

---

## *Savoir plus pour faire mieux : quelles recherches sur l'intégration?*

---

Wim Van Lerberghe<sup>1</sup> & Guy Kegels<sup>1</sup>

Le point de départ de cet ouvrage est la difficulté de réaliser des actions de recherche cohérentes et pertinentes dans le domaine de l'intégration.

Nombreux sont ceux pour qui 'l'intégration' est une des priorités de la recherche sur les systèmes de santé. Les groupes qui s'intéressent à la santé internationale se répartissent classiquement en 'horizontalistes' et en 'verticalistes'. Les premiers sont supposés être 'en faveur de l'intégration', les autres 'contre', mais tous semblent considérer que c'est une piste de recherche à exploiter. Cette belle unanimité disparaît dès le moment où on se trouve confronté aux difficultés de traduire cette priorité en protocoles et pratiques de recherche. Dans une large mesure cela est dû aux équivoques sémantiques qui caractérisent cette thématique.

Qu'entend-on par intégration ? L'utilisation récurrente d'un terme parmi les plus galvaudés, dans différents contextes et dans plusieurs sens, ne facilite pas le débat. S'agit-il de favoriser - ou de résister à - l'intégration des programmes dans le paquet minimum de soins ? L'intégration des soins de santé primaires dans la santé reproductive (ou vice versa) ? L'intégration de l'hôpital dans le district ? L'intégration de l'équipe de santé ? L'intégration du système de santé ? L'intégration des différentes disciplines dans les approches de recherche ? L'intégration du développement rural ? L'intégration de la recherche dans le développement ? On pourrait continuer ainsi la liste des thématiques dans lesquelles le mot 'intégration' apparaît avec des sens chaque fois bien différents.

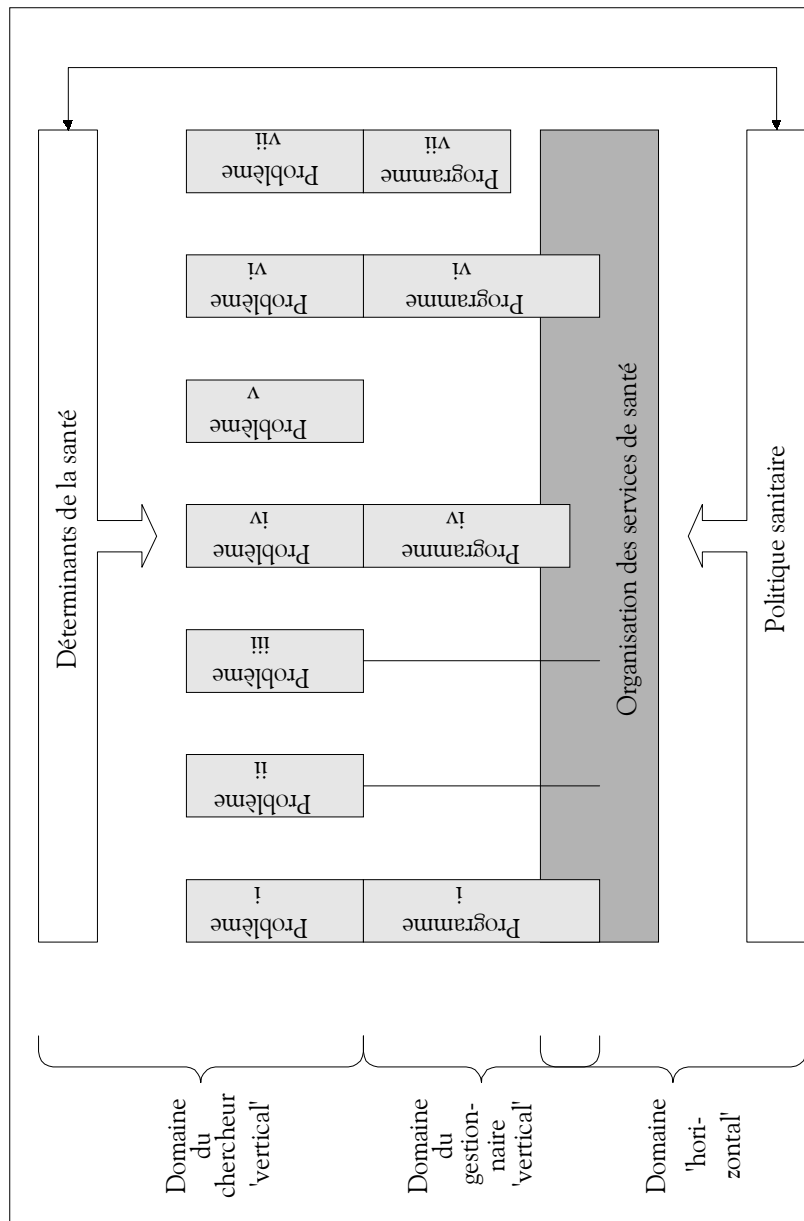
---

<sup>1</sup> Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Si une 'demande' pour de la recherche en matière d'intégration est exprimée par les acteurs de santé internationale, encore faudrait-il pouvoir la formuler clairement. Cet ouvrage veut contribuer à structurer cette problématique, pour aboutir au moins à un jeu de concepts et un langage communs. Cette clarification devrait servir de base à un dialogue entre divers protagonistes dans le monde des soins de santé : entre chercheurs de différentes disciplines, entre gestionnaires et chercheurs, et entre différents types de gestionnaires.

Que faut-il 'savoir' dans le domaine de la santé, et plus précisément des soins de santé : de quelles connaissances et de quel savoir-faire a-t-on besoin pour progresser d'une façon efficace ? Comme les termes 'verticaliste' et 'horizontaliste' sont entrés dans les mœurs, tant pour définir des types de chercheurs que pour définir des stratégies de santé publique, il est commode de prendre cette distinction comme point de départ - même s'il s'agit là d'une simplification évidente. Ce qui nous intéresse peut être compartimenté en, d'une part, les domaines 'verticaux' des systèmes nosologiques (et les 'déterminants de la santé') et leurs programmes correspondants, et d'autre part, le domaine 'horizontal' des services de santé et des 'politiques sanitaires' qui les déterminent (Figure 1). Ce schéma à l'avantage de permettre aux différents chercheurs et gestionnaires de se situer par rapport à un cadre descriptif qui permet d'entrevoir la complémentarité possible entre les différents domaines. On verra que les recherches menées dans ces deux compartiments utilisent des cadres de référence fort différents, que la finalité de ces recherches, leurs clientèles, et les critères de pertinence mêmes sont le plus souvent distincts. Il faut expliciter ces distinctions, les mettre en avant au besoin, pour pouvoir gérer les débats qui restent sinon caractérisés par une confusion certaine.

Figure 1. Compartimentation des domaines de recherche en systèmes de santé.



Le domaine du 'vertical' est celui du problème de santé isolé (ou d'un groupe restreint de problèmes de santé apparentés entre eux). De façon générale, la définition d'un problème de santé trouve son origine, pour des professionnels des sciences médicales, dans le système nosologique des *maladies*. Ce domaine intéresse deux types de personnes. Tout d'abord il y a les chercheurs spécialisés dans une maladie particulière qui cherchent à mieux comprendre la 'mécanique' et la 'dynamique' de la maladie, les relations de cause à effet entre agent étiologique et phénomènes morbides, et les co-déterminants de la dynamique morbide; autrement dit, *l'histoire naturelle* de la maladie ou du problème de santé. Le deuxième groupe qui utilise ce même cadre de référence est celui des responsables de programmes. Le cadre 'vertical' correspond effectivement, du point de vue de l'action sanitaire, à un cadre rationnel qui permet d'identifier les mécanismes ou les interventions à travers lesquels on peut modifier l'histoire naturelle de la maladie en question. L'ensemble des activités ainsi identifiées constitue un 'programme', qui peut être plus ou moins bien formulé. Pour le chercheur verticaliste, tout comme pour le gestionnaire de programme, la maladie ou le problème de santé constitue le cadre de référence. La pertinence d'une recherche qu'ils voudraient envisager se définit donc en termes d'efficacité et d'efficience pour réduire les conséquences néfastes du problème.

Le domaine de 'l'horizontal' est celui des structures, des services de santé, destinés à assister les populations à gérer l'ensemble de leurs problèmes de santé. Plus récemment ce domaine s'est étendu de l'organisation des services *stricto sensu* aux politiques de santé. Il s'agit donc d'un domaine qui intéresse en premier lieu les gestionnaires de systèmes, mais également cette espèce, d'apparition récente dans le monde académique, que sont les chercheurs en systèmes de santé. Ce qu'il faut savoir dans ce domaine, ce sont les caractéristiques souhaitables de ces structures, comment elles doivent être organisées en soi et quelles doivent être les relations entre elles pour que l'ensemble des services soit performant (efficace), efficient et acceptable pour la population. Comme on recherche l'optimisation de l'orga-

nisation à l'intérieur d'un cadre politique visant la promotion humaine, ce qu'il faut aussi savoir, est comment influencer ces structures pour qu'elles évoluent dans la direction voulue.

Tout cela découle plutôt d'une réflexion déductive cohérente nourrie par l'expérience et l'expertise, que de l'expérimentation scientifique. Toutefois, le domaine de l'horizontal ne comporte pas *que* de la réflexion déductive. Le savoir-faire nécessaire pour *atteindre* cet état de choses désirable ne peut s'acquérir qu'à travers une gestion 'scientifique' du processus, autrement dit en traitant toute décision comme une hypothèse à tester dans un cadre 'expérimental'.

Ce qui continue à faire la différence avec les devis habituels des sciences médicales, c'est que les systèmes sur et dans lesquels on travaille sont des systèmes hautement dynamiques et surtout complexes, dans lesquels il est impossible de connaître toutes les variables, sans même parler de les 'contrôler'. Le défi ici est d'apprendre de façon efficace et systématique, en passant de l'intuitif à la formulation formelle, de l'expérience personnelle accumulée, souvent assez floue, à un niveau d'expertise reconnaissable et de plus en plus conscient, pour arriver enfin à une description qu'on peut transmettre sans trop d'ambiguïté. Toutefois, cette entreprise d'apprentissage trouve ses limites dans la complexité et surtout la diversité des situations réelles qui constituent cet univers de travail. Le savoir-faire nécessaire pour la mise en place d'un état de choses désirable ne se laisse pas réduire à des prescriptions universellement valables - d'autant plus qu'on se retrouve souvent à l'interface entre le technique et les systèmes de valeur de la société. Une des conséquences est que le contexte d'apprentissage restera souvent situationnel. L'importance du contexte politique, des systèmes de valeurs, et le poids des choix et comportements des individus et organisations qui sont des acteurs du système qu'on étudie ou qu'on veut améliorer, font que l'outil le plus approprié et le plus productif n'est pas l'expérimentation classique mais la *recherche-action*.

Evidemment, le domaine du vertical et celui de l'horizontal se rencontrent, là où les structures sont confrontées à des problèmes de santé, où elles participent à la mise en oeuvre des activités des programmes. C'est à cette intersection que se rencontrent donc aussi (ou devraient se rencontrer) les chercheurs et gestionnaires verticalistes et les chercheurs et gestionnaires horizontalistes. C'est l'organisation de cet espace qui déterminera en grande partie l'efficacité, l'efficience et l'acceptabilité de l'action sanitaire rationnelle. Une des problématiques majeures - en termes de communication et d'enjeux - est *l'intégration des activités des programmes* dans des structures polyvalentes de soins. La réflexion théorique sur ce thème (les conditions d'intégration) et le développement du savoir-faire (comment gérer cette intégration) seront développés dans ce volume.

Tableau 1. La recherche dans les domaines 'vertical' et 'horizontal' : intersection ou rencontre ?

	<i>Vertical</i>	<i>Horizontal</i>	<i>Intersection</i>
Objet	Problème de santé & Moyens de contrôle	Système de soins de santé & Politique sanitaire	Activités de santé spécifiques menées au sein des services de santé globaux
Exemples	- Epidémiologie de la trypanosomiase - Facteurs de risque cardio-vasculaire - Efficacité opérationnelle des moustiquaires imprégnées	- Organisation des services de santé de district - Rôles de l'Etat et des ONG dans l'offre de soins	Intégration de la prise en charge des tuberculeux dans les services polyvalents
Cadre de référence	Histoire naturelle de la maladie (et non pas la 'discipline' du chercheur)	- Modèles d'organisation des services - Systèmes de valeurs de la société	Association des deux cadres de référence
Finalité de la recherche	Spécifier les possibilités de contrôle	- Savoir optimiser l'organisation des services de santé - Connaître et savoir gérer les contraintes au développement sanitaire	Savoir optimiser la mise en oeuvre des moyens de prise en charge des problèmes de santé
Quels critères de pertinence ?	Contribution à la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie considérée et/ou développement de technologies de contrôle	- Efficacité locale - Généralisation de technologies d'organisation-gestion - Répercussions sur l'organisation des services et sur la santé	Efficacité Efficience Equilibre des priorités Acceptabilité sociale
Qui utilise les résultats de la recherche ?	Les gestionnaires des programmes, les décideurs politiques et financiers	Les gestionnaires des services, Les décideurs politiques et financiers	Tous

Les deux domaines - 'vertical' et 'horizontal' - se caractérisent donc par un contenu et un cadre de référence propres. La recherche y aura une finalité et des critères de pertinence différents : dans le premier mieux connaître l'histoire naturelle de la maladie pour trouver des techniques de contrôle plus efficaces, dans le second optimiser l'organisation sanitaire par rapport aux ressources et valeurs d'une société. De plus, la pertinence de l'agenda de recherche et la qualité des résultats obtenus seront évaluées différemment et par des acteurs entièrement ou partiellement différents. C'est ce que nous essayons de présenter, de façon synthétique, dans le tableau 1.

Dans toute cette diversité, et dans cette complexité, nous pensons que la pertinence de la recherche et de la gestion est déterminée par l'objectif final de l'action sanitaire; si nous sommes tous d'accord qu'il s'agit d'améliorer la santé dans un but de promouvoir l'épanouissement des individus et des communautés, il n'en demeure pas moins qu'une mission pareille n'est pas maniable intellectuellement. Elle doit être décomposée en des aspects plus circonscrits qui, s'ils ne sont pas mesurables, devraient du moins être vérifiables. Nous pensons y arriver en définissant des qualités désirables de l'action sanitaire de façon plus précise: *efficacité, efficience, acceptabilité, faisabilité, pérennité, appropriation participative par les individus et les communautés*. Un tel mélange de qualités doit faire appel à des 'regards croisés', des compétences variées dont la synthèse doit être faite. Pour effectuer cette synthèse l'outil principal ne peut être que le dialogue.

Ce dialogue n'est toutefois possible qu'à condition que les partenaires qui y participent reconnaissent les spécificités de l'autre et les respectent. Les 'verticalistes' et les 'horizontalistes' ont beaucoup à apprendre les uns des autres et à échanger, qu'ils soient chercheurs ou gestionnaires - ou ce mélange des deux qui fait le bon gestionnaire, celui qui gère de façon systématique, voire scientifique. Et puisque nous y sommes, abusons peut-être pour la dernière fois (ou presque) du bon dictionnaire et déposons prudemment sur la table le terme recherche intégrée, en nous mettant d'accord qu'il ne s'agit pas là d'une simple pluri- ou multi-disciplinarité (souvent enrichissante, mais insuffisante en soi). Il s'agit d'avoir un objectif commun,



que la diversité des disciplines peut servir de façon plus pertinente et cohérente. Le jargon actuel des chercheurs de santé publique offre une terminologie qui est peut-être bien la plus appropriée: la recherche comme une 'action concertée', si on entend par là qu'elle est dirigée par le souci de faire mieux plus que par le souci de savoir plus. Si l'activité scientifique s'acharne à 'repousser les frontières de l'inconnu', cet idéal peut bénéficier du gouvernail du bon sens: clairement certaines frontières constituent davantage un obstacle que d'autres... L'identification des ces 'frontières clés' - tel est notre postulat - doit être à la base de cette 'action concertée' de recherche, de cette 'recherche intégrée'. Savoir plus pour faire mieux, voilà en fin de compte une définition simple de la recherche pertinente.