendues et très peu d'entre elles le sont de manière durable. Plusieurs études ont montré des différences dans la conceptualisation et l'opérationnalisation de la mise en œuvre, de la pérennisation et de la mise à l'échelle des interventions en santé. Cela pose un problème majeur dans leur mesure et leur évaluation. De plus, à ce jour il n'existe pas de cadre théorique pour orienter la recherche sur ce sujet. Nous cherchons à répondre à ce besoin en proposant différentes typologies des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation. En se basant sur la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons, nous proposons trois types de mesure pour les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation: (i) structurelle; (ii) processuelle; et (iii) effective. Ce chapitre souligne l'importance de la spécification des types de mesure dans l'évaluation des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation des interventions à différents niveaux.

**Mots-clés:** Mise en œuvre, mise à l'échelle, pérennisation, interventions en santé, types de mesure.

## **10.1. Introduction**

Dans le domaine de la santé, les programmes publics sont souvent le produit de la mise à l'échelle des interventions testées avec succès localement (Simmons et al., 2007). Dans beaucoup de pays, des efforts importants sont investis dans la mise en œuvre des initiatives innovantes, qui connaissent beaucoup de succès au niveau local mais qui subséquemment n'arrivent pas à être étendues, et déclinent avec le temps (Damschroder et al., 2009; D. Fixsen, Blase, Metz, & Van Dyke, 2013). Par conséquent, des initiatives locales font face à deux problèmes majeurs: leur devenir dans le temps (Pérennisation) et leur devenir dans l'espace (Mise à l'échelle) (Mangham & Hanson, 2010). Cette situation est beaucoup plus marquée dans le cas des initiatives soutenues et financées par des institutions internationales, en particulier dans des pays avec des ressources limitées (Sachs, 2008). Toutefois, plusieurs interventions sont prometteuses et ont déjà prouvé leur efficacité et ont eu des impacts positifs sur les populations locales (Simmons et al., 2007). Développer des interventions efficaces au niveau local est la première étape vers l'amélioration de la santé et du bien-être des populations.

La mise en œuvre à petite échelle est une étape importante dans le processus de la diffusion des interventions. Elle permet de documenter la faisabilité et l'efficacité des interventions, et d'identifier les conditions de succès dans le processus de passage à l'échelle et le maintien des effets obtenus à long terme. Un des grands défis actuels dans le domaine de la mise en œuvre est de mesurer les phénomènes liés au processus de mise en œuvre des interventions au niveau local (Chaudoir et al., 2013). D'une part, seulement une petite fraction d'interventions planifiées sont concrètement mises en œuvre, et de nombreux efforts pour mettre en œuvre ces interventions et produire des effets attendus peuvent prendre de nombreuses années (Chaudoir et al., 2013; Haines

et al., 2004). D'autre part, il arrive parfois que certaines interventions soient mises à plus grande échelle, sans qu'elles aient produit des résultats escomptés à petite échelle (Chopra & Ford, 2005).

Concernant la mise à l'échelle, comme nous l'avons déjà mentionné, il s'agit d'un concept relativement récent qui a seulement connu beaucoup d'attention dans la littérature depuis quelques années (Mangham & Hanson, 2010; Subramanian et al., 2011). Un des défis majeurs dans le domaine de la mise à échelle est de mesurer son succès (Simmons et al., 2007). Ceci est la conséquence de l'hétérogénéité des théories et cadres conceptuels existants dans ce domaine (Subramanian et al., 2011). Ceci peut également être expliquée par le fait que plusieurs cadres proposés dans la littérature sont principalement des cadres d'analyse des déterminants qui documentent les facteurs de succès ou les défis de MAE (Kara Hanson et al., 2003; Yamey, 2011). Le manque de consensus sur la définition unique de ce concept et de sa portée est également un enjeu majeur. En effet, il existe plusieurs différentes façons de mettre à l'échelle une intervention (Willis et al., 2016). Pour la majorité des études sur le sujet, la mise à l'échelle est un processus qui vise en premier lieu l'extension de la couverture d'une intervention, ce qui peut être simplement définie comme la proportion de la population cible recevant un ensemble défini de programmes et de services de l'intervention testée avec succès ailleurs (Blanchard et al., 2008; Chopra & Ford, 2005; Ferradini et al., 2006; K. Hanson et al., 2010; Mansour et al., 2010; Simmons & Shiffman, 2007; Subramanian et al., 2011; Uvin, 1995).

Cependant, le niveau de la mise à l'échelle, indépendamment de la façon dont il est mesuré, ne garantit pas nécessairement la pérennité de cette intervention, définie comme la continuité des ressources et services offerts par une intervention et la continuité de ses effets après l'arrêt

d'éventuels soutiens exogènes (P. Pluye et al., 2004; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Une intervention peut être efficacement mise en œuvre au niveau local et mise à l'échelle, sans être pérennisée. La pérennité d'une intervention n'est pas forcément réductible à l'efficacité de sa démonstration à petite échelle (Mallé Samb et al., 2013; Everett M Rogers, 2003).

Il est clair que la pérennisation est une étape critique à prendre en compte au stade de la mise en œuvre des interventions en santé (Pierre Pluye et al., 2005). Toutefois, très peu d'études considèrent la pérennisation dans le processus de mise à l'échelle, ou encore sur d'autres points d'intersection avec les travaux d'études sur la mise en œuvre (Chambers et al., 2013; E. Proctor et al., 2015). La plupart du temps, les questions liées à la pérennisation ne sont pas prises en compte dans les premières étapes de la mise en œuvre, même si plusieurs études recommandent de commencer les actions de pérennisation dès que les interventions sont mises en œuvre (Pierre Pluye et al., 2005). Bien que ces trois processus soient conçus différemment, de nombreux facteurs influant sur la mise en œuvre sont similaires à ceux qui influent sur la pérennisation et la mise à l'échelle (Pierre Pluye et al., 2005; S. W. Stirman, Miller, Toder, & Calloway, 2013). Cependant, les études sur la mise en œuvre donnent peu d'informations sur les actions nécessaires pour une mise à l'échelle efficace ou une pérennisation réussie (Subramanian et al., 2011). En réalité, peu d'interventions testées avec succès sont mises à l'échelle et très peu sont mises à l'échelle de façon pérenne (D. Fixsen et al., 2013).

Avec toutes ces limitations, le présent chapitre avance les concepts de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation : 'structurelle', 'processuelle' et 'effective' (efficace). Les différentes

typologies de mesure proposées vont ainsi permettre de mieux appréhender l'analyse et la mesure de ces trois processus concomitants.

## **10.2. Cadre théorique**

Le cadre théorique sur lequel nous nous appuyons pour analyser et mesurer les processus de mise en œuvre, mise à l'échelle et pérennisation repose sur les différentes composantes (**Figure 15**) de la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons (Parsons et al., 1965). Nous concevons la MEO, la MAE et la P comme des systèmes organisés d'action sociale. Un système d'action organisé est un "espace social structuré, dans un contexte particulier et à un moment donné, dans lequel les acteurs mobilisent des ressources, dirigées vers un objectif commun, pour produire des biens et des services" (Parsons et al., 1965). Tout système d'action répond à trois conditions majeures en termes de : structure, processus et fonctions (Weber, 1978).

### **10.2.1. Structure**

La structure d'un système organisé d'action renferme les éléments qui déterminent l'ordre dans le système d'action sociale (SAS) et qui dirigent les actions entre les différents acteurs sociaux. En d'autres termes, la structure donne le sens à l'action sociale dans un système organisé d'action. On retrouve dans la composante structurelle différents éléments constituant: (i) la structure physique (ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles); (ii) la structure organisationnelle (lois, règlements et règles définissant la répartition des ressources); et (iii) la structure symbolique (croyances, valeurs, représentations qui permettent aux acteurs de communiquer et de trouver un sens à leurs actions) (Contandriopoulos, 1996; Parsons et al., 1965).

### **10.2.2. Processus**

Les processus pour un système d'action sociale font référence à un ensemble cohérent d'activités liées entre elles par des flux matériels et informationnels, se déroulant dans un espace et temps

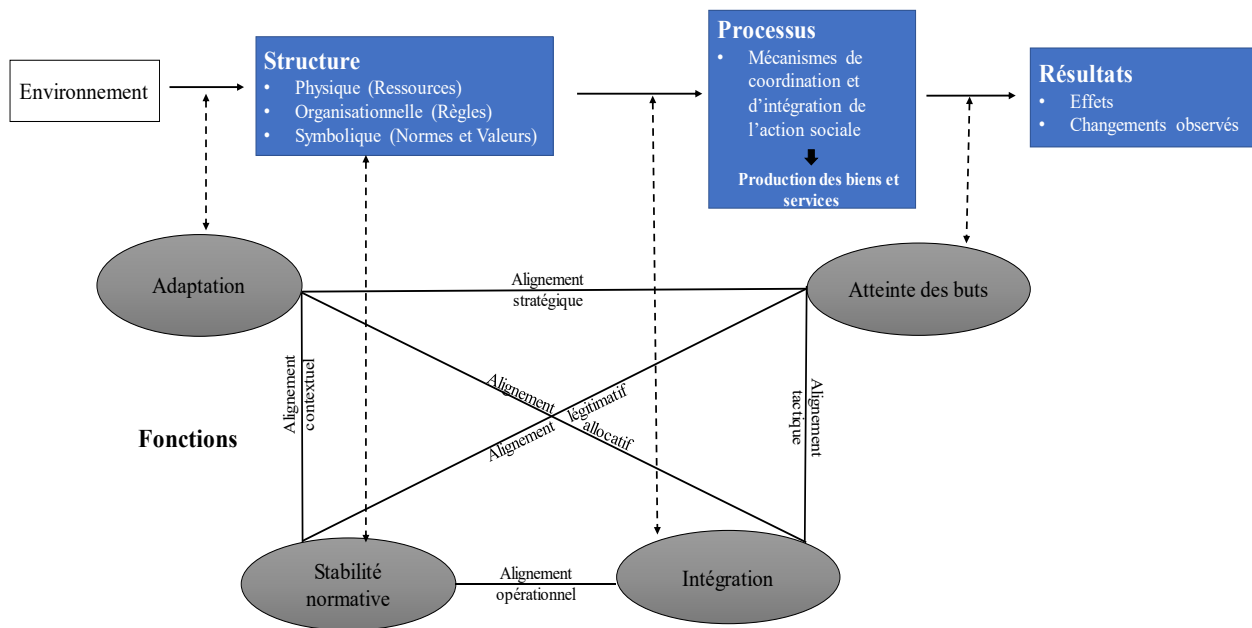
donnés, produisant des biens ou des services à partir de ressources de la composante structurelle et répondant à un objectif commun qui mène à un résultat (Claveranne & Pascal, 2004).

### **10.2.3. Fonctions**

La théorie de l'action sociale de Parsons stipule que le fonctionnement de tout système d'action sociale repose sur l'exercice de quatre fonctions : (i) la fonction d'adaptation à l'environnement; (ii) la fonction d'atteinte des buts; (iii) la fonction d'intégration; et (iv) la fonction de stabilité normative (Rocher, 1969; Rocher, 1972; Alexander, 1983; Sicotte et al. 1998). La fonction d'adaptation à l'environnement permet au SAS d'interagir avec son environnement et d'y puiser des ressources qui lui sont nécessaires pour produire des biens et services pour son fonctionnement. C'est cette même fonction qui permet au SAS de s'ajuster aux changements de son environnement et de le modifier. La fonction d'intégration est une fonction qui permet la cohésion et l'organisation des différents éléments de l'action sociale. La fonction d'intégration va permettre au SAS de produire des biens et services à travers différents mécanismes de coordination et d'intégration des composantes structurelles du SAS. La fonction rationnelle ou encore la fonction d'atteinte des buts fait le lien entre les différents éléments de la composante structurelle et des processus pour permettre l'atteinte d'un objectif (résultat) commun. Dans un SAS, l'atteinte des objectifs poursuivis ou des résultats fait référence à l'atteinte "des effets ou des changements dans la trajectoire prévisible d'évolution d'un ou plusieurs phénomènes, agissant sur un certain nombre de leurs déterminants dans le temps, afin de corriger une situation problématique" (Contandriopoulos, 1996). La dernière fonction qui est la fonction de stabilité normative est une fonction qui donne la signification et la direction à l'action sociale. Cette fonction renferme les normes et valeurs guidant toute action sociale dans un SAS. Ces quatre fonctions interagissent entre elles à travers six systèmes d'alignement qui sont : (i) l'alignement contextuel faisant le lien entre les fonctions

d'adaptation à l'environnement et de stabilité normative; (ii) l'alignement allocatif faisant le lien entre les fonctions d'adaptation à l'environnement et d'intégration; (iii) l'alignement stratégique qui met en relation les fonctions d'adaptation à l'environnement et d'atteinte des buts; (iv) l'alignement opérationnel qui met en relation les fonctions d'intégration et de stabilité normative; (v) l'alignement tactique établissant un lien entre les fonctions d'intégration et d'atteinte des buts; et (vi) l'alignement légitimatif faisant le lien entre les fonctions d'atteinte des buts et de stabilité normative.

**Figure 15.** Illustration des différentes composantes de la théorie de l'action sociale



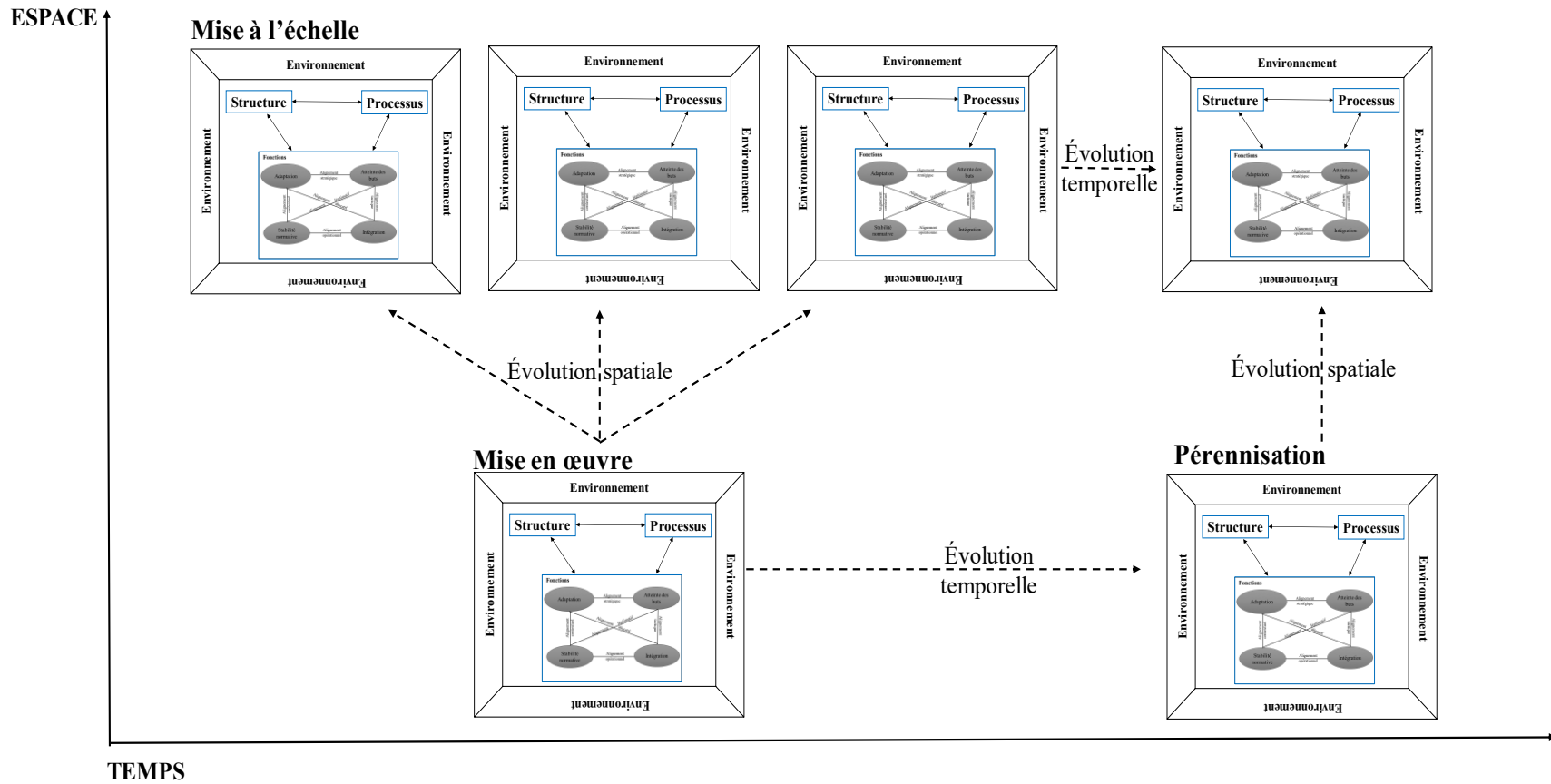
### **10.3. Résultats**

#### **10.3.1. Élaboration d'un cadre théorique pour l'analyse des processus MEO, MAE et P**

Des initiatives innovantes sont considérées comme des interventions qui visent les transformations dans les systèmes de santé et au niveau de leurs populations cibles. Avec cette conception, les processus de MEO, MAE et P sont des systèmes organisés d'action sociale ayant chacun ses propres structures (ressources, règles, normes et valeurs) permettant d'intégrer les activités des initiatives innovantes visées à travers différents mécanismes pour produire des biens et services menant à l'atteinte des objectifs poursuivis par ces initiatives. Les processus de MEO, MAE et P sont ainsi des systèmes organisés d'action visant, dans un environnement donné, et durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique (F. Champagne, A. Brousselle, Z. Hartz, A. Contandriopoulos, & J. Denis, 2009). Les processus de MEO, MAE et P constituent donc des systèmes d'action sociale ayant des buts spécifiques et dont les différents acteurs adoptent ces buts en défendant les valeurs et les normes qui les entourent. En se basant sur leurs différentes configurations, ces trois processus sont des processus dynamiques, non-linéaires, situés à différents niveaux systémiques et interagissant avec différents déterminants contextuels de leur environnement. Dans le cadre de cette thèse, nous concevons ainsi le système d'action sociale du processus de MAE comme une évolution du système d'action sociale du processus de MEO dans l'espace, et le système d'action sociale du processus de pérennisation comme étant l'évolution du système d'action sociale de MEO dans le temps (**Figure 16**).



Figure 16. Cadre théorique pour l'analyse des processus de MEO, MAE et P

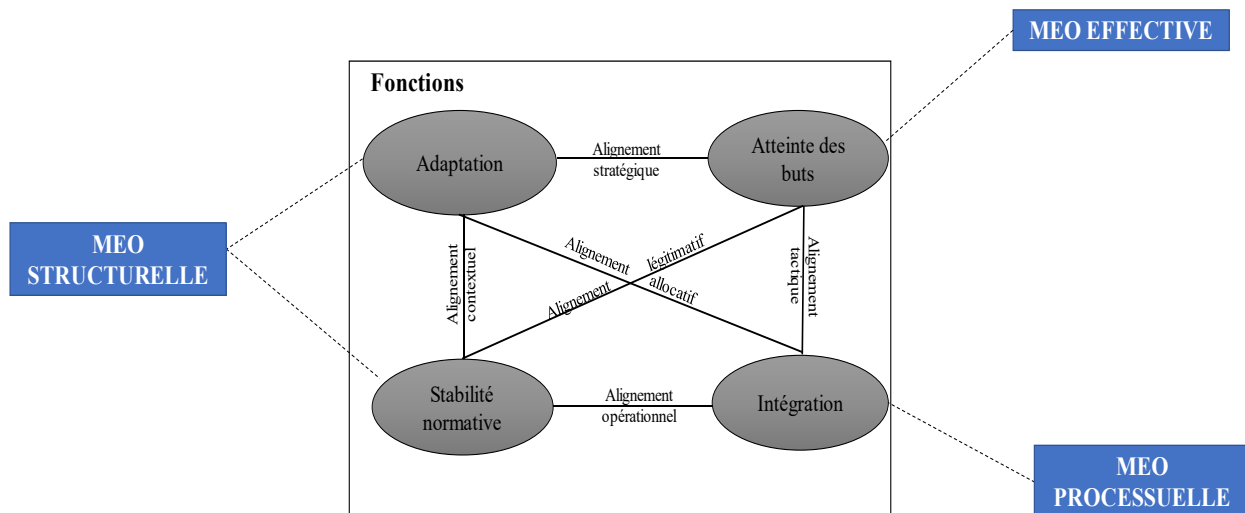


## 10.3.2. Élaboration d'un cadre théorique pour la mesure des processus MEO, MAE et P

### 10.3.2.1. Types de mesure de la mise en œuvre

Comme nous l'avons déjà mentionné, la MEO est comprise comme un ou plusieurs processus organisés dans un contexte particulier afin de participer aux changements souhaités par une intervention au regard des moyens déployés (D. L. Fixsen et al., 2009; B. A. Rabin et al., 2008; E. M. Rogers, 2002; Simpson, 2002). Par conséquent, le processus de mise en œuvre nécessite des structures et des processus spécifiques qui aboutissent à l'atteinte des objectifs poursuivis par l'intervention mise en œuvre. Une intervention peut être mise en œuvre au niveau des structures (mise en œuvre structurelle), des processus (mise en œuvre processuelle) ou des résultats (mise en œuvre effective) (Figure 17).

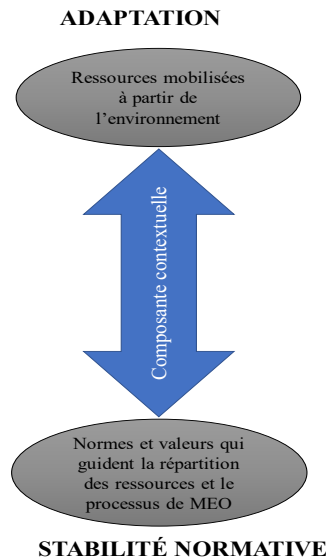
Figure 17. Types de mesure de la mise en œuvre



### **Mise en œuvre structurelle**

En considérant la MEO comme un système d'action sociale, disposant de plusieurs attributs fonctionnels (adaptation à l'environnement, intégration, atteinte des buts et stabilité normative); une MEO structurelle fait appel aux fonctions d'adaptation à l'environnement et de stabilité normative (**Figure 18**). Ces deux fonctions lui permettent d'obtenir et de répartir des ressources (humaines, matérielles, financières, informationnelles, etc.) à partir de son environnement pour pouvoir mettre en pratique les activités planifiées de l'intervention visée et produire des biens et services; mais également d'avoir une certaine stabilité normative pour donner un sens à l'action de mise en œuvre. La fonction d'adaptation permet d'établir le lien entre la condition de structure du système d'action sociale de mise en œuvre (moyens et ressources) et son environnement (contextes physique, juridique, symbolique, historique, politique, économique, social, etc.) dans lequel il agit. Les éléments d'adaptation à l'environnement sont des éléments d'acquisition et d'échange de ressources avec l'environnement et autres éléments permettant ainsi la MEO de l'intervention visée. Une mise en œuvre structurelle réussie permettrait donc de rendre ces ressources disponibles et de les adapter pour pouvoir les investir de manière appropriée conformément aux structures organisationnelles et symboliques de l'intervention visée (Pierre Pluye et al., 2005; Roberts-Gray & Scheirer, 1988; Scheirer, 1981, 2016).

**Figure 18.** Composantes de la MEO structurelle



- **Composante contextuelle de la MEO structurelle**

La composante contextuelle de la MEO structurelle met en relation le processus de MEO avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et les différents éléments de la fonction de la stabilité normative. Cette composante permet, entre autres, un équilibre entre les différents éléments structurels du processus de MEO pour permettre la mise en pratique de l'intervention visée. Dans le cadre de la MEO structurelle, l'environnement fait ainsi référence aux différentes conditions (déterminants contextuels) spécifiques dans lesquelles le processus de mise en œuvre est exécuté (Chaudoir et al., 2013). Plus précisément, la composante contextuelle de la MEO structurelle peut être mesurée selon l'équilibre et la dynamique existant entre les différents éléments des fonctions d'adaptation à l'environnement (ressources, moyens) et de stabilité normative (normes et valeurs guidant le processus de MEO et la répartition de ces ressources).

**Mise en œuvre processuelle**

Une mise en œuvre processuelle fait appel à la fonction d'intégration des activités ou encore connue sous le nom de fonction de production. Cette fonction permet d'organiser, de coordonner

et d'intégrer les composantes structurelles du système d'action sociale de MEO pour pouvoir produire des biens et services (issus des activités de l'intervention), qui vont par la suite conduire à l'atteinte d'un objectif commun. L'analyse de la fonction de production permet d'étudier les relations entre les ressources (moyens) mobilisées de la composante structurelle d'une part, et la quantité (productivité) et la qualité des services produits (à partir des activités) par l'intervention d'autre part (François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, et al., 2009). La théorie de l'action sociale permet d'identifier des éléments organisationnels qui ont une influence sur le processus de production de MEO. Selon le modèle de Parsons, ces influences peuvent se manifester sous la forme de deux systèmes d'alignements : alignement allocatif et l'alignement opérationnel.

#### - **Composante allocative de la mise en œuvre processuelle**

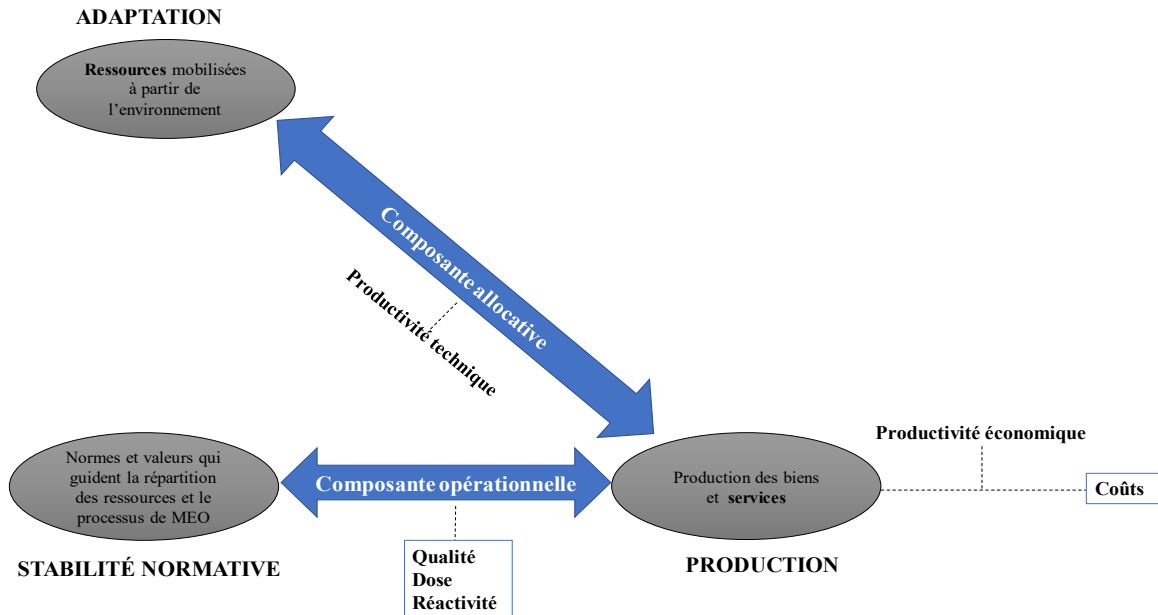
La composante allocative de la MEO processuelle met en relation le processus de MEO avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et des éléments de la fonction de production (**Figure 19**). Cette composante s'intéresse entre autres aux relations entre les ressources mobilisées (à partir de l'environnement) et la quantité (ou le volume) et le coût des services produits à partir de ces ressources (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2011). Cette composante permet ainsi de porter un jugement sur l'adéquation entre les ressources disponibles pour mettre en œuvre une intervention et la quantité des services produits par cette intervention. Plus précisément, la composante allocative de la MEO processuelle peut être mesurée en termes de productivité. D'une part, en fonction de la productivité technique (lien entre les ressources mobilisées et les services produits), et de la productivité économique (lien entre les services produits et les coûts engendrés par le processus de production de ces services). Comme nous l'avons mentionné dans la section

sur les aspects de mesure de la MEO, les coûts concernent les dépenses liées à la MEO d'une intervention ainsi que le temps investi dans cette intervention (E. Proctor et al., 2011). Les coûts représentent entre autres les conséquences financières du processus de production de la MEO d'une intervention, et établissent un lien entre les services rendus et les effets observés (Brousselle et al., 2011).

**- Composante opérationnelle de la mise en œuvre processuelle**

La composante opérationnelle de la MEO processuelle met en relation le processus de MEO avec les fonctions de stabilité normative et des éléments de la fonction de production. Cette composante s'intéresse plus particulièrement aux déterminants de la qualité des processus (mécanismes) de MEO. Elle permet ainsi de mettre en relation les modalités d'organisation (stabilité normative) des ressources mobilisées (à partir de l'environnement) pour mettre en pratique une intervention, et la qualité des biens et services produits à partir de l'organisation de ces ressources. La composante opérationnelle de la MEO processuelle permet ainsi de porter un jugement sur les mécanismes par lesquels les éléments de la fonction de stabilité normative (normes, croyances) et des valeurs de l'environnement (enthousiasme, motivation, satisfaction, niveau d'implication, etc.) influencent la fonction de production des biens et services. Plus précisément la composante opérationnelle de la MEO processuelle peut être mesurée à travers : (i) la dose ou la réponse des participants (le degré de participation ou d'enthousiasme des participants par rapport l'intervention); (ii) la réactivité (le niveau d'engagement, de participation et de satisfaction de toutes les parties prenantes); (iii) et la qualité de la mise en œuvre (liée à l'enthousiasme et attitudes du responsable de MEO envers l'intervention).

**Figure 19.** Composantes de la MEO processuelle



### Mise en œuvre effective

Dans le cadre de cette étude, la MEO effective fait appel à la fonction d'atteinte des buts. La fonction d'atteinte des buts permet d'apprécier les résultats obtenus en fonction des résultats escomptés (objectifs poursuivis). Cette fonction permet donc de préciser les objectifs poursuivis par l'intervention mise en œuvre et leur atteinte à partir des éléments structurels et des processus mis en place. Une MEO effective permet donc d'évaluer le niveau de mise en œuvre en termes de structures et de processus en fournissant un test clair de l'efficacité et en montrant si l'intervention a été effectivement mise en œuvre en produisant des effets observables (attendus ou inattendus) sur la base de la logique causale des effets de l'intervention (Brousselle et al., 2011). La MEO effective témoigne donc de la rationalité de l'intervention. Dans la mesure de la MEO effective, nous retrouvons deux principales composantes : une composante stratégique et une composante logique (**Figure 20**).

#### - **La composante stratégique de la MEO effective**

La composante stratégique de la MEO effective met en relation le processus de MEO avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et d'atteinte des buts. Cette composante permet de porter un jugement sur l'adéquation entre les objectifs d'une intervention et les moyens (ressources) mis en œuvre pour les atteindre. Cette analyse permet de savoir si les ressources et les moyens utilisés sont suffisamment appropriés pour atteindre l'objectif fixé. Cette composante permet également de faire des analyses sur l'influence de l'interaction entre une intervention et son contexte de mise en œuvre (environnement) sur les effets observés (analyse de MEO de type 3). Elle permet ainsi de comparer les interventions en examinant le rapport entre les résultats obtenus et les moyens MEO (Brousselle et al., 2011).

#### - **Composante logique de la MEO effective**

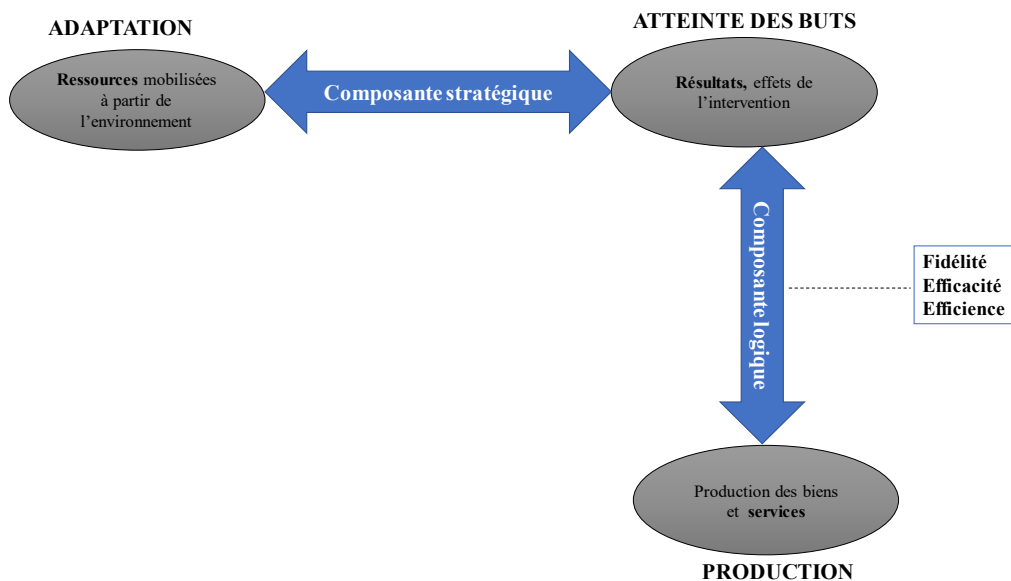
La composante logique de la MEO effective met en relation le processus de MEO avec les fonctions de production et d'atteinte des buts. En effet, l'analyse logique d'une intervention permet de porter un jugement sur la validité théorique de l'intervention (si l'intervention permet d'atteindre les objectifs fixés) d'une part, et validité opérationnelle (si la quantité et la qualité des activités mises en œuvre sont en adéquation avec les objectifs fixés) d'autre part (Brousselle et al., 2011). En faisant le lien entre les activités et les objectifs de production mise en place, l'analyse logique opérationnelle permet de porter un jugement sur le niveau d'agencement des actions de l'intervention (processus) et le niveau de suffisance des activités (essentiels) mises en œuvre pour atteindre les objectifs poursuivis. Selon Brousselle et collaborateurs, le modèle logique d'une intervention renvoie à la *'spécification des actions à accomplir pour atteindre les effets*



*recherchés, des autres impacts qui pourraient être envisagés, et des mécanismes par lesquels ces effets et impacts seraient produits* (Brousselle et al., 2011).

La notion de l'analyse logique de la MEO nous renvoie à la mesure de la fidélité dans le processus de MEO. En faisant référence au degré par lequel une intervention est mise en œuvre tel que prévu, il s'agit de faire une analyse de la structure et des processus afin de déterminer si les moyens prévus initialement sont MEO et les activités se déroulent telles que planifiées (Carroll et al., 2007). La composante logique de la MEO effective peut également être mesurée en termes d'efficience (rapport exprimé par les coûts rapportés aux résultats de l'intervention) ou d'efficacité (atteinte des résultats escomptés). L'efficacité de la mise en œuvre renvoie à la capacité de l'intervention à organiser les activités essentielles à l'atteinte de ses objectifs, mais aussi, à sa capacité à s'adapter à son environnement et acteurs sociaux tout au long du processus de MEO (Valéry Ridde, Delormier, & Goudreau, 2007).

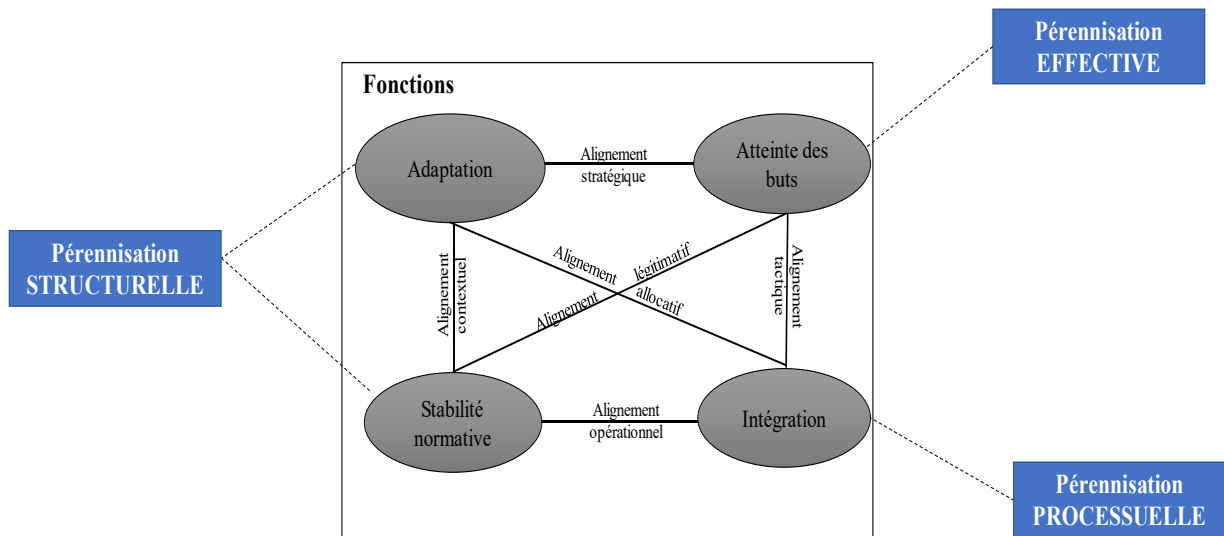
**Figure 20.** Composantes de la MEO effective



### 10.3.2.2. Types de mesure de la pérennisation

La pérennisation est un processus qui permet la continuité des activités de l'intervention et le maintien de ses effets après l'arrêt de tout effort externe (P. Pluye et al., 2004)(V. Ridde et al., 2006). En d'autres termes, le processus de pérennisation confère une certaine capacité à l'intervention mise en œuvre à se maintenir dans le temps et continuer à répondre aux besoins de ses parties prenantes (Rissel et al., 1995; Scheirer et al., 2008; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Cela se traduit par la continuité des activités de l'intervention; la continuité des effets positifs du changement introduit; et l'adaptabilité et le renforcement des capacités des bénéficiaires de l'intervention (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Le processus de pérennisation pourrait se définir entre autres comme une MEO continue dans le temps qui mobilisent des éléments structurels et des processus pour maintenir le maintien des effets observés (**Figure 21**).

**Figure 21.** Types de mesure de la pérennisation



#### **Pérennisation structurelle**

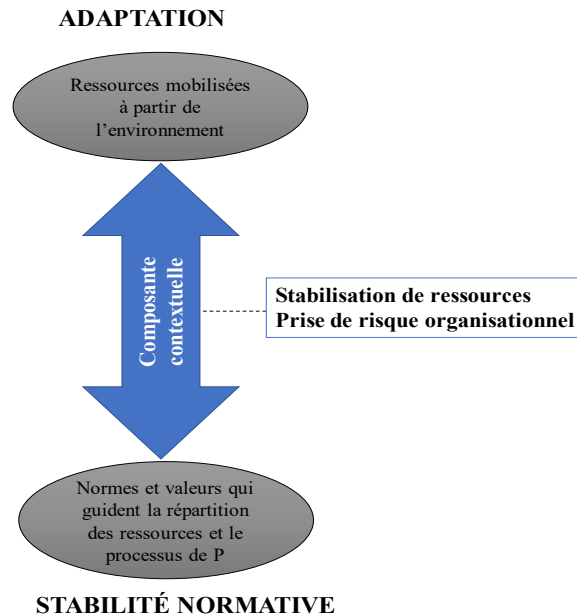
En considérant également le processus de pérennisation comme un système d'action sociale, disposant de plusieurs attributs fonctionnels (adaptation à l'environnement, intégration des

activités, atteinte des buts et stabilité normative); la pérennisation structurelle fait appel aux fonctions d'adaptation à son environnement et de stabilité normative. Une pérennisation structurelle nécessite de maintenir dans son environnement les conditions spécifiques au processus de pérennisation telles que la mise à disposition et le maintien des ressources pour permettre la continuité des activités de l'intervention (Blasinsky et al., 2006; Johnson et al., 2004; Olsen, 1998b; Scheirer, 2016; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).

- **Composante contextuelle de la pérennisation structurelle**

La composante contextuelle de la P structurelle met en relation le processus de P avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et les différents éléments de la fonction de la stabilité normative (normes, croyances, règles et valeurs). Cette composante permet de mesurer l'équilibre et la dynamique entre les différents éléments structurels du processus de pérennisation pour pouvoir maintenir les activités de l'intervention initialement mise en œuvre (**Figure 22**). Deux principaux éléments structurels (conditions) sont à noter dans le cadre de la pérennisation structurelle : (i) la stabilisation des ressources (humaines, matérielles, financières et informationnelles) pour maintenir les activités d'une intervention; (ii) la prise de risque organisationnel (implication de toutes les parties prenantes à l'intervention dans le processus de prise de décisions).

**Figure 22.** Composantes de la pérennisation structurelle



### **Pérennisation processuelle**

Comme pour le processus de MEO, la pérennisation processuelle fait appel à la fonction d'intégration des activités qui permet la continuité des activités de l'intervention mise en œuvre au sein de l'organisation hôte (**Figure 23**). Cette fonction permet d'intégrer les activités (produites à partir composantes structurelles du système d'action sociale de MEO) dans les routines organisationnelles de l'organisation hôte de l'intervention. L'analyse de la fonction d'intégration permet d'étudier les relations entre les dimensions de : Mémoire (les activités de l'intervention sont connues et partagées, et les ressources qui lui sont dédiées sont stabilisées), Adaptation (les activités de l'intervention sont adaptées au contexte local d'intégration), Valeurs (l'intervention partage les mêmes valeurs que celles de l'organisation hôte), Règles (l'intervention accepte les règles et procédures de l'organisation hôte).

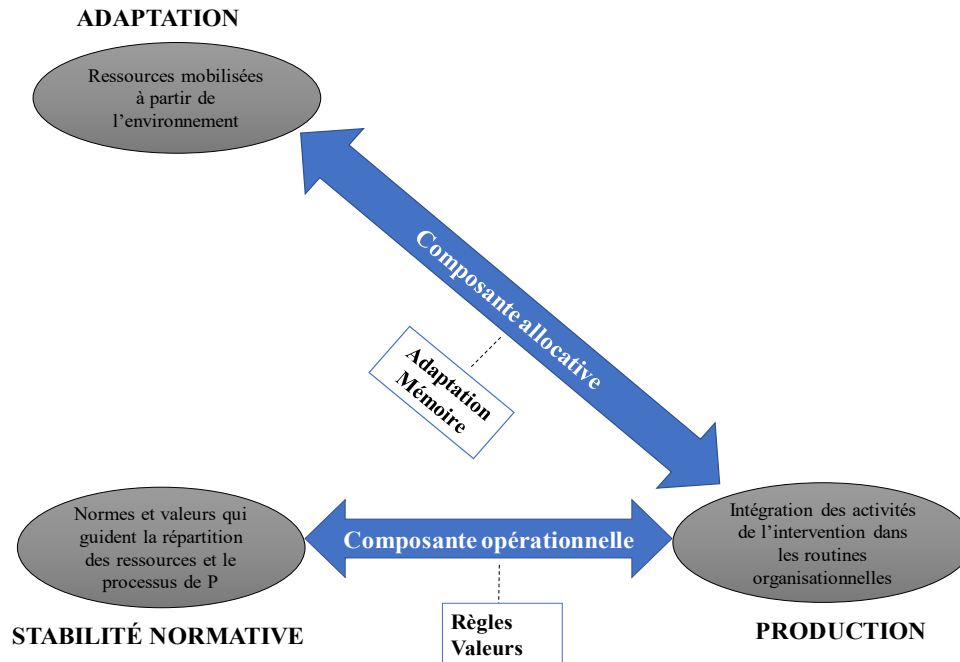
- **Composante allocative de la mise en œuvre processuelle**

La composante allocative de la pérennisation processuelle met en relation le processus de pérennisation avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et des éléments de la fonction d'intégration (au niveau de la Mémoire et Adaptation). Cette composante s'intéresse entre autres aux relations entre la stabilisation des ressources (mobilisées à partir de l'environnement au cours du processus de MEO) pour maintenir les activités d'une intervention et l'adaptation des activités de l'intervention au contexte organisationnel hôte d'une part, et le niveau d'intégration des activités au sein des routines organisationnelles d'autre part.

- **Composante opérationnelle de la pérennisation processuelle**

La composante opérationnelle de la pérennisation processuelle met en relation le processus de pérennisation avec les fonctions de stabilité normative et des éléments de la fonction d'intégration (au niveau des Règles et Valeurs). La composante opérationnelle de la pérennisation processuelle permet ainsi de porter un jugement sur les mécanismes par lesquels les éléments de la fonction de stabilité normative (incitatifs, renforcement des capacités, motivation financière, satisfaction, participation, etc.) et des valeurs de l'environnement organisationnel influencent le processus d'intégration des activités d'une intervention au sein d'une organisation. Plus précisément la composante opérationnelle de la pérennisation processuelle peut être mesurée à travers les dimensions Règles (intégration des règles et procédures) et Valeurs (alignement des objectifs et valeurs).

**Figure 23.** Composantes de la pérennisation processuelle



### **Pérennisation effective**

La pérennisation effective fait appel à la fonction d'atteinte des buts (**Figure 24**). Cette fonction lui permet de maintenir les effets observés (effets liés aux composants du modèle logique de l'intervention obtenus au cours du processus de MEO) dans le temps (Scheirer, 2016). Dans ce contexte, la continuité des effets serait principalement liée aux résultats de santé pour les bénéficiaires de l'intervention (Scheirer, 2016).

#### **- Composante stratégique de la pérennisation effective**

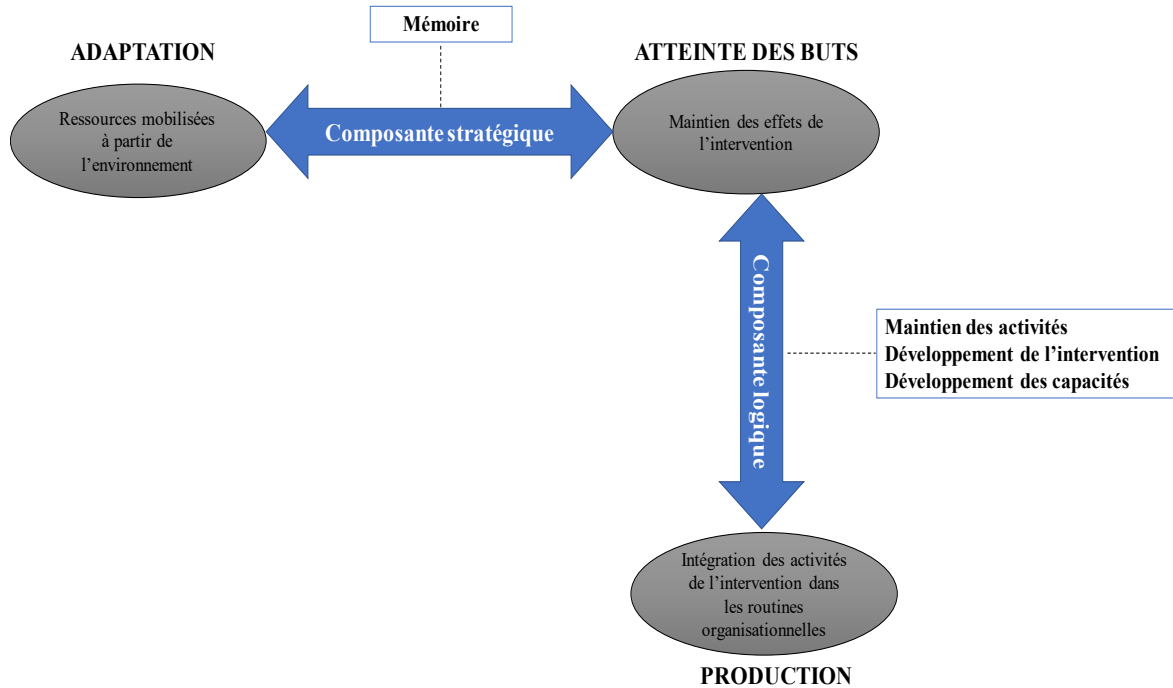
La composante stratégique de la pérennisation effective met en relation le processus de pérennisation avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et d'atteinte des buts. Cette composante permet de porter un jugement sur l'adéquation du niveau des ressources et le maintien

des effets. Cette analyse permet de savoir si les ressources et les moyens mobilisés sont suffisamment appropriés pour maintenir les effets observés au cours du processus de MEO. Plus concrètement, la composante stratégique de la pérennisation effective peut être mesurée à travers la dimension de la mémoire qui permet de porter un jugement sur la disponibilité et le niveau de stabilisation des ressources dans le processus de pérennisation.

**- Composante logique de la pérennisation effective**

La composante logique de la pérennisation effective met en relation le processus de pérennisation avec les fonctions d'intégration et d'atteinte des buts. Cette composante permet de faire le lien entre la continuité des activités et le maintien des effets observés. En faisant le lien entre les activités et les effets, la composante logique permet de porter un jugement sur l'origine du maintien des effets observés. En effet, les effets observés peuvent découler de plusieurs facteurs, entre autres : (i) des activités initialement mises en œuvre et pérennisées; (ii) du développement (ou évolution) de l'intervention dans le temps; (iii) du développement des capacités des bénéficiaires de cette intervention (adaptation du contexte utilisateur au changement suivi par l'introduction de l'intervention).

**Figure 24.** Composantes de la pérennisation effective



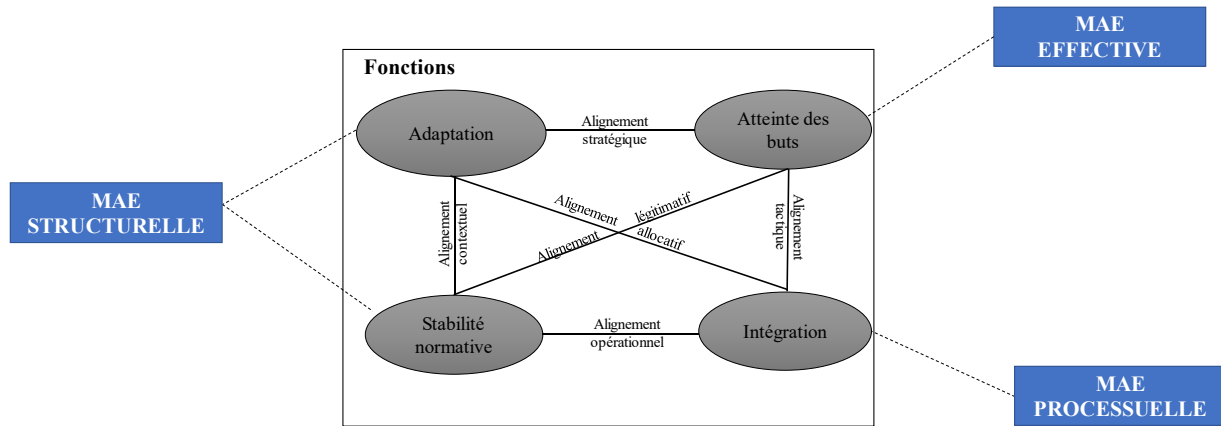
### 10.3.2.3. Types de mesure de mise à l'échelle

La mise à l'échelle est utilisée pour décrire l'utilisation des interventions réussies à petite échelle comme base pour effectuer des changements à plus grande échelle (Kohl & Cooley, 2003). Par conséquent, la MAE est un processus qui consiste à élargir la couverture et l'impact des interventions testées avec succès au niveau local (K. Hanson et al., 2010). Dans le cadre de cette étude, nous concevons la MAE comme une MEO continue dans l'espace sur une plus grande étendue géographique au même niveau ou à un niveau supérieur. En effet, nous considérons la MAE comme une extension de la couverture spatiale de la MEO soit par duplication (MAE horizontale) ou par évolution (MAE verticale). En d'autres mots, la MAE est une combinaison de plusieurs MEO avec une plus grande ampleur. La MAE peut également se traduire comme un niveau supérieur de la pérennisation d'une intervention en termes de formulation de politiques publiques (plus haut niveau d'institutionnalisation d'une intervention). La pérennisation fait ainsi



partie du construit de MAE. Le système d'action sociale de MAE mobilise également des structures et processus spécifiques pour produire des changements à grande échelle (Simmons & Shiffman, 2007) (**Figure 25**).

**Figure 25.** Types de mesure de la mise à l'échelle



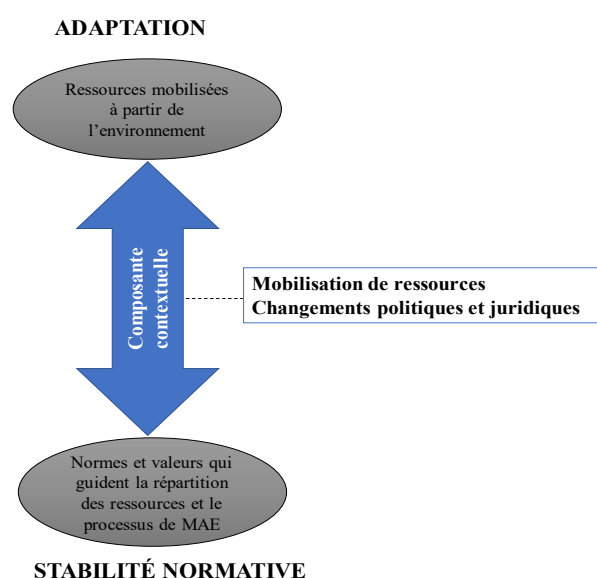
### Mise à l'échelle structurelle

#### - Composante contextuelle de la MAE structurelle

La MAE structurelle fait appel aux fonctions d'adaptation à l'environnement et de stabilité normative (**Figure 26**). La MAE est un processus qui découle en principe des interventions entreprises à petite échelle pour lesquelles le financement et l'assistance technique ont été suffisants pour soutenir leur mise en œuvre et en mesurer les résultats (Hardee, Ashford, Rottach, Jolivet, & Kiesel, 2012). Le processus MAE nécessite donc la mobilisation des ressources (à partir de l'environnement), des lois, des politiques et des réglementations pour étendre la couverture des interventions réussies (Mangham & Hanson, 2010). Le processus de MAE fait appel aux fonctions d'adaptation à l'environnement pour pouvoir mobiliser des ressources nécessaires à l'élargissement/extension de la couverture des activités d'une intervention testée avec succès localement. Une mise à l'échelle structurelle réussie signifie que les structures (conditions dans lesquelles le processus de mise à l'échelle doit être exécuté) (Simmons & Shiffman, 2007; Yamey,

2011), sont disponibles et favorables pour mettre en œuvre à plus grande échelle une intervention. Ces conditions peuvent être liées à l'environnement (contexte social, culturel, politique et économique dans lequel se déroule la reproduction à plus grande échelle); l'organisation utilisatrice (qui adopte l'intervention); l'équipe ressource ou d'autres parties prenantes (responsables de la promotion de l'intervention) ou les caractéristiques liées à l'intervention (Simmons et al., 2007).

**Figure 26.** Composantes de la MAE structurelle



### Mise à l'échelle processuelle

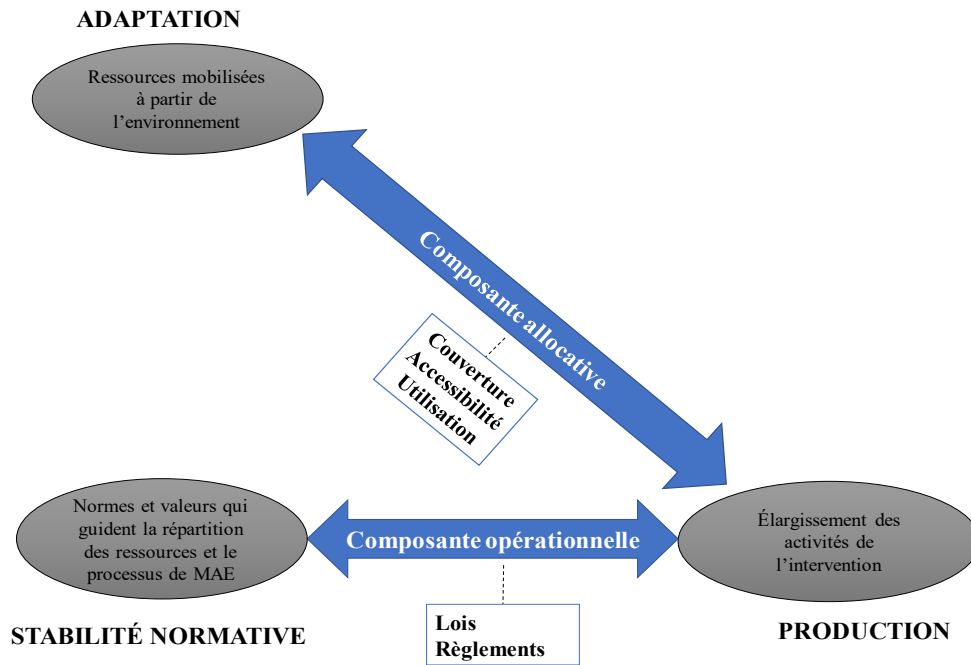
Tout comme le processus de MEO et de P, la MAE processuelle fait appel à la fonction de production ou d'intégration des activités d'une intervention (**Figure 27**). Cette fonction lui permet d'organiser, de coordonner et d'intégrer les composantes structurelles d'une intervention (initialement MEO) et d'étendre des activités de cette intervention dans d'autres contextes. Étant donné que l'analyse du processus de production peut se retrouver à différents niveaux systémiques. En effet, le processus de production de la MAE devient un ensemble de sous-processus de

production de la MEO appartenant aux niveaux systémiques inférieurs (Brousselle et al., 2011). Comme nous l'avons déjà mentionné dans les sections précédentes, l'analyse de la fonction de production permet donc d'étudier les relations entre les ressources (moyens) mobilisées de la composante structurelle d'une part, et la quantité des services produits (activités) par l'intervention d'autre part.

- **Composante allocative de la MAE processuelle**

La composante allocative de la MAE processuelle met en relation le processus de MAE avec les fonctions d'adaptation à l'environnement et des éléments de la fonction de production. Cette composante s'intéresse aux relations entre les ressources mobilisées (à partir de l'environnement) et la quantité (ou le volume) et les coûts des services produits à partir de ces ressources. Cette composante permet ainsi de porter un jugement sur l'adéquation entre les ressources disponibles pour mettre à l'échelle une intervention et la quantité des services produits par cette intervention. Plus précisément, la composante allocative de la MAE processuelle peut être mesurée en termes de couverture (accroissement d'une intervention sur une plus grande étendue géographique), accessibilité (accroissement de l'accessibilité des services de l'intervention), utilisation (augmentation du niveau d'utilisation des ressources et services d'une intervention).

**Figure 27.** Composantes de la MAE processuelle



**- Composante opérationnelle de la mise en œuvre processuelle**

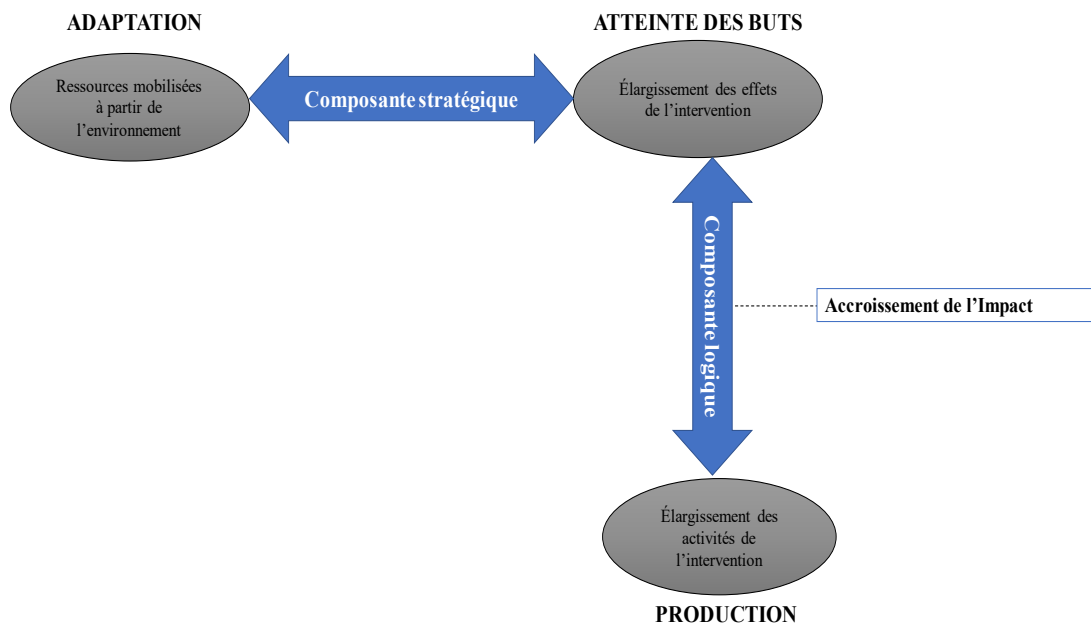
La composante opérationnelle de la MAE processuelle met en relation le processus de MAE avec les fonctions de stabilité normative et des éléments de la fonction de production. Cette composante s'intéresse plus particulièrement aux déterminants de la qualité des processus (mécanismes) de MAE. Elle permet ainsi de mettre en relation les modalités d'organisation (stabilité normative) des ressources mobilisées (à partir de l'environnement) pour mettre à l'échelle une intervention, et la qualité des biens et services produits à partir de l'organisation de ces ressources. La composante opérationnelle de la MAE processuelle permet ainsi de porter un jugement sur les mécanismes par lesquels les éléments de la fonction de stabilité normative (lois, règlements) et des valeurs de l'environnement (volonté, motivation, etc.) influencent la fonction de production à travers l'accroissement des biens et services dans le processus de MAE. Plus précisément la composante

opérationnelle de la MAE processuelle peut être mesurée à travers la mobilisation de différents déterminants contextuels de la fonction de stabilité normative.

### Mise à l'échelle effective

La MAE effective, quant à elle, fait appel à la fonction d'atteinte des buts comme les deux processus précédents (**Figure 28**). Cette fonction lui permet d'obtenir et de maintenir les effets observés à plus grande échelle. Dans le cadre de la MEO, on parle d'effets à court et moyen terme (3-5ans). Tandis que dans le cadre de la MAE, on parle d'impact pour faire référence aux effets à long-terme et l'effet global (dans un système de santé) d'une intervention. En effet, la MAE effective est vue comme étant une MAE efficace en termes de structures et de processus, et capable de produire un impact positif à plus grande échelle (K. Hanson et al., 2010; Kara Hanson et al., 2003; Levine, 2004; Mangham & Hanson, 2010; Masanja et al., 2008; Simmons et al., 2007; Victora et al., 2004).

**Figure 28.** Composantes de la MAE effective



#### **10.4. Discussion**

Dans le chapitre concernant l'élaboration d'un cadre de mesure pour les trois processus étudiés, nous avons proposé différentes typologies pour la mesure de la MEO, MAE et P en se basant sur les différents attributs fonctionnels qu'on retrouve au sein de chaque système organisé d'action dans la théorie de l'action sociale. Ce chapitre avance les concepts de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation : 'structurelle', 'processuelle' et 'effective'. La théorie de l'action sociale est appropriée pour analyser les mécanismes par lesquels les interventions en matière de santé sont conduites et voir la causalité à travers des liens critiques entre leurs structures (ressources), leurs processus (activités) et leurs résultats (effets). Grâce à l'approche Structure-Processus-Résultats (SPR), ces typologies montrent comment les processus de MEO, MAE et P sont des systèmes organisés d'action qui évoluent dans le temps et l'espace.

Ce chapitre aborde une lacune majeure en termes de connaissances sur les aspects de mesure des processus de MEO, MAE et P. Depuis de nombreuses années, il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue la définition ou la mesure de la MEO, MAE et P des interventions dans le domaine de la santé (D. L. Fixsen et al., 2005; Kara Hanson et al., 2003; Johnson et al., 2004). Plusieurs théories de mise en œuvre (Damschroder et al., 2009); différents modèles conceptuels de mise à l'échelle (Subramanian et al., 2011) et de pérennisation (Pierre Pluye et al., 2004; Scheirer & Dearing, 2011; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998); sont décrits dans la littérature, mais leurs terminologies et définitions sont variables. Par conséquent, l'opérationnalisation et la mesure de ces trois processus ont des implications importantes pour la conduite de recherches empiriques dans ce domaine (E. Proctor et al., 2011; Enola K Proctor et al., 2013; Scheirer, 2016; Subramanian et al., 2011).

Ce chapitre souligne ainsi l'importance de concevoir, de distinguer et de mesurer la MEO, la MAE et la P comme des systèmes organisés d'action opérant dans un environnement constitué de structures (conditions, moyens, ressources déployées à partir de l'environnement), de processus (mécanismes et stratégies produisant des biens et services à partir des ressources de l'environnement et conduisant à l'atteinte des objectifs poursuivis par le système d'action) et de fonctions (attributs fonctionnels permettant l'équilibre et le fonctionnement d'un système organisé d'action). Dans ce chapitre, nous avons également souligné la distinction entre les différents niveaux de mesure (structurel, processuel et effectif) obtenus à partir de ces éléments pour chaque processus étudié.

Dans le domaine de la santé, peu d'études intègrent les différentes dimensions de mesure de la MEO (fidélité, dose, réactivité, succès, etc.), ou examinent plus d'une seule dimension, ou encore utilisent un cadre théorique pour évaluer le degré de mise en œuvre et mesurer les effets (J. A. Durlak & DuPre, 2008). La majorité des études utilisent principalement l'aspect de mesure de la fidélité (le degré par lequel les composantes essentielles d'une intervention sont mises en œuvre comme prévu) pour mesurer le processus de MEO (Berkel et al., 2011; J. A. Durlak & DuPre, 2008). Dans le domaine de la MEO, la fidélité est souvent associée de manière positive aux effets d'une intervention (J. A. Durlak & DuPre, 2008; Hebert & Veil, 2004; Wang et al., 2015). Cependant, la mesure du succès de la mise en œuvre par exemple par la fidélité sans préciser au niveau de quelles composantes (structures, processus ou résultats du système organisé d'action) nous semble peu suffisante, ce qui peut constituer un biais potentiel dans la mesure de la MEO. En effet, une intervention peut avoir des structures fiables pour son processus de MEO (par exemple des ressources adéquates nécessaires) et des activités pertinentes planifiées sans nécessairement

produire les résultats attendus. Cette intervention pourrait continuer d'exister (en termes de structures) et mettre en œuvre certaines activités (dans les procédures) mais ne pas générer les résultats souhaités pour ses bénéficiaires (Scheirer, 2016). Dans le modèle proposé, les différents niveaux proposés (structurel, processuel et effectif) pour la mesure du processus de mise en œuvre peuvent être évalués en termes de structures (niveau de ressources mobilisées), processus (activités mises en œuvre) et résultats (résultats liés à l'intervention observés). Ces niveaux font appel à différents attributs fonctionnels (fonction d'adaptation à l'environnement, fonction de production ou d'intégration, fonction normative et la fonction d'atteinte des buts) et peuvent être concrètement évaluées en utilisant les différentes dimensions proposées dans la littérature comme la fidélité, la productivité, l'efficacité, la qualité et l'efficacité (Brousselle et al., 2011; E. Proctor et al., 2011).

Dans la même dynamique, les processus de MAE (MEO à un niveau supérieur) et de pérennisation (MEO continue dans le temps) font également face à des défis de mesure. L'un des grands défis actuels auxquels sont confrontées les interventions en santé mondiale est que la majorité des interventions sont mises à l'échelle alors elles n'ont pas été correctement mises en œuvre ou produit de résultats escomptés (Chopra & Ford, 2005; Valéry Ridde, 2016; Valéry Ridde et al., 2007). La plupart des interventions mises en œuvre à grande échelle ne le sont que par des structures (lois, politiques, etc.), c'est pourquoi il est parfois difficile d'observer les effets à long terme faute de la qualité des processus de MEO à plus grande échelle (Edwards, 2010; L. Gilson & Raphaely, 2008; Lucy Gilson & Schneider, 2010; Kara Hanson et al., 2003; Johns et al., 2005; Mangham & Hanson, 2010). Encore une fois, ceci est la conséquence du manque d'uniformité dans la définition et la mesure du processus de MAE. La mesure du processus de MAE peut dépendre de plusieurs choses, par exemple: les moyens pour mettre à l'échelle une intervention



(Yamey, 2011), les composantes mises à l'échelle (Uvin, 1995), les stratégies utilisées (Medlin et al., 2006), ou le contexte dans lequel le processus de MAE se produit (Subramanian et al., 2011). Dans ce modèle, il nous semble important de classer les niveaux de MAE des interventions en fonction des composantes de structures, processus et résultats afin de garantir le succès dans la mesure de ce processus. Avec le cadre de mesure proposé, il peut être possible par exemple d'évaluer le processus de MAE en fonction du niveau de ressources mobilisées pour mettre à l'échelle une intervention (structure), des taux de couverture, d'utilisation ou d'accessibilité (au niveau des processus), ou de l'accroissement de l'impact d'une intervention (au niveau des résultats observés à grande échelle).

La question pour la mesure de la pérennisation devient un problème lorsque le processus de MAE fait principalement référence à 'l'augmentation du nombre de personnes' bénéficiaires de l'intervention et moins à 'l'augmentation de l'impact' de cette intervention (Simmons & Shiffman, 2007). La pérennisation repose, entre autres, sur le maintien de conditions favorables (pour la continuité des activités d'une intervention) et de résultats (effets) observés au cours du processus de mise en œuvre, tandis que la MAE fait plutôt référence à la reproduction ou la transposition de ces éléments dans d'autres contextes. En toute logique, il est également important d'examiner le processus de pérennisation à trois niveaux en termes de : structures (moyens mobilisés pour maintenir les activités), processus (l'intégration continue et adaptative de ces activités dans les routines organisationnelles) et résultats (le maintien des effets initialement observés). Stirman et ses collègues suggèrent qu'une intervention peut être considérée comme pérenne à un moment donné, si après l'abandon du support initial dans le processus de mise en œuvre, les éléments essentiels restent conservés (par exemple, restent reconnaissables ou livrés à un niveau de fidélité

ou d'intensité suffisant pour atteindre les résultats escomptés) et la capacité pour maintenir et assurer la continuité de ces éléments est suffisante (Shannon Wiltsey Stirman et al., 2012; S. W. Stirman et al., 2015; S. W. Stirman et al., 2013). Schell et collaborateurs définissent par ailleurs la capacité de pérennisation comme la présence de structures et de processus permettant à une intervention de maximiser les ressources pour mettre en œuvre et maintenir avec succès ses activités (Schell et al., 2016).

## **Bibliographie**

- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12(1), 23-33.
- Blanchard, J. F., Bhattacharjee, P., Kumaran, S., Ramesh, B. M., Kumar, N. S., Washington, R. G., & Moses, S. (2008). Concepts and strategies for scaling up focused prevention for sex workers in India. *Sexually Transmitted Infections*, 84(Suppl 2), ii19-ii23. doi:10.1136/sti.2008.033134
- Blasinsky, M., Goldman, H. H., & Unutzer, J. (2006). Project IMPACT: a report on barriers and facilitators to sustainability. *Adm Policy Ment Health*, 33(6), 718-729. doi:10.1007/s10488-006-0086-7
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 117.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health interventions: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and intervention level measures. *Implement Sci*, 8(1), 22.
- Chopra, M., & Ford, N. (2005). Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International*, 20(4), 383-390.
- Claveranne, J.-P., & Pascal, C. (2004). Repenser les processus à l'hôpital. Une méthode au service de la performance: Medica Editions.
- Contandriopoulos, A.-P. (1996). Transformer le système de santé. *RUPTURES-MONTREAL-*, 3, 10-17.

- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical care*, 50(3), 217.
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci*, 4, 50.
- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important. *Journal of Prevention & Intervention in the community*, 17(2), 5-18.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327-350.
- Edwards, N. (2010). Scaling-up health interventions and interventions in public health: a brief review of the current state-of-the-science. Paper presented at the Proceedings of the Inaugural Conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs.
- Ferradini, L., Jeannin, A., Pinoges, L., Izopet, J., Odhiambo, D., Mankhambo, L., . . . Fedida, G. (2006). Scaling up of highly active antiretroviral therapy in a rural district of Malawi: an effectiveness assessment. *The Lancet*, 367(9519), 1335-1342.
- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children*, 79(2), 213-230.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on social work practice*, 19(5), 531-540.

- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature.
- Gilson, L., & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health policy and planning*, 23(5), 294-307.
- Gilson, L., & Schneider, H. (2010). Commentary: Managing scaling up: what are the key issues? *Health policy and planning*, 25(2), 97-98.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of interventions in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82, 581 - 629.
- Haines, A., Kuruville, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-731.
- Hanson, K., Cleary, S., Schneider, H., Tantivess, S., & Gilson, L. (2010). Scaling up health policies and services in low-and middle-income settings. *BMC health services research*, 10(Suppl 1), 11.
- Hanson, K., Ranson, M. K., Oliveira-Cruz, V., & Mills, A. (2003). Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development*, 15(1), 1-14.
- Hardee, K., Ashford, L., Rottach, E., Jolivet, R., & Kiesel, R. (2012). The policy dimensions of scaling up health initiatives.
- Hébert, R., & Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*, 4(3).

- Johns, B., & Torres, T. T. (2005). Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health policy and planning, 20*(1), 1-13.
- Johnson, K., Hays, C., Center, H., & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention interventions: A sustainability planning model. *Evaluation and Program planning, 27*(2), 135-149.
- Kilbourne, A. M., Neumann, M. S., Pincus, H. A., Bauer, M. S., & Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science, 2*(1), 42.
- Kohl, R., & Cooley, L. (2003). *Scaling Up—A Conceptual and Operational Framework*. Washington, DC: Management Systems International.
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A., & Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science, 10*(1), 153.
- Levine, R. (2004). *Millions saved: proven successes in global health*: Peterson Institute.
- Mallé Samb, O., Ridde, V., & Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso? *Revue Tiers Monde, 215*(3), 73-91.
- Mangham, L. J., & Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: what are the key issues? *Health policy and planning, 25*(2), 85-96.
- Mansour, M., Mansour, J. B., & El Swesy, A. H. (2010). Scaling up proven public health interventions through a locally owned and sustained leadership development programme in rural Upper Egypt. *Hum Resour Health, 8*(1), 1.

- Masanja, H., de Savigny, D., Smithson, P., Schellenberg, J., John, T., Mbuya, C., . . . Smith, T. (2008). Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *The Lancet*, 371(9620), 1276-1283.
- Medlin, C. A., Chowdhury, M., Jamison, D. T., & Measham, A. R. (2006). Improving the health of populations: lessons of experience. *Disease control priorities in developing countries*, 2.
- Olsen, I. T. (1998). Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health policy and planning*, 13(3), 287-295.
- Paina, L., & Peters, D. H. (2012). Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health policy and planning*, 27(5), 365-373.
- Parsons, T., Shils, E. A., & Smelser, N. J. (1965). *Toward a general theory of action: Theoretical foundations for the social sciences*: Transaction publishers.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program planning*, 27(2), 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.-L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program planning*, 28(2), 123-137. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.10.003
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot Int*, 19(4), 489-500. doi:10.1093/heapro/dah411
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., . . . York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical interventions in health and mental health. *Medical care research and review*, 69(2), 123-157.

- Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A., McMillen, C., Brownson, R., McCrary, S., & Padek, M. (2015). Sustainability of evidence-based healthcare: research agenda, methodological advances, and infrastructure support. *Implementation Science*, 10(1), 88.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76.
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8(1), 139.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123  
110.1097/1001.PHH.0000311888.0000306252.bb.
- Ridde, V., Pluye, P., & Queuille, L. (2006). Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 54(5), 421-431. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0398-7620\(06\)76740-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0398-7620(06)76740-2)
- Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. *Health promotion international*, 10(3), 199-207.
- Roberts-Gray, C., & Scheirer, M. A. (1988). Checking the congruence between a program and its organizational environment. *New Directions for Program Evaluation*, 1988(40), 63-82.  
doi:10.1002/ev.1497
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive interventions. *Addictive behaviors*, 27(6), 989-993.



- Rogers, E. M. (2003). Elements of diffusion. *Diffusion of interventions*, 5, 1-38.
- Sachs, J. (2008). The end of poverty: economic possibilities for our time. *European Journal of Dental Education*, 12(s1), 17-21.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation : the organizational context*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Scheirer, M. A. (2005). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320-347.  
doi:10.1177/1098214005278752
- Scheirer, M. A. (2013). Linking sustainability research to intervention types. *American Journal of Public Health*, 103(4), e73-e80.
- Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs. *Am J Public Health*, 101(11), 2059-2067.
- Scheirer, M. A., Hartling, G., & Hagerman, D. (2008). Defining sustainability outcomes of health programs: Illustrations from an on-line survey. *Eval Program Plann*, 31(4), 335-346.  
doi:10.1016/j.evalprogplan.2008.08.004
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res*, 13(1), 87-108.
- Simmons, R., Fajans, P., & Ghiron, L. (2007). *Scaling up health service delivery: from pilot interventions to policies and programmes*: World Health Organization.
- Simmons, R., & Shiffman, J. (2007). *Scaling up health service interventions: a framework for action*. *Scaling up health service delivery*, 1.

- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of substance abuse treatment*, 22(4), 171-182. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00231-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00231-3)
- Stirman, S. W., Miller, C. J., Toder, K., & Calloway, A. (2013). Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implementation Science*, 8(1), 65.
- Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T., & Peters, D. H. (2011). Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC health services research*, 11(1), 336.
- Taylor, D. C., & Taylor, C. E. (2016). *Just and lasting change: When communities own their futures*: JHU Press.
- Uvin, P. (1995). Fighting hunger at the grassroots: Paths to scaling up. *World Development*, 23(6), 927-939.
- Uvin, P., & Miller, D. (1996). Paths to scaling-up: alternative strategies for local nongovernmental organizations. *Human Organization*, 55(3), 344-354.
- Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J., & Vaughan, J. P. (2004). Achieving universal coverage with health interventions. *The Lancet*, 364(9444), 1541-1548.
- Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Poitier, M., Lunn, S., Koci, V., . . . Li, X. (2015). Factors influencing implementation dose and fidelity thereof and related student outcomes of an evidence-based national HIV prevention program. *Implementation Science*, 10(1), 44.
- Weber, M. (1978). The nature of social action. *Weber: Selections in translation*, 7-32.

- Willis, C. D., Riley, B. L., Stockton, L., Abramowicz, A., Zummach, D., Wong, G., . . . Best, A. (2016). Scaling up complex interventions: insights from a realist synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 88.
- Yamey, G. (2011). Scaling up global health interventions: a proposed framework for success. *PLoS medicine*, 8(6), e1001049.

## **PARTIE 7. DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION**

### **Chapitre 11 – Discussion générale**

Dans le cadre de cette thèse, nous avons proposé un cadre théorique pour l'analyse des processus de MEO, MAE et P basé sur la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons. Nous concevons les processus de MEO, MAE et P comme des systèmes d'action sociale ayant des buts spécifiques et dont les différents acteurs adoptent ces buts en défendant les valeurs et les normes qui les entourent. La théorie de l'action sociale nous a permis de mettre en avant les propositions suivantes sur la conceptualisation de ces trois processus : (i) le système d'action sociale de MAE n'est autre que l'évolution géographique du système d'action sociale de MEO dans l'espace; (ii) le système d'action sociale du processus pérennisation est le système d'action du processus de MEO continue dans le temps. Ces trois processus sont ainsi situés à différents niveaux systémiques et temporels. Il s'agit des processus dynamiques et évolutifs qui sont en constante interaction avec plusieurs déterminants contextuels situés à différents niveaux (structurel, organisationnel, individuel et au niveau de l'intervention) dans un environnement commun et partagé. À notre connaissance, aucune étude n'a encore examiné simultanément ces trois processus, ni examiné en même temps les possibilités de relations conceptuelles ou empiriques pouvant exister entre eux.

Le chapitre sur les déterminants nous a permis d'identifier les différents facteurs qu'ont en commun ces trois processus. Les résultats de notre recherche empirique démontrent clairement que les processus de MEO et de MAE sont fortement influencés par des déterminants structurels (comme l'engagement politique, le contexte légal, et le contexte socio-économique) et organisationnels (comme la disponibilité des ressources, le leadership et la communication) d'une part, et le processus de pérennisation est principalement influencé par les déterminants individuels

(tels que le niveau d'engagement des parties prenantes, la motivation, le niveau des compétences, etc.) et les caractéristiques liées aux interventions (notamment la simplicité, la compatibilité avec le contexte local, la crédibilité accordée à l'intervention et sa visibilité).

La théorie de l'action sociale nous a permis également d'analyser individuellement chaque système d'action sociale des processus de MEO, MAE et P. Ceci nous a permis de proposer un cadre de mesure pour chaque processus étudié. Le cadre de mesure proposé nous a permis d'avancer des concepts de MEO, MAE et P : structurelle, processuelle et effective. Notre cadre de mesure va plus loin en donnant des exemples d'aspects de mesure pouvant être utilisés pour chaque niveau de mesure proposé. Dans le cadre de cette thèse, le niveau structurel est mesuré en fonction du niveau des ressources mobilisées soit pour mettre en œuvre, mettre à l'échelle ou pérenniser une intervention. Le niveau processuel est mesuré en fonction de différentes composantes comme la qualité et la réactivité pour la MEO ; la couverture, l'accessibilité et l'utilisation pour le processus de MAE; et par la mémoire, l'adaptation, les règles et les valeurs pour le processus de P. Quant au niveau effectif, il est mesuré en fonction de la fidélité et du succès dans le cadre du processus de MEO; de l'impact pour le processus de MAE et du maintien des effets pour le processus de P.

Au regard du modèle théorique développé, nous avons pu réinterpréter les résultats de notre recherche empirique. Cette réinterprétation nous a permis de voir que les facteurs structurels (comme l'engagement politique et le contexte légal) et organisationnels (comme la disponibilité des ressources, la collaboration et la communication) ont eu un impact majeur dans l'obtention des niveaux de MEO et MAE structurelles et processuelles (à travers le niveau des ressources

disponibles pour la MEO ou MAE des activités des initiatives innovantes, la réactivité des parties prenantes, l'augmentation du niveau de couverture et d'utilisation, etc.). On note également un impact particulier des déterminants organisationnels dans l'obtention de la composante effective de la MEO (au niveau des dimensions de la fidélité de MEO et de l'atteinte des résultats escomptés). En se basant sur les résultats empiriques, nous remarquons également que les déterminants liés aux individus (niveau des compétences, motivation, etc.) et aux caractéristiques des initiatives innovantes (comme la simplicité, l'adaptabilité et la compatibilité avec le contexte local) ont une influence particulière sur la composante processuelle de la pérennisation. Grâce aux résultats de notre recherche empirique, nous avons ainsi pu réviser la validité et l'utilité du cadre proposé. Ceci nous a permis de comprendre les interactions des différents facteurs identifiés et leur impact sur l'obtention des différents niveaux (structurel, processuel et effectif) des processus de MEO MAE et P observés.

## **Chapitre 12 – Conclusion et contributions de l'étude**

### **12.1. Conclusion générale et recommandations de l'étude**

Dans des pays avec des ressources limitées, beaucoup d'interventions sont rarement bien mises en œuvre à petite échelle ou sont mises à l'échelle de façon durable. Bien que les processus de MEO, MAE et P soient situés à différents niveaux systémiques ou temporels et soient souvent étudiés séparément, ces trois processus sont des processus concomitants, interreliés et en constante interaction avec un environnement commun. Concevoir les processus de MEO, MAE et P comme des systèmes organisés d'action ne nous a pas seulement permis de spécifier les différents niveaux de MEO, MAE et P (structurel, processuel et effectif), mais aussi de faire des clarifications sur les aspects de mesure pour ces trois processus. La littérature existante apportait peu d'éclaircissements sur ce sujet. Spécifier les niveaux de mesure dans l'évaluation des processus de MEO, MAE et P

est un réel besoin. Dans cette thèse, nous proposons différentes typologies pour les niveaux de mesure de MEO, MAE et P en termes de structures, de processus et de résultats. Différentes approches de mesure et d'évaluation de ces trois processus sont également discutées. L'utilisation de ces typologies peut augmenter la probabilité de réaliser des interventions sanitaires efficaces, durables et bien mises en œuvre à grande échelle.

De cette étude ressortent quelques recommandations :

1. Les processus de MEO, MAE et P sont influencés par plusieurs facteurs situés dans un environnement commun. De par ce fait, il nous paraît essentiel d'étudier ces trois processus de façon concomitante.
2. Les processus de MEO et de MAE sont principalement influencés par des déterminants structurels et organisationnels. Cette proposition réaffirme que le processus de MAE n'est autre que plusieurs MEO imbriquées au même niveau ou à un niveau systémique supérieur. Il serait intéressant d'étudier en particulier de manière plus étroite des liens pouvant exister entre les mécanismes de ces deux processus.
3. Le processus de pérennisation est fortement influencé par les déterminants individuels et les caractéristiques liées aux interventions. La considération des déterminants individuels serait une piste à privilégier dans des recherches empiriques surtout dans des contextes avec des ressources limitées où la pérennisation est au-delà d'une question des moyens et nécessite l'appropriation des interventions par toutes les parties prenantes jusqu'au niveau local.
4. Pour obtenir des niveaux effectifs (obtention des résultats) des processus de MEO, MAE et P, il est important d'obtenir d'abord des bons niveaux structurel et processuel de ces trois

processus. De ce fait, il nous paraît essentiel de considérer les influences mutuelles entre les fonctions parsoniennes des structures et des processus sur les résultats.

5. Le contexte de MEO, MAE et P est un élément essentiel mais insuffisante pour déterminer le succès des processus de MEO, MAE et P. Il nous paraît ainsi important de comprendre et considérer le développement ou l'évolution, et l'adaptabilité d'une intervention à l'évolution du contexte au cours de ces trois processus.

## **12.2. Contributions de l'étude**

Cette étude se veut contribuer à l'avancement des connaissances dans le champ de l'analyse de la mise en œuvre et des effets des interventions en santé. A notre connaissance, il s'agit d'une première étude qui analyse de manière concomitante les processus de MEO, MAE et P. Nos activités de recherche sur le terrain nous ont permis de mettre en évidence la nature et le niveau d'influence de plusieurs facteurs, associés aux différents niveaux de mesure (structurel, processuel et effectif) des trois processus étudiés. La méthode d'analyse assez novatrice qui étudie les trois processus à la fois est assez pertinente et, est applicable à plusieurs problématiques en santé publique.

Les résultats de cette étude seront utiles pour le Canada qui intervient dans le domaine du financement de la santé dans plusieurs pays avec des ressources limitées. Ils pourraient également être utilisés pour des réformes futures du système de santé tunisien, ou dans d'autres pays avec des caractéristiques similaires, intéressés par la pérennisation et la mise à l'échelle d'initiatives innovantes en matière de santé. Par ailleurs, ce projet de recherche s'inscrit parfaitement dans les orientations de la Déclaration de Paris (2005), qui encouragent l'efficacité de l'aide internationale et l'appropriation des bénéficiaires des interventions.



Par ailleurs, cette étude fournit des données probantes aux décideurs et bailleurs internationaux sur un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt de nos jours. Les publications et les communications (documents de synthèse, rapports de recherche, articles scientifiques, thèse de doctorat, etc.) qui ont été réalisées à la suite de cette étude contribueront à la diffusion de ses conclusions au sein de la communauté scientifique et auprès de différents partenaires au niveau national et international.

### **12.2.1. Contribution théorique**

Théoriquement, les interventions sont MAE ou maintenues si elles ont été correctement et pleinement mises en œuvre, si les effets sont positifs et les conditions satisfaisantes. Pourtant, les interventions sont rarement bien mises en œuvre au niveau micro, étendues et soutenues dans le temps. Cette thèse souligne l'importance de la spécification des niveaux de mesure dans l'évaluation des processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation. L'utilisation de ces typologies peut augmenter la probabilité de réaliser des interventions efficaces, durables et à grande échelle et bien mises en œuvre. Cette thèse a été utile sur trois points: 1) la spécification des différents niveaux de mesure de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation (structurel, processuel et effectif), 2) la description des mécanismes (fonctions parsoniennes) et des structures (déterminants structurels) conduisant à ces niveaux, et 3) la proposition de différentes approches de mesure (variables opérationnelles) à utiliser pour chaque niveau de mesure proposé. En complément des travaux récemment publiés pour mieux opérationnaliser ces trois processus (Berkel et al., 2011; J. A. Durlak & DuPre, 2008; E. Proctor et al., 2015; E. Proctor et al., 2011; Scheirer, 2013; Scheirer & Dearing, 2011; Subramanian et al., 2011; Yamey, 2011), les typologies proposées dans cette thèse pourraient améliorer les pratiques d'évaluation en santé

publique et plus particulièrement en santé mondiale, et dans beaucoup d'autres domaines comme l'économie.

### **12.2.2. Contribution pratique**

Cette thèse met également en évidence les différents éléments clés à prendre en compte lors de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et de la pérennisation des interventions en santé dans des pays avec des ressources limitées. Les interventions en matière de santé sont plus efficaces et plus effectives non seulement lorsqu'elles bénéficient d'un soutien politique et financier, mais aussi quand elles impliquent toutes les parties prenantes à différents niveaux, notamment au niveau local. Cette thèse offre une vue d'ensemble et intégratrice des facteurs de succès et des obstacles majeurs de ces trois processus, ce qui est une préoccupation majeure pour l'avenir des projets innovants dans la plupart des pays avec des ressources limitées. Les résultats de cette thèse profiteraient aux chercheurs, aux décideurs, aux bailleurs de fonds internationaux, aux gestionnaires des projets innovants et aux communautés ciblées par les interventions. Étant donné que le système de santé tunisien est un système continuellement en réformes, les résultats de cette thèse pourraient être utilisés afin de mieux orienter les interventions futures. Ces résultats pourraient être également utilisées dans des contextes similaires (pays avec des ressources limitées) dont la trajectoire des interventions est assez commune.

### **12.2.3. Contribution méthodologique**

Notre approche méthodologique qui étudie simultanément les processus de mise en œuvre, de mise à l'échelle et de pérennisation est assez novatrice et pourrait être utilisée pour étudier d'autres processus ou dans d'autres contextes afin de mieux comprendre les mécanismes menant à des interventions sanitaires réussies et efficaces.

### **12.3. Forces et limites de l'étude**

Dans notre étude de recherche empirique, nous avons utilisé une méthodologie qualitative avec un large éventail de parties prenantes impliquées à différents niveaux du système de santé tunisien pour obtenir des informations utiles. En choisissant notre échantillon de cette manière, nous avons eu une variété d'opinions provenant de personnes différentes, directement impliquées ou bénéficiant directement (personnel utilisateur) de ces quatre initiatives. Par ailleurs, notre étude a analysé différentes dimensions de mesure de la mise en œuvre, de la mise à l'échelle et de la pérennisation, et a démontré comment les différents déterminants identifiés influent sur chacune de ces dimensions.

Notre étude de recherche empirique a également quelques limites. Premièrement, l'étude a été seulement menée dans quelques régions (régions plus proches du Grand-Tunis) partageant certaines similitudes en termes de facteurs environnementaux, en raison de problèmes de sécurité lors de la période de la collecte de données. Il est possible que si nous avions inclus d'autres régions de l'intérieur (Nord-Ouest, Sud-Ouest et Sud) avec des réalités différentes, cela aurait influencé différemment nos résultats. Toutefois, nous estimons que les résultats de cette recherche pourraient être transférables à un plus grand nombre de pays à ressources limitées, confrontés aux problématiques similaires.

### **12.4. Considérations éthiques**

Avant le début de notre étude, notre protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique de l'Université de Montréal (**Annexe 4**). De ce fait, nous n'avons pas besoin de le resoumettre au comité national d'éthique médicale du Ministère de la santé publique à Tunis. Le caractère confidentiel des données de la recherche a été garanti, et les procédures appropriées ont été prises

à cette fin. Les participants à l'étude ont pris connaissance du formulaire d'information et de consentement, de préservation de l'anonymat et de la confidentialité des données (**Annexe 3**). Nous nous sommes également assurés de la bonne compréhension de nos objectifs de recherche par les participants. Tel qu'indiqué dans le formulaire, les participants étaient libres de se retirer à tout moment de l'étude sous aucune contrainte. Le contenu des entrevues a été uniquement accessible à l'étudiante-chercheuse qui a elle-même effectué les retranscriptions. La rédaction de la thèse a été faite de manière qu'aucun participant à l'étude ne soit identifié. Par ailleurs, cette recherche a été menée en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers impliqués dans la formulation des politiques de santé en Tunisie (OMS, UNICEF). À cet égard, nous nous sommes assurés qu'il n'y ait pas de conflits d'intérêt.

### **12.5. Pistes de recherche futures**

Cette thèse ouvre également quelques pistes de recherche :

1. Explorer davantage les liens pouvant exister entre les processus de MAE et de pérennisation.
2. Explorer davantage l'impact des facteurs individuels dans les trois processus, en particulier pour le processus de pérennisation.
3. Explorer davantage les relations entre la dépendance des trois processus aux conditions initiales et le développement (évolution) des interventions au cours de ces trois processus.

## Bibliographie Générale

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Ment Health Serv Res*, 6(2), 61-74. doi:10.1023/b:mhsr.0000024351.12294.65
- Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., & Sawitzky, A. (2012). Expanding the domains of attitudes towards evidence-based practice: the evidence based practice attitude scale-50. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 331-340. doi:10.1007/s10488-010-0302-3
- Aarons, G. A., Green, A. E., Palinkas, L. A., Self-Brown, S., Whitaker, D. J., Lutzker, J. R., . . . Chaffin, M. J. (2012). Dynamic adaptation process to implement an evidence-based child maltreatment intervention. *Implement Sci*, 7(1), 32. doi:10.1186/1748-5908-7-32
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*, 38(1), 4-23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Aarons, G. A., & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: service provider perspectives. *Adm Policy Ment Health*, 34(4), 411-419. doi:10.1007/s10488-007-0121-3
- Aarons, G. A., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(4), 423-431. doi:10.1016/j.jaac.2012.01.018
- Achouri, H. (1997). Les innovations au niveau de la prestation des services de santé: Le cas de la Tunisie. *Banque mondiale*.

- Achouri, H. (2001a). Le projet d'appui à la réforme hospitalière objectifs, implémentation, résultats et enseignements: La réforme du système de santé. *Tunisie médicale*, 79(5), 270-277.
- Achouri, H. (2001b). Perspectives de réformes du système de santé Tunisien: La réforme du système de santé. *Tunisie médicale*, 79(5), 310-319.
- Achouri, H. (2005). *Health insurance reform: Challenges in Tunisia*. Paper presented at the international conference on social health insurance in developing countries, Berlin, Germany, November.
- Achouri, H. (2005). Planification hospitalière: L'Expérience tunisienne.
- Achouri, H., & Achour, N. (1989). Health services in Tunisia in the light of World Trade Organization agreements. *Hospitals*, 1992(1996), 1998.
- Achouri, H., Methbal, A., & Sabri, B. (1997). Hospital autonomy. *World Health-Geneve*, 50(5), 14-15.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Akachi, Y., & Atun, R. (2011). Effect of investment in malaria control on child mortality in sub-Saharan Africa in 2002-2008. *PLoS One*, 6(6), e21309. doi:10.1371/journal.pone.0021309
- Angeles, R. N., Dolovich, L., Kaczorowski, J., & Thabane, L. (2014). Developing a theoretical framework for complex community-based interventions. *Health Promot Pract*, 15(1), 100-108. doi:10.1177/1524839913483469
- Arfa, C., & Achouri, H. (2008). Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. *Lessons from reforms in low-and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 385-437.

- Argaw, D., Fanthahun, M., & Berhane, Y. (2007). Sustainability and factors affecting the success of community-based reproductive health programs in rural Northwest Ethiopia: original research article. *African journal of reproductive health, 11*(2), 79-88.
- Atkinson, N. L. (2007). Developing a questionnaire to measure perceived attributes of eHealth innovations. *American Journal of Health Behavior, 31*(6), 612-621. doi:10.5555/ajhb.2007.31.6.612
- Atun, R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan, 27 Suppl 4*(suppl 4), iv4-8. doi:10.1093/heapol/czs088
- Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2009). A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health policy and planning, 25*(1), 1-14.
- Barab, S. A., Redman, B. K., & Froman, R. D. (1998). Measurement characteristics of the levels of institutionalization scales: examining reliability and validity. *J Nurs Meas, 6*(1), 19-33. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9769609>
- Barker, P. M., Reid, A., & Schall, M. W. (2015). A framework for scaling up health interventions: lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science, 11*(1), 12.
- Bchir, A., De Brouwere, V., Kegels, G., & Zouari, B. (2000). Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. *Rapport d'évaluation. Direction des soins de santé de base.*
- Becker, M. C. (2004). Organizational routines: a review of the literature. *Industrial and corporate change, 13*(4), 643-678.

- Becker, M. C., Lazaric, N., Nelson, R. R., & Winter, S. G. (2005). Applying organizational routines in understanding organizational change. *Industrial and Corporate Change*, 14(5), 775-791.
- Beidas, R. S., Aarons, G., Barg, F., Evans, A., Hadley, T., Hoagwood, K., . . . Mandell, D. S. (2013). Policy to implementation: evidence-based practice in community mental health—study protocol. *Implementation Science*, 8(1), 38. doi:10.1186/1748-5908-8-38
- Beidas, R. S., Edmunds, J. M., Marcus, S. C., & Kendall, P. C. (2012). Training and consultation to promote implementation of an empirically supported treatment: A randomized trial. *Psychiatric Services*, 63(7), 660-665. doi:10.1176/appi.ps.201100401
- Berk, R. A., & Rossi, P. H. (1999). *Thinking about program evaluation*: Sage.
- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prev Sci*, 12(1), 23-33. doi:10.1007/s11121-010-0186-1
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975. doi:10.1001/jama.289.15.1969
- Bhutta, Z. A., Sommerfeld, J., Lassi, Z. S., Salam, R. A., & Das, J. K. (2014). Global burden, distribution, and interventions for infectious diseases of poverty. *Infect Dis Poverty*, 3(1), 21. doi:10.1186/2049-9957-3-21
- Blakely, C. H., Mayer, J. P., Gottschalk, R. G., Schmitt, N., Davidson, W. S., Roitman, D. B., & Emshoff, J. G. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American journal of community psychology*, 15(3), 253-268.



- Blanchard, J. F., Bhattacharjee, P., Kumaran, S., Ramesh, B. M., Kumar, N. S., Washington, R. G., & Moses, S. (2008). Concepts and strategies for scaling up focused prevention for sex workers in India. *Sex Transm Infect*, *84 Suppl 2*(Suppl 2), ii19-23. doi:10.1136/sti.2008.033134
- Blankenship, K. M., Friedman, S. R., Dworkin, S., & Mantell, J. E. (2006). Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. *J Urban Health*, *83*(1), 59-72. doi:10.1007/s11524-005-9007-4
- Blasinsky, M., Goldman, H. H., & Unutzer, J. (2006). Project IMPACT: a report on barriers and facilitators to sustainability. *Adm Policy Ment Health*, *33*(6), 718-729. doi:10.1007/s10488-006-0086-7
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*, *58*(4), 437.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M., & Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology*, *11*(5), 290.
- Bowman, C. C., Sobo, E. J., Asch, S. M., Gifford, A. L., & Initiative, H. I. H. Q. E. R. (2008). Measuring persistence of implementation: QUERI Series. *Implement Sci*, *3*(1), 21. doi:10.1186/1748-5908-3-21
- Bracht, N., Finnegan, J. R., Jr., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J., & Veblen-Mortenson, S. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Educ Res*, *9*(2), 243-255. doi:10.1093/her/9.2.243

- Bradley, E., Curry, L., Pérez-Escamilla, R., Berg, D., Bledsoe, S., & Ciccone, D. (2011). Dissemination, diffusion, and scale up of family health innovations in low-income countries. *Yale Global Health Leadership Institute*.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., Taylor, L. A., Pallas, S. W., Talbert-Slagle, K., Yuan, C., . . . Perez-Escamilla, R. (2012). A model for scale up of family health innovations in low-income and middle-income settings: a mixed methods study. *BMJ open*, 2(4), e000987. doi:10.1136/bmjopen-2012-000987
- Braithwaite, J., Matsuyama, Y., Mannion, R., Johnson, J., Bates, D. W., & Hughes, C. (2016). How to do better health reform: a snapshot of change and improvement initiatives in the health systems of 30 countries. *Int J Qual Health Care*, 28(6), 843-846. doi:10.1093/intqhc/mzw113
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition*: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, B. S., & Flynn, P. M. (2002). The federal role in drug abuse technology transfer: a history and perspective. *J Subst Abuse Treat*, 22(4), 245-257. doi:10.1016/s0740-5472(02)00228-3
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 371-381.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J. L., Lamont, S. S., . . . Whitby, E. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(3), 189-205.

- Buchanan, D. A., Fitzgerald, L., & Ketley, D. (2006). *The Spread and Sustainability of Organizational Change: Modernizing Healthcare*: Routledge.
- Butler, Y. G. (2011). The implementation of communicative and task-based language teaching in the Asia-Pacific region. *Annual Review of Applied Linguistics*, 31, 36-57.
- Butterfoss, F. D., Morrow, A. L., Rosenthal, J., Dini, E., Crews, R. C., Webster, J. D., & Louis, P. (1998). CINCH: an urban coalition for empowerment and action. Consortium for the Immunization of Norfolk's Children. *Health Educ Behav*, 25(2), 212-225. doi:10.1177/109019819802500208
- Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(1), 37.
- Car, L. T., Van Velthoven, M. H., Brusamento, S., Elmoniry, H., Car, J., Majeed, A., . . . Atun, R. (2012). Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission programs to improve uptake: a systematic review. *PLoS One*, 7(4), e35268.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci*, 2(1), 40. doi:10.1186/1748-5908-2-40
- Century, J., Rudnick, M., & Freeman, C. (2010). A framework for measuring fidelity of implementation: A foundation for shared language and accumulation of knowledge. *American Journal of Evaluation*, 31(2), 199-218.
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implement Sci*, 8(1), 117. doi:10.1186/1748-5908-8-117

- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.*
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). *L'analyse de l'implantation, dans A. Brousselle, F. Champagne, AP. Contandriopoulos, Z. Hartz. L'évaluation: concepts et méthodes.*
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A., & Denis, J. (2009). L'analyse de l'implantation. *L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, QC: Les Presses de l'Université de Montréal.*
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *L'évaluation: Concepts et méthodes, 35-56.*
- Champagne, F., & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. *Service social, 41(1), 143-163.*
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implement Sci, 8(1), 22.* doi:10.1186/1748-5908-8-22
- Chen, H.-T. (2004). Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness. In.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M., . . . Wibulpolprasert, S. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet, 364(9449), 1984-1990.* doi:10.1016/S0140-6736(04)17482-5

- Chopra, M., & Ford, N. (2005). Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promot Int*, 20(4), 383-390. doi:10.1093/heapro/dai018
- Christopher, J. B., Le May, A., Lewin, S., & Ross, D. A. (2011). Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*, 9(1), 27. doi:10.1186/1478-4491-9-27
- Claveranne, J.-P., & Pascal, C. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital. Une méthode au service de la performance*: Medica Editions.
- Clinton-McHarg, T., Yoong, S. L., Tzelepis, F., Regan, T., Fielding, A., Skelton, E., . . . Wolfenden, L. (2016). Psychometric properties of implementation measures for public health and community settings and mapping of constructs against the Consolidated Framework for Implementation Research: a systematic review. *Implementation Science*, 11(1), 148. doi:10.1186/s13012-016-0512-5
- Cohen, D. J., Crabtree, B. F., Etz, R. S., Balasubramanian, B. A., Donahue, K. E., Leviton, L. C., . . . Green, L. W. (2008). Fidelity versus flexibility: translating evidence-based research into practice. *American journal of preventive medicine*, 35(5), S381-S389.
- Cohen, M. D., & Bacdayan, P. (1994). Organizational routines are stored as procedural memory: Evidence from a laboratory study. *Organization science*, 5(4), 554-568.
- Contandriopoulos, A.-P. (1996). Transformer le système de santé. *RUPTURES-MONTREAL-*, 3, 10-17.

- Cook, J. M., O'Donnell, C., Dinnen, S., Coyne, J. C., Ruzek, J. I., & Schnurr, P. P. (2012). Measurement of a model of implementation for health care: toward a testable theory. *Implementation Science*, 7(1), 59. doi:10.1186/1748-5908-7-59
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. doi:10.1097/MLR.0b013e3182408812
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci*, 4, 50.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clin Psychol Rev*, 18(1), 23-45. doi:10.1016/s0272-7358(97)00043-3
- Dargouthy, J. (2004). L'Islam politique et la crise de la democratie en Tunisie (French text).
- Davies, B., & Edwards, N. (2013). Sustaining knowledge use. *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*, 2, 237-248.
- Davis, F. D. (1993). User acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *International journal of man-machine studies*, 38(3), 475-487.
- De Jong, A., De Ruyter, K., & Lemmink, J. (2003). The adoption of information technology by self-managing service teams. *Journal of Service Research*, 6(2), 162-179.
- Devers, K. J., & Frankel, R. M. (1999). Study design in qualitative research--2: Sampling and data collection strategies. *Education For Health (Abingdon, England)*, 13(2), 263-271.

- Drake, R. E., Bebout, R. R., Quimby, E., Teague, G. B., Harris, M., & Roach, J. P. (1993). Process evaluation in the Washington, DC, dual diagnosis project. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 10(3-4), 113-124.
- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important. *Journal of Prevention & Intervention in the community*, 17(2), 5-18.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*, 41(3-4), 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Educ Res*, 18(2), 237-256. doi:10.1093/her/18.2.237
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*, 4(1), 12. doi:10.1186/1478-4491-4-12
- Dykstra, S., Glassman, A., Kenny, C., & Sandefur, J. (2019). Regression discontinuity analysis of Gavi's impact on vaccination rates. *Journal of Development Economics*, 140, 12-25.
- Dykstra, S., Glassman, A. L., Kenny, C., & Sandefur, J. (2015). The impact of Gavi on vaccination rates: regression discontinuity evidence. *Center for Global Development Working Paper*(394).
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. In: BioMed Central.
- Edwards, N. (2010). *Scaling-up health innovations and interventions in public health: a brief review of the current state-of-the-science*. Paper presented at the Proceedings of the

Inaugural Conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs.

El-Saharty, S. (2006). Tunisia health sector study. *Human Development Group, Middle East and North Africa Region, the World Bank, Washington DC.*

El-Said, H., & Harrigan, J. (2014). Economic Reform, Social Welfare, and Instability: Jordan, Egypt, Morocco, and Tunisia, 1983–2004. *The Middle East Journal*, 68(1), 99-121.

Ellis, P., Robinson, P., Ciliska, D., Armour, T., Raina, P., Brouwers, M., . . . Baldassarre, F. (2003). Diffusion and Dissemination of Evidence-Based Cancer Control Interventions: Summary. In *AHRQ Evidence Report Summaries: Agency for Healthcare Research and Quality (US).*

Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243. doi:10.1016/s1553-7250(08)34030-6

Ferradini, L., Jeannin, A., Pinoges, L., Izopet, J., Odhiambo, D., Mankhambo, L., . . . Brasher, C. (2006). Scaling up of highly active antiretroviral therapy in a rural district of Malawi: an effectiveness assessment. *Lancet*, 367(9519), 1335-1342. doi:10.1016/S0140-6736(06)68580-2

Fitzgerald, L., Ferlie, E., McGivern, G., & Buchanan, D. (2013). Distributed leadership patterns and service improvement: Evidence and argument from English healthcare. *The Leadership Quarterly*, 24(1), 227-239.

Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children*, 79(2), 213-230.

Fixsen, D., Panzano, P., Naoom, S., & Blase, K. (2008). Measures of implementation components of the national implementation research network frameworks. *Chapel Hill: Authors.*



- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on social work practice, 19*(5), 531-540.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). Implementation research: a synthesis of the literature.
- Fleischer, A. R., Semenic, S. E., Ritchie, J. A., Richer, M. C., & Denis, J. L. (2015). The sustainability of healthcare innovations: a concept analysis. *J Adv Nurs, 71*(7), 1484-1498. doi:10.1111/jan.12633
- Garner, B. R., Hunter, S. B., Funk, R. R., Griffin, B. A., & Godley, S. H. (2016). Toward evidence-based measures of implementation: examining the relationship between implementation outcomes and client outcomes. *Journal of substance abuse treatment, 67*, 15-21.
- Garner, P., & Volmink, J. (2000). Interventions for promoting adherence to tuberculosis management. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000*(4).
- Gérardin, H., Dos Santos, S., & Gastineau, B. (2016). Présentation. Des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD) : la problématique des indicateurs. [Presentation. From Millennium Development Goals (MDGs) to Sustainable Development Goals (SGDs): The Issue of Indicators]. *Mondes en développement, n° 174*(2), 7-14. doi:10.3917/med.174.0007
- Gilmore, B., & McAuliffe, E. (2013). Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC public health, 13*(1), 847. doi:10.1186/1471-2458-13-847

- Gilson, L., & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health Policy Plan*, 23(5), 294-307. doi:10.1093/heapol/czn019
- Gilson, L., & Schneider, H. (2010). Commentary: Managing scaling up: what are the key issues? *Health policy and planning*, 25(2), 97-98. Retrieved from <http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/2/97.full.pdf>
- Gispert, R., Serra, I., Bares, M., Puig, X., Puigdefabregas, A., & Freitas, A. (2008). The impact of avoidable mortality on life expectancy at birth in Spain: changes between three periods, from 1987 to 2001. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(9), 783-789.
- Glaser, E. M., & Backer, T. E. (1980). Durability of innovations: How goal attainment scaling programs fare over time. *Community mental health journal*, 16(2), 130-143.
- Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., & Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Educ Q*, 20(2), 161-178. doi:10.1177/109019819302000208
- Goodman, R. M., & Steckler, A. B. (1987). The life and death of a health promotion program: an institutionalization case study. *Int Q Community Health Educ*, 8(1), 5-22. doi:10.2190/E5H5-3N0A-XN9N-FQ9X
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of Innovations in Service Organisations: A Systematic Literature Review*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

- Greer, D., Grasso, D. J., Cohen, A., & Webb, C. (2014). Trauma-focused treatment in a state system of care: Is it worth the cost? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 317-323.
- Gruen, R. L., Elliott, J. H., Nolan, M. L., Lawton, P. D., Parkhill, A., McLaren, C. J., & Lavis, J. N. (2008). Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Lancet*, 372(9649), 1579-1589. doi:10.1016/S0140-6736(08)61659-1
- Guisset, A.-L. (2014). Cadrage Phase II: "Accompagner et soutenir le processus de formulation et l'adoption par le gouvernement de la nouvelle politique de santé".
- Gupta, A., Thorpe, C., Bhattacharyya, O., & Zwarenstein, M. (2016). Promoting development and uptake of health innovations: the nose to tail tool. *F1000Research*, 5.
- Gupta, G. R., Parkhurst, J. O., Ogden, J. A., Aggleton, P., & Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*, 372(9640), 764-775. doi:10.1016/S0140-6736(08)60887-9
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-731. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623035/pdf/15643791.pdf>
- Hall, A. K., Cole-Lewis, H., & Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annu Rev Public Health*, 36, 393-415. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122855
- Hall, G., & Hord, S. M. (2001). Implementing change: Patterns, principles, and potholes. In: Boston, MA: Allyn & Bacon.

- Hanson, K., Cleary, S., Schneider, H., Tantivess, S., & Gilson, L. (2010). Scaling up health policies and services in low- and middle-income settings. *BMC Health Serv Res, 10 Suppl 1*(Suppl 1), I1. doi:10.1186/1472-6963-10-S1-I1
- Hanson, K., Ranson, M. K., Oliveira-Cruz, V., & Mills, A. (2003). Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development, 15*(1), 1-14.
- Hardee, K., Ashford, L., Rottach, E., Jolivet, R., & Kiesel, R. (2012). The policy dimensions of scaling up health initiatives.
- Hebert, R., & Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *Int J Integr Care, 4*(3), e05. doi:10.5334/ijic.106
- Helfrich, C. D., Li, Y. F., Sharp, N. D., & Sales, A. E. (2009). Organizational readiness to change assessment (ORCA): development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implement Sci, 4*(38), 38. doi:10.1186/1748-5908-4-38
- Howitt, P., Darzi, A., Yang, G. Z., Ashrafian, H., Atun, R., Barlow, J., . . . Wilson, E. (2012). Technologies for global health. *Lancet, 380*(9840), 507-535. doi:10.1016/S0140-6736(12)61127-1
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods.
- Johns, B., Torres, T. T., & Who, C. (2005). Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy Plan, 20*(1), 1-13. doi:10.1093/heapol/czi001
- Johnson, K., Hays, C., Center, H., & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. *Evaluation and Program planning, 27*(2), 135-149.

- Karlsson, A., & Bendtsen, P. (2005). Acceptability of a computerized alcohol screening and advice routine in an emergency department setting--a patient perspective. *Addict Behav*, 30(4), 767-776. doi:10.1016/j.addbeh.2004.08.022
- Karsh, B. T. (2004). Beyond usability: designing effective technology implementation systems to promote patient safety. *Qual Saf Health Care*, 13(5), 388-394. doi:10.1136/qhc.13.5.388
- Kchouk, B. (2011). *La chute de la dictature tunisienne: sous le prisme des transitions sociodémographiques*: Université de Sherbrooke.
- Kessler, E. H., & Chakrabarti, A. K. (1996). Innovation speed: A conceptual model of context, antecedents, and outcomes. *Academy of management review*, 21(4), 1143-1191.
- Khadjesari, Z., Vitoratou, S., Sevdalis, N., & Hull, L. (2017). Implementation outcome assessment instruments used in physical healthcare settings and their measurement properties: a systematic review protocol. *BMJ open*, 7(10), e017972.
- Kilbourne, A. M., Neumann, M. S., Pincus, H. A., Bauer, M. S., & Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implement Sci*, 2(1), 42. doi:10.1186/1748-5908-2-42
- Klimes-Dougan, B., August, G. J., Lee, C.-Y. S., Realmuto, G. M., Bloomquist, M. L., Horowitz, J. L., & Eisenberg, T. L. (2009). Practitioner and site characteristics that relate to fidelity of implementation: The Early Risers prevention program in a going-to-scale intervention trial. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 467.
- Klingner, J. K., Vaughn, S., Hughes, M. T., & Arguelles, M. E. (1999). Sustaining research-based practices in reading a 3-year follow-up. *Remedial and Special Education*, 20(5), 263-287.
- Kohl, R., & Cooley, L. (2003). *Scaling Up—A Conceptual and Operational Framework*. Washington, DC: Management Systems International.

- Kwon, T. H., & Zmud, R. W. (1987). *Unifying the fragmented models of information systems implementation*. Paper presented at the Critical issues in information systems research.
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A., & Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci*, *10*(1), 153. doi:10.1186/s13012-015-0345-7
- Lee, S. H., Nurmatov, U. B., Nwaru, B. I., Mukherjee, M., Grant, L., & Pagliari, C. (2016). Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*, *6*(1), 010401. doi:10.7189/jogh.06.010401
- Levine, R. (2004). *Millions saved: proven successes in global health*: Peterson Institute.
- Lewis, C. C., Fischer, S., Weiner, B. J., Stanick, C., Kim, M., & Martinez, R. G. (2015). Outcomes for implementation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. *Implementation Science*, *10*(1), 155.
- Lindquist, K., & Mauriel, J. (1989). Depth and breadth in innovation implementation: The case of school-based management. *Research on the management of innovation: The Minnesota studies*, 561-581.
- Love, A. (2004). Implementation evaluation. *Handbook of practical program evaluation*, *2*, 63-97.
- Lund, C., Tomlinson, M., & Patel, V. (2016). Integration of mental health into primary care in low-and middle-income countries: the PRIME mental healthcare plans. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(s56), s1-s3.

- Mahler, A., & Rogers, E. M. (1999). The diffusion of interactive communication innovations and the critical mass: the adoption of telecommunications services by German banks. *Telecommunications policy*, 23(10-11), 719-740.
- Mallé Samb, O., Ridde, V., & Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso? *Revue Tiers Monde*, 215(3), 73-91.
- Mangham, L. J., & Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: what are the key issues? *Health policy and planning*, 25(2), 85-96. Retrieved from <http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/2/85.full.pdf>
- Mansour, M., Mansour, J. B., & El Swesy, A. H. (2010). Scaling up proven public health interventions through a locally owned and sustained leadership development programme in rural Upper Egypt. *Hum Resour Health*, 8(1), 1.
- Marcus, A. A., & Weber, M. J. (1989). Externally-induced innovation. *Research on the management of innovation: The Minnesota studies*, 537-559.
- Martens, J. D., van der Weijden, T., Winkens, R. A., Kester, A. D., Geerts, P., Evers, S., & Severens, J. L. (2008). Feasibility and acceptability of a computerised system with automated reminders for prescribing behaviour in primary care. *international journal of medical informatics*, 77(3), 199-207. doi:10.1016/j.ijmedinf.2007.05.013
- Martinez, R. G., Lewis, C. C., & Weiner, B. J. (2014). Instrumentation issues in implementation science. *Implementation Science*, 9(1), 118. doi:10.1186/s13012-014-0118-8
- Masanja, H., de Savigny, D., Smithson, P., Schellenberg, J., John, T., Mbuya, C., . . . Mshinda, H. (2008). Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *Lancet*, 371(9620), 1276-1283. doi:10.1016/S0140-6736(08)60562-0

- McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 68(7), 1038-1044. doi:10.4088/jcp.v68n0710
- McLaughlin, M. W. (1990). The Rand change agent study revisited: Macro perspectives and micro realities. *Educational researcher*, 19(9), 11-16.
- Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*, 21(3), 181-206. doi:10.1521/aeap.2009.21.3.181
- Medlin, C. A., Chowdhury, M., Jamison, D. T., & Measham, A. R. (2006). Improving the health of populations: lessons of experience. *Disease control priorities in developing countries*, 2.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., & Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5(4), 208-216. doi:10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., Walker, A., & Psychological Theory, G. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*, 14(1), 26-33. doi:10.1136/qshc.2004.011155
- Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. *Emotional and Behavioral Disorders in Youth*, 4(4), 83-105.
- Mills, A. (2014). Health care systems in low- and middle-income countries. *N Engl J Med*, 370(6), 552-557. doi:10.1056/NEJMra1110897



- Moullin, J. C., Sabater-Hernandez, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst, 13*(1), 16. doi:10.1186/s12961-015-0005-z
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation, 24*(3), 315-340.
- NACEF, T. (2014). Dialogue Sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux.
- Nemeroff, R., Levitt, J. M., Faul, L., Wonpat-Borja, A., Bufferd, S., Setterberg, S., & Jensen, P. S. (2008). Establishing ongoing, early identification programs for mental health problems in our schools: a feasibility study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(3), 328-338.
- Nilsen, P. (2015a). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science, 10*(1), 53. doi:10.1186/s13012-015-0242-0
- Nilsen, P. (2015b). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Science, 10*(1), 53. doi:10.1186/s13012-015-0242-0
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci, 10*. doi:10.1186/s13012-015-0242-0
- Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC health services research, 19*(1), 189.
- Norton, W. E. (2012). An exploratory study to examine intentions to adopt an evidence-based HIV linkage-to-care intervention among state health department AIDS directors in the United States. *Implementation Science, 7*(1), 27.

- Olsen, I. T. (1998a). Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health policy and planning*, 13(3), 287-295.
- Olsen, I. T. (1998b). Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health policy and planning*, 13(3), 287-295. Retrieved from <http://heapol.oxfordjournals.org/content/13/3/287.full.pdf>
- OMD. (2015). Objectifs du Millénaire pour le développement: Rapport 2015. *Nations Unies*.
- ONFP. (1996). La clinique mobile au service de la santé familiale. *Planification de la famille, Santé de la reproduction, Unité mobile*.
- ONFP. (2008). Evaluation des activités SR/PF et IEC : 1er septembre 2008 *Donnée statistique, IEC, Adolescent, Unité mobile, Méthode contraceptive Santé de la reproduction*
- ONFP, Bchir, M., & Azzouz, A. (1975). Les Equipes mobiles dans le programme national de planning familial *Planification de la famille, Programme de planning familial, Unité mobile*
- Ovretveit, J. (2003). Making temporary quality improvement continuous: A review of research relevant to the sustainability of quality improvement in healthcare. *Karolinska Institute, Stockholm, Sweden*.
- Paina, L., & Peters, D. H. (2012). Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health policy and planning*, 27(5), 365-373. Retrieved from <http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/5/365.full.pdf>
- Parsons, T., Shils, E. A., & Smelser, N. J. (1965). *Toward a general theory of action: Theoretical foundations for the social sciences*: Transaction publishers.
- PATH, & WHO. (2012). Domestic Refrigerators for Vaccine Storage in Tunisia: Conclusion and Recommendations. *Seattle: PATH, WHO*.

- Patton, M. Q. (2003). *Utilization-focused evaluation*: Springer.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*: Guilford Press.
- Pentz, M. A., Trebow, E. A., Hansen, W. B., MacKinnon, D. P., Dwyer, J. H., Johnson, C. A., . . . Cormack, C. (1990). Effects of program implementation on adolescent drug use behavior: The Midwestern Prevention Project (MPP). *Evaluation Review*, *14*(3), 264-289.
- Perry, L., & Malkin, R. (2011). Effectiveness of medical equipment donations to improve health systems: how much medical equipment is broken in the developing world? In: Springer.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, *48*(8), 731-736. doi:10.1136/bmj.f6753
- Peters, D. H., El-Saharty, S., Siadat, B., Janovsky, K., & Vujicic, M. (2009). Improving health service delivery in developing countries: from evidence to action. *Washington: World Bank*.
- Peterson, A. E., Bond, G. R., Drake, R. E., McHugo, G. J., Jones, A. M., & Williams, J. R. (2014). Predicting the long-term sustainability of evidence-based practices in mental health care: an 8-year longitudinal analysis. *The journal of behavioral health services & research*, *41*(3), 337-346. doi:10.1007/s11414-013-9347-x
- Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K., Gerhardus, A., Hofmann, B., Booth, A., Lysdahl, K. B., . . . Rehfuss, E. A. (2015). Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, *109*(2), 103-114. doi:10.1016/j.zefq.2015.01.004

- Ploeg, J., Markle-Reid, M., Davies, B., Higuchi, K., Gifford, W., Bajnok, I., . . . Bookey-Bassett, S. (2014). Spreading and sustaining best practices for home care of older adults: a grounded theory study. *Implement Sci*, 9(1), 162. doi:10.1186/s13012-014-0162-4
- Pluye, P. (2002). *Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes : étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé*. (Thèse (Ph D)). Université de Montréal, Montréal. Retrieved from Accès à la recherche dans Dissertations & Thesis @ Université de Montréal: <http://search.proquest.com/pqdtlocal1006863/advanced?accountid=12543> Accès réservé UdeM CaQMU database.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program planning*, 27(2), 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.-L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program planning*, 28(2), 123-137. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.10.003
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot Int*, 19(4), 489-500. doi:10.1093/heapro/dah411
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., . . . York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev*, 69(2), 123-157. doi:10.1177/1077558711430690
- Powell, B. J., Proctor, E. K., & Glass, J. E. (2014). A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res Soc Work Pract*, 24(2), 192-212. doi:10.1177/1049731513505778

- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., . . . Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*, *10*(1), 21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1
- Proctor, E., Luke, D., Calhoun, A., McMillen, C., Brownson, R., McCrary, S., & Padek, M. (2015). Sustainability of evidence-based healthcare: research agenda, methodological advances, and infrastructure support. *Implement Sci*, *10*(1), 88. doi:10.1186/s13012-015-0274-5
- Proctor, E., Powell, B., & Feely, M. (2014). Measurement in dissemination and implementation science. *Dissemination and implementation of evidence-based practices in child and adolescent mental health*, *22*, 43.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, *38*(2), 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*, *36*(1), 24-34. doi:10.1007/s10488-008-0197-4
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*, *8*(1), 139. doi:10.1186/1748-5908-8-139
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, *8*(1), 139.

- Rabin, B. A., & Brownson, R. C. (2012). Developing the Terminology for Dissemination and Implementation Research. In R. C. Brownson, G. A. Colditz, & E. K. Proctor (Eds.), *Dissemination and Implementation Research in Health*. New York: Oxford University Press.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract, 14*(2), 117-123. doi:10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice, 14*(2), 117-123.
- Rabin, B. A., Lewis, C. C., Norton, W. E., Neta, G., Chambers, D., Tobin, J. N., . . . Glasgow, R. E. (2015). Measurement resources for dissemination and implementation research in health. *Implementation Science, 11*(1), 42.
- Racine, D. P. (2006). Reliable effectiveness: a theory on sustaining and replicating worthwhile innovations. *Adm Policy Ment Health, 33*(3), 356-387. doi:10.1007/s10488-006-0047-1
- Raghavan, R., Inkelas, M., Franke, T., & Halfon, N. (2007). Administrative barriers to the adoption of high-quality mental health services for children in foster care: A national study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*(3), 191-201. doi:10.1007/s10488-006-0095-6
- Ranson, M. K., Hanson, K., Oliveira-Cruz, V., & Mills, A. (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development, 15*(1), 15-39.

- Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Canadian journal of public health*, 88(2), 109-113.
- Resnicow, K., Davis, M., Smith, M., Lazarus-Yaroch, A., Baranowski, T., Baranowski, J., . . . Wang, D. T. (1998). How best to measure implementation of school health curricula: a comparison of three measures. *Health Education Research*, 13(2), 239-250. Retrieved from <http://her.oxfordjournals.org/content/13/2/239.full.pdf>
- Ridde, V. (2016). Need for more and better implementation science in global health. In: BMJ Specialist Journals.
- Ridde, V., Delormier, T., & Goudreau, G. (2007). Evaluation of empowerment and effectiveness. In *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 385-399): Springer.
- Ridde, V., Pluye, P., & Queuille, L. (2006). Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(5), 421-431. doi:10.1016/s0398-7620(06)76740-2
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P. A., & Turcotte-Tremblay, A. M. (2018). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *The International journal of health planning and management*, 33(1), e153-e167.
- Rissel, C., Finnegan, J., & Bracht, N. (1995). Evaluating quality and sustainability: issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. *Health promotion international*, 10(3), 199-207.

- Roberts-Gray, C., & Scheirer, M. A. (1988). Checking the congruence between a program and its organizational environment. *New directions for program evaluation*, 1988(40), 63-82. doi:10.1002/ev.1497
- Rogers, E. (1962). (1995). Diffusion of innovations. New York: Free Press.
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addict Behav*, 27(6), 989-993. doi:10.1016/s0306-4603(02)00300-3
- Rogers, E. M. (2003). Elements of diffusion. *Diffusion of innovations*, 5, 1-38.
- Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). Communication of Innovations; A Cross-Cultural Approach.
- Rogers Everett, M. (1995). Diffusion of innovations. *New York*.
- Ronckers, E. T., Groot, W., Steenbakkens, M., Ruland, E., & Ament, A. (2006). Costs of the'Hartslag Limburg'community heart health intervention. *BMC public health*, 6(1), 51.
- Rye, C. B., & Kimberly, J. R. (2007). The adoption of innovations by provider organizations in health care. *Med Care Res Rev*, 64(3), 235-278. doi:10.1177/1077558707299865
- Sachs, J. (2008). The end of poverty: economic possibilities for our time. *European Journal of Dental Education*, 12(s1), 17-21.
- Sanetti, L. M. H., & Collier-Meek, M. A. (2014). Increasing the rigor of procedural fidelity assessment: An empirical comparison of direct observation and permanent product review methods. *Journal of Behavioral Education*, 23(1), 60-88.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation : the organizational context*. Beverly Hills: Sage Publications.



- Scheirer, M. A. (1986). Managing innovation: A framework for measuring implementation. *Joseph S. Wholey, Mark A. Abramson, and Christopher Bellavita (Lexington, Massachusetts: Lexington Books, DC Heath and Company, 1986).*
- Scheirer, M. A. (1993). Are the Level of Institutionalization Scales Ready for "Prime Time"? A Commentary on "Development of Level of Institutionalization (LoIn) Scales for Health Promotion Programs". *Health Education & Behavior, 20(2)*, 179-182.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. *Handbook of practical program evaluation*, 40-68.
- Scheirer, M. A. (2013). Linking sustainability research to intervention types. *Am J Public Health, 103(4)*, e73-80. doi:10.2105/AJPH.2012.300976
- Scheirer, M. A. (2016). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation, 26(3)*, 320-347. doi:10.1177/1098214005278752
- Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An agenda for research on the sustainability of public health programs. *Am J Public Health, 101(11)*, 2059-2067. doi:10.2105/AJPH.2011.300193
- Scheirer, M. A., Hartling, G., & Hagerman, D. (2008). Defining sustainability outcomes of health programs: Illustrations from an on-line survey. *Eval Program Plann, 31(4)*, 335-346. doi:10.1016/j.evalprogplan.2008.08.004
- Scott, S. D., Plotnikoff, R. C., Karunamuni, N., Bize, R., & Rodgers, W. (2008). Factors influencing the adoption of an innovation: an examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). *Implement Sci, 3(1)*, 41. doi:10.1186/1748-5908-3-41

- Sepey, M., Ridde, V., Toure, L., & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Global Health, 13*(1), 86. doi:10.1186/s12992-017-0307-8
- Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2012). Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: the Triple P-Positive Parenting Program. *Child Maltreatment, 17*(1), 86-95. doi:10.1177/1077559511424774
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res, 13*(1), 87-108. doi:10.1093/her/13.1.87
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S. G., . . . Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Serv Manage Res, 11*(1), 24-41; discussion 41-28. doi:10.1177/095148489801100106
- Sidhom, M., Chahed, M., & De Brouwere, V. (2013). Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. *Rapport d'évaluation. Direction des soins de santé de base.*
- Simmons, R., Fajans, P., & Ghiron, L. (2007). *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*: World Health Organization.
- Simmons, R., & Shiffman, J. (2007). Scaling up health service innovations: a framework for action. *Scaling up health service delivery, 1.*
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *J Subst Abuse Treat, 22*(4), 171-182. doi:10.1016/s0740-5472(02)00231-3

- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J., & Dillon, L. (2003). Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence.
- Stake, R. E. (2013). *Multiple case study analysis*: Guilford Press.
- Stangl, A. L., Lloyd, J. K., Brady, L. M., Holland, C. E., & Baral, S. (2013). A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, *16*, 18734.
- Steckler, A., & Goodman, R. M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. *Am J Health Promot*, *3*(4), 34-43. doi:10.4278/0890-1171-3.4.34
- Stiles, P. G., Boothroyd, R. A., Snyder, K., & Zong, X. (2002). Service penetration by persons with severe mental illness: How should it be measured? *The journal of behavioral health services & research*, *29*(2), 198-207.
- Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, *7*(1), 17.
- Stirman, S. W., Matza, A., Gamarra, J., Toder, K., Xhezo, R., Evans, A. C., . . . Creed, T. (2015). System-Level Influences on the Sustainability of a Cognitive Therapy Program in a Community Behavioral Health Network. *Psychiatr Serv*, *66*(7), 734-742. doi:10.1176/appi.ps.201400147
- Stirman, S. W., Miller, C. J., Toder, K., & Calloway, A. (2013). Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implement Sci*, *8*(1), 65. doi:10.1186/1748-5908-8-65

- Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T., & Peters, D. H. (2011). Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC health services research*, *11*(1), 336.
- Taylor, D. C., & Taylor, C. E. (2016). *Just and lasting change: When communities own their futures*: JHU Press.
- Teo, T. S., Lim, G. S., & Fedric, S. A. (2007). The adoption and diffusion of human resources information systems in Singapore. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, *45*(1), 44-62.
- Toledo Romani, M. E., Vanlerberghe, V., Perez, D., Lefevre, P., Ceballos, E., Bandera, D., . . . Van der Stuyft, P. (2007). Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. *Soc Sci Med*, *64*(4), 976-988. doi:10.1016/j.socscimed.2006.10.033
- Travis, P., Bennett, S., Haines, A., Pang, T., Bhutta, Z., Hyder, A. A., . . . Evans, T. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, *364*(9437), 900-906. doi:10.1016/S0140-6736(04)16987-0
- Trottier, L., Denis, J., & Villeneuve, M. (2007). Anchoring and sustaining change in healthcare organizations. *Montreal, Canada: CHSRF/CIHR GETOS Chair & CIHR/AnEIS Program*.
- Uvin, P. (1995). Fighting hunger at the grassroots: Paths to scaling up. *World Development*, *23*(6), 927-939.
- Uvin, P., & Miller, D. (1996). Paths to scaling-up: alternative strategies for local nongovernmental organizations. *Human Organization*, *55*(3), 344-354.
- Van Damme, W., Kober, K., & Kegels, G. (2008). Scaling-up antiretroviral treatment in Southern African countries with human resource shortage: how will health systems adapt? *Social science & medicine*, *66*(10), 2108-2121.

- Van de Ven, A. H., & Rogers, E. M. (1988). Innovations and organizations: Critical perspectives. *Communication research, 15*(5), 632-651.
- Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J., & Vaughan, J. P. (2004). Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet, 364*(9444), 1541-1548. doi:10.1016/S0140-6736(04)17279-6
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol, 61*(4), 620-630. doi:10.1037//0022-006x.61.4.620
- Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Poitier, M., Lunn, S., Koci, V., . . . Rolle, G. (2015). Factors influencing implementation dose and fidelity thereof and related student outcomes of an evidence-based national HIV prevention program. *Implement Sci, 10*(1), 44. doi:10.1186/s13012-015-0236-y
- Weber, M. (1978). The nature of social action. *Weber: Selections in translation, 7-32*.
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., . . . Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science, 12*(1), 108. doi:10.1186/s13012-017-0635-3
- Weiner, B. J., Lewis, M. A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health education research, 24*(2), 292-305.
- WHO. (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy.
- WHO. (2013). *Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*: World Health Organization.
- WHO. (2015a). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

- WHO. (2015b). Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM).
- WHO, & PATH. (2013). Optimize: Tunisia Report. *Seattle: PATH*.
- Willis, C. D., Riley, B. L., Stockton, L., Abramowicz, A., Zummach, D., Wong, G., . . . Best, A. (2016). Scaling up complex interventions: insights from a realist synthesis. *Health Res Policy Syst, 14*(1), 88. doi:10.1186/s12961-016-0158-4
- Wilson, J. Q. (1965). *Innovation in organization: Notes toward a theory*: Center for the Advanced Study of Educational Administration.
- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci, 7*, 17. doi:10.1186/1748-5908-7-17
- Wyss, K., Moto, D. D., & Callewaert, B. (2003). Constraints to scaling-up health related interventions: the case of Chad, Central Africa. *Journal of International Development, 15*(1), 87.
- Yamey, G. (2011). Scaling up global health interventions: a proposed framework for success. *PLoS Med, 8*(6), e1001049. doi:10.1371/journal.pmed.1001049
- Yazid, B., Blaise, P., Zouari, B., & De Brouwere, V. (2004). Evaluation du Programme National de Développement des Circonscriptions Sanitaires en Tunisie. *Rapport d'évaluation. Direction des soins de santé de base*.
- Yin, R. K. (2003a). Case study research design and methods third edition. *Applied social research methods series, 5*.
- Yin, R. K. (2003b). Designing case studies. *Case study research: Design and methods*, 19-56.
- Yin, R. K., & Quick, S. K. (1979). *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*: Lexington Books Lexington, MA.

Zaltman, G., & Brooker, G. (1971). A new look at the adoption process. *Northwestern University*.

Zaltman, G., Duncan, R., & Holbek, J. (1973). *Innovations and organizations*: John Wiley & Sons.

## Annexe 1. Guide d'entretien individuel

### Étude de la mise en œuvre, mise à l'échelle et pérennisation des initiatives innovantes du secteur de la santé en Tunisie

#### GUIDE D'ENTREVUES

Lieu : .....

Date de la séance d'entretien: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure-----

Entrevue n° : .....

Durée de l'entretien: .....

Type & ampleur de l'initiative:

- Initiative émergente
- Projet pilote initié par un bailleur
- Grande réforme/programme national

#### INTRODUCTION

- Rappel du projet de recherche et de ses objectifs
- Présentation des règles d'éthique et des diverses procédures : protection de l'anonymat, consentement éclairé, présentation de la possibilité d'arrêter l'entretien quand les personnes interviewées le désirent
- Présentation du formulaire de consentement (*préalablement transmis lors de la prise de contact*)
- Signature du formulaire de consentement.

#### INFORMATIONS BIOGRAPHIQUES

- Trajectoire professionnelle : nombre d'années au poste occupé
- Tâches, rôles et responsabilités par rapport à l'initiative visée
- Présence lors du démarrage de l'initiative
- Changement dans les responsabilités et tâches après l'implantation de l'initiative

#### Perceptions par rapport à l'initiative innovante

**Caractéristiques de l'initiative : Pertinence, crédibilité, avantage comparatif, compatibilité, simplicité, bien-fondé**

- Quelles sont les composantes/activités essentielles de ce projet ?
- Quel est le besoin auquel l'initiative est venue répondre (**pertinence**) ? comment et par qui ce besoin a été identifié ? Comment ce besoin est-il perçu par d'autres parties prenantes (**visibilité**) ?
- Cette initiative a-t-elle un **avantage relatif** par rapport à d'autres pratiques qui cherchent à résoudre le même problème en termes de coût, d'efficacité, de faisabilité, soutien politique ?



- Quelle est la **crédibilité** accordée à l’initiative en termes des évidences sur ses succès et le soutien apporté par les différentes parties prenantes ?
- Y’a-t-il eu des **adaptations nécessaires** avant l’introduction dans les nouveaux sites, si oui, pourquoi ? Comment a-t-on assuré que les éléments essentiels soient restés intacts lors de l’expansion ?

### Mise en œuvre – Phase pilote

- Les **ressources** (financières, humaines, matérielles) investies par l’organisme subventionnaire étaient-elles adéquates pour mettre en œuvre le projet et les **activités** qui en découlent ?
- Est-ce que le projet a été **mis en œuvre selon ce qui était prévu** ? Y’a-t-il des **composantes** du projet non mises en œuvre ? Si OUI, lesquelles et pourquoi ?
- Est-ce que le projet a produit les **effets** attendus ? y a-t-il d’autres **effets non anticipés** ? Si Oui, lesquelles ?
- Le **contexte** de mise en œuvre appuie-t-il la mise en œuvre de l’intervention planifiée ? Comment ?
- Existe-t-il des différences intersites ? Pourquoi ?
- Quels sont les **facteurs facilitateurs** de la mise en œuvre ?
- Quelles sont les **difficultés perçues** dans le processus de mise en œuvre de la phase initiale ?
- Y a-t-il d’autres événements internes ou externes qui affectent le projet, ses promoteurs ou ses organisations cibles ?

### Déroulement de la mise à l’échelle

- Toutes les composantes de la phase pilote (techniques, managériales, formation, politique, etc.) ont été mises à l’échelle ?
- Avant la MAE, l’initiative a été testée dans une **variété de contextes socioculturels et géographiques** reflétant la Tunisie ?
- Quels ont été les plus **gros défis** et les **facteurs environnementaux** ayant affecté le processus de passage à l’échelle? Y avait-il d’autres **difficultés perçues** ? (*Bureaucratie, gouvernance, climat politique, niveau d’implication, processus de négociation, etc.*)
- Quelles ont été les **stratégies** (envisagées et celles non poursuivies) utilisées pour les relever ? (*qu’est-ce qui a fonctionné ou pas*)
- Quels **mécanismes de suivi ou d’évaluation** lors du processus de passage à l’échelle et de ses résultats ? ces résultats ont-ils permis de faire des **ajustements** dans le processus?
- D’après vous, quels étaient les **principaux déterminants du succès** ou de l’échec dans le processus de passage à l’échelle? Autres événements internes ou externes ?

### Conditions de la mise à l’échelle

- Quels ont été les **changements (politiques, juridiques, institutionnels ou autres)** apportés pour rendre formelle le processus de MAE de l’initiative (Ex. des stratégies de plaidoyer et de légitimation) ? Peut-on estimer que le soutien est durable ?
- Quelle était la **principale source de financement** pour l’ensemble des coûts liés au processus de passage à l’échelle ? (*coûts liés au fonctionnement de l’équipe d’appui, au suivi du financement et à l’évaluation de l’extension des activités*)
- **Fonds suffisants** ou des **ressources externes** ont été utilisés (en totalité ou en partie) pour financer le processus de passage à l’échelle ?
- Quels moyens utilisés pour assurer des ressources (*financières, humaines et matérielles*) suffisantes dans la mise à l’échelle et quel est le succès pour ces efforts ? Peut-on estimer que le financement est durable ?

### Rôle et capacités de l'équipe d'appui

- Comment l'équipe d'appui a facilité la mise à l'échelle ? Possède-t-elle des **compétences** appropriées (en termes de formation, de sensibilisation, de gestion) et des ressources (financières et autres) pour jouer son rôle de manière efficace ?
- L'équipe d'appui a été en mesure d'**accroître sa capacité** au cours du processus de passage à l'échelle ? Si oui, comment ? Était-elle en mesure d'intégrer d'autres membres (en particulier des organisations utilisatrices) ou **développer des partenariats** ou mobiliser d'autres ressources externes ?
- Quelles **méthodes/approches/activités** (personnel, impersonnel, formation, assistance technique) ont été utilisés pour **transférer, communiquer et promouvoir l'initiative** ?
- Les personnes impliquées dans la mise en œuvre du projet ont reçu des **incitatifs** pour les encourager à réaliser les activités prévues ? Est-ce que **la communication** entre les acteurs impliqués (bailleurs, ministère de la santé, responsables des circonscriptions sanitaires, responsables de projets) a été de nature **régulière et transparente** ?  
*\*Autres facteurs : leadership, vision claire et commune, et perception de la pertinence de l'innovation*

### Implication des organisations utilisatrices

- Quelles ont été les **organisations utilisatrices sélectionnées** et comment cela a été effectué ? Y'a-t-il (à part le gouvernement) d'autres institutions (ONG, PPP) impliquées dans le processus de passage à l'échelle ?
- Est-ce que l'**initiative était différente** par rapport aux pratiques dans les organisations utilisatrices et comment cela a-t-il affecté le processus de passage à l'échelle ?
- Y'a-t-il nécessité de **renforcer les capacités** ou apporter d'autres modifications pour une adoption réussie au sein des organisations utilisatrices ?
- Quel était le **rythme et l'ampleur de l'expansion** vers de nouveaux sites (soit dans la même ou plusieurs organisations utilisatrices) ? Si variabilités dans l'efficacité et la durabilité de la mise en œuvre de l'initiative à plusieurs sites, quels facteurs peuvent expliquer cet écart ?
- Y'a-t-il eu des **circonstances particulières** (au niveau des organisations utilisatrices) ayant facilité ou entravé le processus d'extension ?

### Pérennité organisationnelle

- Les **ressources** financières/matérielles/humaines utiles pour l'accomplissement des activités du projet sont-elles **intégrées dans le budget et/ou le fonctionnement** de l'établissement ?  
**Autres ressources** ?
- Est-ce que les **règles de fonctionnement** de cet établissement ont eu une influence sur le projet ? Est-ce que les règles internes à ce projet ont eu une influence sur le fonctionnement de l'établissement ?
- Le projet a-t-il pris des **risques organisationnels** (prise de décision) pour maintenir et/ou améliorer des activités ?
- Comment les **activités** du projet ont été **adaptées au contexte** de l'établissement ?
- Quels sont les **moyens** qui ont été mis en place **pour évaluer les effets des activités** du projet ?
- Y' a-t-il des activités implantées malgré le **doute de leur pertinence** par rapport au contexte de l'établissement ?
- Projet implanté dans la lignée des **objectifs des autorités sanitaires** tunisiennes ?
- Y a-t-il un lien entre les activités du projet et les objectifs écrits et formalisés de l'établissement ?

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Quels sont les <b>valeurs de l'établissement</b> qui existent et qui se rattachent aux activités du projet?</li><li>- Quels <b>mécanismes utilisés</b> pour échanger à propos des activités du projet (Ex. réunions périodiques ou autres) ?</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- L'établissement a-t-il désigné formellement un(e) superviseur(e) pour les activités du projet?</li><li>- Les activités du projet sont-elles <b>intégrées dans la planification officielle</b> de l'établissement?</li><li>- Existe-t-il une <b>description de tâches</b> pour le personnel de l'établissement affecté aux activités du projet ?</li><li>- A-t-on précisé des <b>règles écrites</b> pour certaines activités du projet, tel qu'un manuel de procédures ?</li></ul> |

## Annexe 2. Grille d'observation

Lieu : .....

Date de la séance d'observation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure-----

Emplacement du site (établissement de soins) : .....

Durée d'observation: .....

### Observations objectives du lieu de l'observation :

#### Informations sur les observés :

##### Utilisateurs de l'innovation

Age :

Poste occupé :

Expérience professionnelle :

##### Autres professionnels bénéficiaires de l'innovation

Age :

Poste occupé :

Expérience professionnelle :

### Observations objectives sur les participants selon les dimensions suivantes :

- Valeurs accordées à l'innovation : crédibilité, visibilité, pertinence, avantage comparatif, compatibilité
- Perceptions globales : soutien et collaboration avec l'équipe d'appui/promoteurs de l'innovation
- Niveau d'appropriation
- Finalités

### Impressions du chercheur, après avoir rempli la grille d'observation

- Description du site
- Description de l'action
- Durée et fréquence de l'action

### **Annexe 3. Formulaire d'information et de consentement**

#### **ÉTUDE DE LA MISE EN ŒUVRE, MISE À L'ÉCHELLE ET PÉRENNISATION DES INITIATIVES INNOVANTES DU SECTEUR DE LA SANTÉ EN TUNISIE**

---

**Étudiante-chercheuse** : Marie-Claire Ishimo, Candidate au Ph.D en santé publique  
Département d'administration de la santé, Université de Montréal  
Tél : (+1) 514-343-6111, poste 4538  
Courriel: mc.ishimo@umontreal.ca

**Directeur de recherche** : Pr. François Champagne, Ph.D., Professeur titulaire  
Département d'administration de la santé, Université de Montréal  
Tél : (+1) 514-343-2226  
Courriel: francois.champagne@umontreal.ca

**Co-Directeur de recherche** : Pr. Lambert Farand, Ph.D., Professeur agrégé  
Département d'administration de la santé, Université de Montréal  
Tél : (+1) 514-343-6111, poste 1374  
Courriel: lambert.farand@umontreal.ca

---

Ce projet n'est pas financé.

#### **Objectif de la recherche**

Cher participant,

Cette étude a pour but de contribuer à l'avancement des connaissances dans l'analyse de l'implantation et des effets des interventions pilotes. Ses résultats contribueront à mieux adapter la conception et les conditions de mise en œuvre de ces interventions.

Vous êtes invités à participer à ce projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

#### **Participation à la recherche et droit de retrait**

Votre participation est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre participation à l'étude seront détruits.

### **Confidentialité et préservation de l'anonymat**

Cette recherche requiert votre participation à une entrevue individuelle qui sera enregistrée. Au cours de cette entrevue, d'une durée approximative d'une heure, nous vous poserons des questions sur le projet pilote X et son contexte d'implantation. Toutes les réponses que vous donnerez demeureront anonymes et confidentielles. Votre nom n'apparaîtra dans aucun document relatif au projet et ne sera jamais divulgué. Cependant, un code sera utilisé dans le questionnaire au lieu de votre nom. L'enregistrement numérique sera détruit une fois qu'il sera retranscrit. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées.

### **Conservation des données**

Les données issues de cette recherche seront conservées sous forme d'enregistrement audio, de fichiers informatiques et de papier. Nous veillerons à ce que les données de la recherche soient stockées de façon sécurisée. Seul l'étudiant-chercheur ainsi que ses deux directeurs de recherche auront accès au contenu des entrevues réalisées.

### **Moyens de diffusion des résultats de la recherche**

Nous ferons un retour des résultats de cette étude à tous les participants. A cet égard, nous organiserons des ateliers de diffusion des résultats de la recherche et vous serez tenus informés de l'organisation et du déroulement de ces ateliers.

### **Avantages et bénéfices**

Votre participation est très importante, car elle permettra de mieux comprendre et de documenter les facteurs contextuels et organisationnels liés à l'implantation et aux effets à long-terme des interventions pilotes dans un pays avec des ressources limitées tel que la Tunisie. Cela permettra également de saisir votre point de vue par rapport à la mise à l'échelle des interventions (issues des politiques publiques) dont vous jouez un rôle majeur dans l'implantation et la réussite. Les avantages à participer à cette étude sont assez importants car ils permettront d'améliorer la conception et les conditions d'implantation de ces interventions à différents niveaux (local, régional et national).

### **Risques et inconvénients**

Votre participation à cette recherche ne vous causera aucun risque ou inconvénient que ce soit d'un point de vue de votre vie personnelle, familiale, professionnelle ou sociale.

### **Compensation**

Pour cette recherche, vous n'aurez aucune dépense liée à votre participation au projet (Ex. frais de déplacement, stationnement, etc.). Cependant, aucune forme de compensation (monétaire ou autre) n'est prévue par l'équipe de recherche.

## **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **Demandes particulières**

Dans certains cas, le chercheur pourrait vous demander votre permission de révéler votre identité afin que vos propos soient reportés de manière nominative dans les publications pour les bénéfices de la recherche.

## **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter: Pr. François Champagne, Professeur Titulaire au département d'administration de la santé (Université de Montréal) au (+1) 514-343-2226 ou [francois.champagne@umontreal.ca](mailto:francois.champagne@umontreal.ca).

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

Téléphone au (+1) 514-343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (+1) 514-343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h00 (UTC/GMT -5heures) et 17h00 (UTC/GMT -5heures)

---

## **Consentement**

### Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

---

**Prénom et nom du participant**  
(caractères d'imprimerie)

---

**Signature du participant**

**Date :**

---

**Engagement du chercheur**

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

---

**Prénom et nom du chercheur**  
(caractères d'imprimerie)

---

**Signature du chercheur**

**Date :**

---



## Annexe 4. Certificat éthique



Comité d'éthique de la recherche en santé

22 juillet 2015

Objet: Approbation éthique - « Analyse du processus de passage à l'échelle d'expériences innovantes développées dans le cadre du vaste programme de réforme du secteur de la santé en Tunisie »

Mme Marie-Claire Ishimo,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)  
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

François Champagne, professeur titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé

Lambert Farand, professeur agrégé, École de santé publique - Département d'administration de la santé

TGDE - PhD Santé publique

p.j. Certificat #15-087-CERES-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Analyse du processus de passage à l'échelle d'expériences innovantes développées dans le cadre du vaste programme de réforme du secteur de la santé en Tunisie
Étudiante requérante	Marie-Claire Ishimo [redacted], Candidate au Ph. D. en santé publique (option organisation des soins), École de santé publique - Département d'administration de la santé
Sous la direction de	François Champagne, professeur titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal & Lambert Farand, professeur agrégé, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

#### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.



Comité d'éthique de la recherche en santé  
Université de Montréal

**22 juillet 2015**  
Date de délivrance

**1er août 2016**  
Date de fin de validité

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant  
4e étage, bur. 430-11  
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
ceres@umontreal.ca  
www.ceres.umontreal.ca