

L'assistance technique pour le renforcement du système de santé dans un Etat fragile : apprendre à partir d'expériences grâce à l'approche systémique.

Technical assistance for health system strengthening in fragile state: learning from experiences through systemic approach

Ribesse Nathalie, MD, MPH, *chercheur à l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain (UCL), nathalie.ribesse@uclouvain.be*

Iyeti Alain, MD, MPH, *Expert à la direction d'études et de planification du Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo, alainiyeti@yahoo.fr*

Mukaji Béatrice, MD, MPH, *PhD student à l'école de santé publique de l'UniKin, Kinshasa, beatmukaji@yahoo.fr*

Zinnen Véronique, MD, PhD, *chercheur à l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain (UCL), veronique.zinnen@uclouvain.be*

Macq Jean, MD, PhD, *professeur et chercheur à l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain (UCL), jean.macq@uclouvain.be*

Mots-clés : Assistance technique, approche systémique, secteur santé, République Démocratique du Congo.

Keywords : Technical assistance, systemic approach, health sector, Democratic Republic of Congo

Résumé

Introduction. La République Démocratique du Congo procède à la mise en œuvre d'une réforme ambitieuse de son secteur santé. Parallèlement, une réforme politique est en cours. La décentralisation à l'échelon provincial est un des piliers de ce processus. La province est appelée à jouer un rôle majeur dans le renforcement du système de santé local. Notamment, l'organisation d'une assistance technique ou « coaching » des districts sanitaires par les provinces est un élément central. Le renforcement des provinces afin qu'elles puissent jouer ce rôle peut nécessiter à son tour un appui technique, parfois fourni par des agences de coopération internationales.

Méthodologie. Nous développons une étude de cas dans la future province du Kwilu, Bandundu, RDC, dans laquelle la mise en œuvre de la réforme du secteur santé bénéficie de l'appui technique de la coopération belge. Nous considérons l'Assistance Technique comme une intervention complexe dans un système adaptatif complexe. L'exploration de la situation utilise les développements et outils de la pensée systémique pour approcher la complexité. Cette présentation rapporte le développement d'une approche systémique inspirée de la Soft Systems Methodology de Checkland.

Résultats. Le résultat attendu de cette approche est d'apporter une compréhension en profondeur des contributions et des significations de l'assistance technique au niveau provincial. Il devrait contribuer à une conception plus efficace de l'assistance technique destinée au renforcement des districts de santé en RDC. Ce travail vise aussi à alimenter le débat sur l'efficacité de l'aide et fournir des « insights » à la coopération belge, particulièrement sur le rôle de l'assistance technique internationale.

Abstract

Introduction. The Democratic Republic of Congo (DRC) is in the process of implementing an ambitious health sector reform with the aim of strengthening their health system. In the same time, political reform is also taking place. Decentralization at provincial level is one of the pillars of this process. Province has among other, to play a central role in the strengthening of local health systems. Specifically, organizing technical assistance or 'coaching' of health districts by province is of particular importance. Strengthening province to play that role may in turn need technical assistance, sometimes coming from international aid agencies.

Methodology. We developed in a case-study in the future province of Kwilu, Bandundu, DRC, where the health reform implementation is benefiting of the Belgian Cooperation support. We viewed Technical assistance in health systems as complex interventions in a complex adaptive system. Situation's exploration can then use system thinking developments and tools to approach the complexity. This presentation/poster reports the development of a systemic approach derived from Checkland's soft systems methodology.

Results. The expected result of the approach is to provide an in-depth understanding of the contributions and meanings of technical assistance at provincial level. It should contribute to a more effective design of technical assistance to strengthening the health districts in DRC. This work aims also to feed the aid effectiveness debate and to give insights to Belgian cooperation and specifically provide insight on the role of international technical assistance.

Introduction

Depuis la fin du conflit armé en 2003 et l'organisation des premières élections libres en 2006, la république démocratique du Congo est traversée par une vague de réformes. Dans le domaine de la politique intérieure, une nouvelle Constitution a été adoptée en 2006. La Constitution prévoit un nouveau découpage territorial, passant de onze à vingt-six provinces et consacre la décentralisation de type dévolution ⁽¹⁾. Elle définit des compétences exclusives nationales, exclusives provinciales et concurrentes. Dans le secteur santé, une nouvelle Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) a été adoptée en 2006 et rééditée en 2010. Des mesures transitoires organisant la décentralisation dans le secteur ont été prises en 2008. Un plan National de Développement sanitaire 2011-2015 a également été adopté pour opérationnaliser la SRSS. Dans le domaine de l'efficacité de l'aide, le pays est signataire de la Déclaration de Paris. Un forum national de haut niveau sur l'efficacité de l'aide s'est tenu en 2009 et a produit l'agenda de Kinshasa, memorandum

d'accord entre le pays et les partenaires. Le pays a adhéré à l'International Health Partnership en 2010.

La SRSS et la Constitution introduisent des changements considérables dans l'organisation du secteur santé. Auparavant, le niveau intermédiaire (provincial) du ministère de la santé était constitué de deux échelons, soit 26 « inspections médicales provinciales » et 52 « inspections médicales de district ». Leur structure reflétait celle du niveau central, autorité hiérarchique. Leurs rôles étaient principalement l'inspection des zones de santé et leur approvisionnement logistique en intrants. Les zones de santé, échelon des prestations de soin, correspondent au concept de « district sanitaire » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Avec le passage à 26 provinces, l'échelon de district est voué à disparaître. Avec la décentralisation, il y a changement dans les rapports d'autorité. Le niveau provincial passe sous la hiérarchie du Ministre provincial ayant la santé en charge, tandis que le rôle du niveau central devient purement normatif. Enfin, avec la SRSS, les « inspections médicales provinciales » deviennent « divisions provinciales de la santé » (DPS). Leur rôle devient avant tout l'appui technique au développement des zones de santé, qu'elles continuent par ailleurs à approvisionner en intrants médicaux (figure 1). Comme on le voit, les provinces sont appelées à jouer un rôle majeur dans l'organisation de soins de qualité. La mise en place de ces réformes au niveau provincial est soutenue par le niveau central du ministère de la santé, et dans certaines provinces par l'assistance technique d'agences de coopération internationale. C'est le cas dans notre étude de cas, qui porte sur la future province de Kwilu, dans le Bandundu, qui bénéficie de l'assistance technique de la coopération belge pour la mise en œuvre de la SRSS aux niveaux provincial et périphérique (zones de santé).

L'assistance technique est un concept qui n'est pas spécifique au développement. C'est « une forme d'échange volontaire, un client faisant appel à une expertise, tout en conservant la responsabilité du produit » (P.Morgan, in (2)). Dans le secteur du développement, l'assistance technique correspond au « personnel (personnes individuelles et équipes de consultants) impliqués dans le développement de connaissances, d'aptitudes, de savoir-faire technique ou d'aptitudes productives » (3). L'introduction d'un partenaire de coopération financeur de l'AT transforme une relation client-expert en une relation triangulaire financeur-expert-bénéficiaire, ce qui est à la source de différentes difficultés telles que la question de la redevabilité, de l'orientation par l'offre, et du détournement des priorités nationales. (P. Morgan in (2)).

Dans la foulée de la réflexion sur l'efficacité de l'aide, plusieurs organismes de coopération ont entamé une réflexion sur l'efficacité de leur assistance technique (PNUD, CTB, CE...)^(3,2,4). Parmi les critiques généralement formulées à l'égard de l'assistance technique, notons le manque de clarté dans les responsabilités mutuelles et la redevabilité de l'AT, le tiraillement entre le rôle de l'AT de développement des capacités et des responsabilités liées à au transfert de ressources, une inadéquation du profil des AT souvent sélectionnés sur base de leurs compétences techniques mais qui ont à assumer des fonctions de gestion de projet et de contrôle financier, le coût de l'AT internationale^(5,3,2). Les pays bénéficiaires de l'AT sont généralement peu demandeurs de cette AT, qu'ils ressentent coûteuse, liée à d'autres types d'assistance (financière, logistique...), orientée par l'offre. Ils souhaiteraient avoir un plus grand contrôle sur le financement, bien que leurs systèmes de gestion soient en général faibles (2).

L'objectif de notre recherche est d'explorer en profondeur les perceptions des acteurs autour de l'assistance technique, d'une part l'assistance technique « internationale » (mise en place au niveau provincial par une agence de coopération internationale) et d'autre part l'assistance technique qui devrait être fournie aux zones de santé par les DPS (« encadreurs »).

Méthodologie

Notre point de départ pour construire la méthodologie de l'étude de cas a été de voir l'assistance technique comme une intervention complexe mise en œuvre dans un système adaptatif complexe, le système de santé.

Glouberman et Zimmerman (6) illustrent bien la différence entre une intervention compliquée et une intervention complexe (tableau 1). Une intervention compliquée nécessite les connaissances combinées d'experts pour la mettre en œuvre, mais une fois la « formule » trouvée, le processus et le succès sont généralisables aux situations semblables. Dans l'évaluation, les interdépendances entre les éléments de l'intervention peuvent rendre difficile l'identification des composants ou combinaison de composants qui sont importants pour la réussite de l'intervention (7). Dans une situation complexe, les avis d'experts et les succès antérieurs peuvent être un point de départ, une aide, mais il n'y a aucune formule menant au succès. Typiquement, élever un enfant relève de la complexité.

Tableau 1: Simple, complexe et compliqué (Glouberman & Zimmerman)

Simple Recette de gâteau	Compliqué Fusée dans l'espace	Complexe Élever un enfant
Application d'une formule	Plusieurs formules critiques et nécessaires	Formules ont une utilité limitée
Aucune expertise requise	Nécessite expertise de pointe dans plusieurs domaines	Expertise utile mais non nécessaire ni suffisante
Recettes testées pour assurer reproductibilité	Envoyer une fusée augmente probabilité de succès la prochaine fois	Élever un enfant donne de l'expérience mais aucune garantie de succès avec le prochain
Une recette donne un produit standardisé	Les fusées ont des similarités critiques	Chaque enfant est unique
Une bonne recette garantit de bons résultats	Haute degré de certitude des résultats	Incertitude du résultat

Le système de santé a fait l'objet de plusieurs travaux menés ces dernières années par l'OMS ^(8,9,10). Selon l'OMS, le système de santé est défini comme « toutes les organisations, personnes et actions dont le but premier est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé ». L'organisation a également établi un cadre d'analyse, dans lequel le système de santé est composé de six piliers ou « building blocks » interconnectés entre eux. Les piliers sont la prestation de service, les ressources humaines, les intrants médicaux, le financement, le système d'information sanitaire et le leadership et la

gouvernance. Ce sont les interactions et l'interdépendance entre ces building blocks qui donnent la propriété de système au système de santé.

Un système est une unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions et individus. Le caractère unitaire n'est pas lié aux interactions elles-mêmes, mais à l'organisation de ces interactions. L'unité globale est à la fois plus et moins que la somme des parties : l'organisation des interrelations est source d'émergence (unité globale avec propriétés nouvelles), mais également source de contraintes sur les éléments, dont certaines qualités/propriétés disparaissent dans le système (E. Morin, in (11)). Un système ouvert sur l'environnement transforme des « entrées » ou « inputs » (influences de l'environnement sur le système) en « sorties » ou « outputs » (influences du système sur l'environnement), qui influencent en retour le système (rétroactions positives et négatives).

Plusieurs auteurs soulignent l'intérêt d'utiliser les théories des systèmes complexes dans l'évaluation des systèmes de santé, des interventions dans les systèmes de santé, et dans la recherche en management des soins de santé ^(12,13,14,15,7,16). Ces auteurs considèrent le système de santé comme un système (adaptatif) complexe. Dans un système complexe adaptatif, un ensemble d'individus ont la liberté d'agir de façon pas toujours prévisible, et leurs actions sont interconnectées, avec boucles de rétroactions, de telle sorte que l'action d'un agent change le contexte pour les autres agents. Le système est en adaptation constante, et capable de s'auto-organiser. Il intègre/est intégré dans d'autres systèmes complexes. Il se comporte de façon non linéaire, donc un changement même mineur dans les inputs peut donner un changement non proportionnel et non prévisible dans les outputs ^(13,14,16).

Des implications méthodologiques découlent de cette vision. Depuis Descartes (1596-1650), la pensée cartésienne domine largement le monde scientifique. Celle-ci décompose l'objet jusqu'à ses éléments les plus simples pour les analyser et comprendre l'objet en établissant des relations causales. C'est l'approche analytique. Les années 50 vont voir émerger avec la 'Théorie Générale des Systèmes' de Von Bertalanffy les fondements de ce que l'on appelle la science des systèmes, en réponse aux limites des explications fondées sur l'approche analytique classique. La science des systèmes n'aborde plus l'objet à partir de ses éléments constitutifs, mais le considère comme un système, faisant partie d'un système plus large et constitué de sous-systèmes. Elle permet d'aborder le complexe sans le réduire à ses éléments en vue de le gérer, le piloter (11). Elle se concentre sur l'effet, le sens des interactions déterminantes entre les éléments du système. La phase essentielle de l'analyse se situe dans la modélisation de ce « réseau » d'interactions déterminantes.

La méthodologie que nous avons construite utilise les développements de la pensée systémique pour approcher la complexité. Elle s'inspire de façon générale de la Soft System Methodology (SSM) (17), qui nous a semblé particulièrement pertinente pour explorer les significations des acteurs autour de l'appui technique.

La SSM est une approche plus spécifique aux comportements sociaux, qui nécessite un changement de perspective par rapport à ce qui est considéré comme le « système » (17). Dans une pensée systémique classique ou « hard », le monde est constitué de systèmes en interactions, que l'observateur étudie et 'engineer' en cas de dysfonctionnement. Dans la pensée systémique « soft », la réalité est perçue comme complexe, et c'est le processus d'investigation qui est organisé comme

un système apprenant. Il n'y a pas un problème à résoudre au sein d'un système constituant une entité physique, mais une situation dans un monde réel complexe que certaines personnes, pour des raisons variées, peuvent trouver problématique.

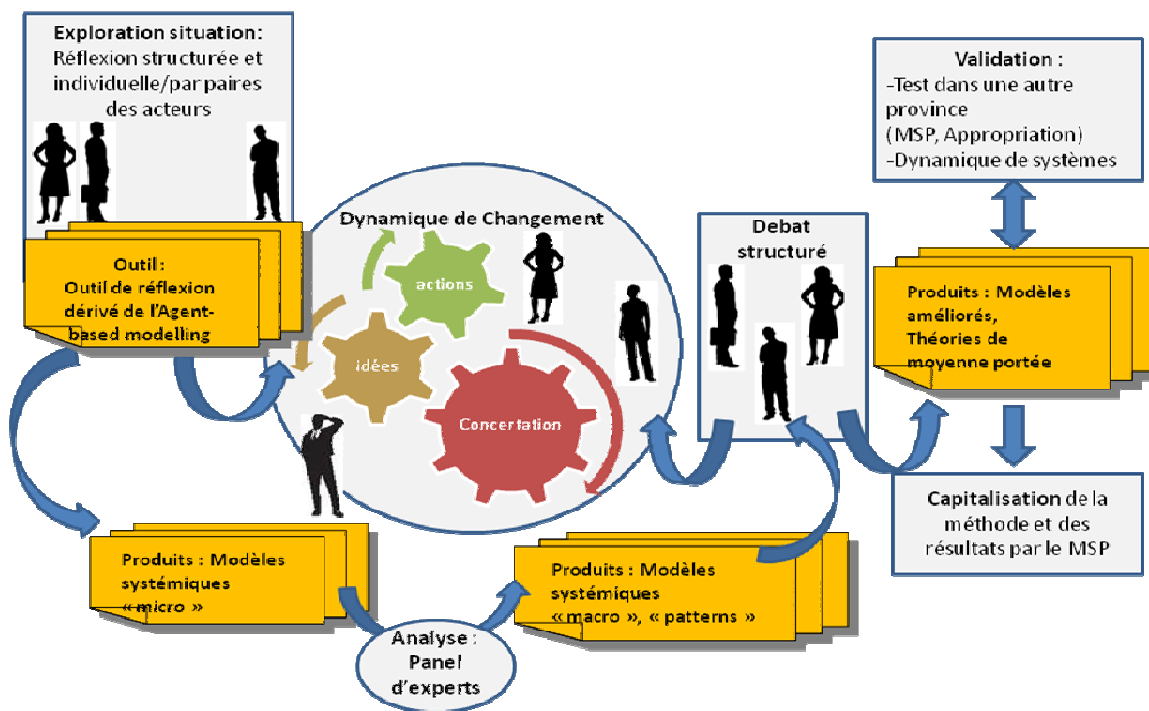
La méthodologie vise donc à apprendre sur les significations que les personnes impliquées dans la situation lui donnent. L'expérience des acteurs est l'élément central de cette application.

Une confusion vient parfois du fait que la SSM est doublement systémique : c'est à la fois un système apprenant, mais elle utilise également des modèles qui peuvent être de type systémique, bien que ce ne soit pas les seuls possibles. « Le système » est un outil, une abstraction conceptuelle qui permet d'organiser la pensée. Les systèmes construits représentent des points de vue d'acteurs. Le but est de générer des débats avec les personnes impliquées dans la situation, ceci afin d'identifier avec les acteurs les changements souhaitables, souhaités et faisables pour améliorer la situation.

La méthodologie développée (figure 1) part du point de vue des acteurs, avec des interviews individuelles ou par paires. Cette phase d'exploration n'a pas été réalisée avec l'outil proposé par la SSM, mais avec un outil original inspiré de l'Agent-Based Modeling ^(18,19), qui a permis aux acteurs de créer leurs propres modèles systémiques autour du rôle des assistants techniques et de leurs interactions avec les autres acteurs. Les agent-based models (ABM) sont des représentations informatiques de macro-systèmes, dans lesquels des micro-entités autonomes appelées « agents » interagissent entre elles et avec l'environnement, et adaptent leur comportement en fonction des inputs qu'ils reçoivent des autres agents ou de l'environnement. Notre outil pour l'exploration de la situation n'utilise pas l'informatique, mais de grandes feuilles de papier, des cartons et des marqueurs. Les « agents » sont des individus ou groupes d'individus que l'on choisit d'inclure dans le système d'intérêt. Les acteurs interrogés définissent les agents en leur attribuant des caractéristiques idéales, pouvant être par exemple des qualités personnelles ou des compétences, ainsi que les caractéristiques des relations (comportements) qui les unissent. Ils définissent également des caractéristiques de l'environnement dans lequel baignent ces agents. Le jeu consiste ensuite à théoriser sur les influences mutuelles qui permettent l'émergence de ces caractéristiques idéales, et les rétroactions principalement positives possibles sur les autres agents. La réflexion est systémique dans le sens où l'accent est mis sur les interactions et les boucles de rétro-actions entre les agents, permettant l'émergence de modèles.

Les modèles développés par les acteurs (centrés sur des interactions au niveau « micro », c-à-d au niveau des acteurs individuellement) sont en cours d'analyse par des panels d'experts pour permettre d'en retirer des modèles à une échelle plus « macro », d'identifier des « patterns ». Les « patterns » et modèles « macro » développés seront discutés lors d'un atelier avec les acteurs, qui permettra un nouvel échange d'idées, une concertation, et une première validation des modèles. Il est attendu que de cet atelier découlera également des actions.

Figure 1 : Méthodologie étude de cas "Assistance technique au niveau provincial, RDC". GRAP-PA Santé



Résultats

Au total, 24 personnes ont été interrogées, 12 individuellement et 12 par paire (pour un total de 18 interviews) : 4 représentants du niveau central, 10 représentants du niveau intermédiaire (ministre provincial, médecin inspecteur provincial et l'ensemble des personnes en appui technique aux ZS), 6 représentants de partenaires de coopération en appui au processus de réforme dans la province ou au niveau central, 4 représentants des zones de santé. Les acteurs peuvent aussi être catégorisés en un niveau « stratégique » (niveau central et partenaires, concepteurs de la réforme et des projets d'appui; 7 personnes), un niveau de « mise en œuvre » de la réforme du niveau provincial (Ministre provincial, Médecin Inspecteur provincial et partenaires ; 5 personnes), un niveau « produit » de la réforme du niveau intermédiaire, à savoir les encadreurs des zones de santé (8), et un niveau « bénéficiaires de la réforme, les représentants des zones de santé (4). Les interviews, d'une durée de 2 h, ont produit entre 4 et 10 planches par interviews synthétisant les caractéristiques des agents et les interactions entre agents autour de l'émergence de ces caractéristiques. Les interviews par paires ont permis d'interroger un plus grand nombre de personnes, et de stimuler les échanges entre personnes d'une même fonction (encadreurs et membres des équipes cadres de zone).

L'interview a évolué de façon itérative au cours de la collecte des données. L'étude en profondeur de l'émergence de l'ensemble des caractéristiques jugées importantes par les acteurs n'étant pas possibles, ils ont dû prioriser les caractéristiques, et seules les prioritaires faisaient l'objet d'une réflexion approfondie. En cas de saturation (caractéristique approfondie plusieurs fois) ou en cas de caractéristique originale, le choix des caractéristiques à développer a été imposé aux acteurs. Notons qu'une partie des acteurs a eu plus de difficultés à rentrer dans une logique systémique de

boucles de rétro-action. Outre l'exploration en profondeur du point de vue de la personne interrogée, cette façon innovante d'interview a permis aux acteurs de générer une compréhension plus systémique des interactions entre acteurs, d'avoir de nouvelles idées et de réaliser la nécessité de davantage de concertation entre acteurs. Nous pensons que cette réflexion contribue par elle-même à favoriser le changement. En dehors des aspects liés à l'assistance technique, en cours d'analyse, l'étude montre la nécessité de davantage de concertation entre acteurs au sein du ministère de la santé, trop cloisonnés dans leurs fonctions.

Les modèles pourront faire l'objet de validations ultérieures par la confrontation à d'autres études de cas similaires et par la simulation informatique. En ce sens, nous dévions de la SSM, pour qui les modèles, points de vue d'acteurs sur la situation, servent essentiellement à nourrir le débat entre acteurs. Néanmoins, d'autres auteurs soulignent la complémentarité entre le SSM et des techniques de simulation informatique des modèles ^(20,21)

Conclusion

Le travail est encore inachevé à ce jour. L'analyse des données collectées est en cours. L'ensemble du processus méthodologique et les résultats feront l'objet de publications ultérieures.

La pensée systémique permet de faire la part belle à l'expérience et au point de vue des acteurs, ce qui est en soi un changement souhaité et souhaitable dans le paradigme du développement, et dans toute société en général.

Bibliographie

1. Mills, A., Vaughan, P, Smith, D., and Tabibzadeh, I., (1991), *La décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expériences de quelques pays*. World health organization.
2. European Center for Development Policy Management and ACE Europe, (2006), *Changing minds and attitudes. Towards improved belgian Technical Assistance*. Reflection and discussion paper, Belgian Technical Cooperation,(Brussels).
3. EuropAid, (2009), *Pour une coopération technique plus efficace*, Commission Européenne.
4. Berg, E. J., (1993), *Rethinking Technical Cooperation. Reforms for capacity building in Africa*, United Nations Development Programme.
5. Court of Auditors of the European Union, (2007), *Special report N°6/2007 on the effectiveness of technical assistance in the context of capacity development together with the commission's replies*, 6/2007.
6. Glouberman, S and Zimmerman, B., (2002), *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?*, Discussion paper n° 8, Commission on the Future of Health Care in Canada,

7. Shiell, A., Hawe, P., and Gold, L., (June 2008), *Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation*, p.1281-1283, BMJ, 336.
8. World Health Organization,(2007), *Measuring health systems strengthening and trends: A toolkit for countries*.
9. World Health Organization, (2007), *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. Who's framework for action*.
10. World Health Organization, (2009), *Systems thinking for health systems strengthening*
11. Bonami, M., de Hennin, B., Boque, JM., and Legrand, JJ.,(1993), *Management des systèmes complexes. Pensée systémique et interventions dans les organisations*. De Boeck Universités (Bruxelles).
12. Holden, L. M.,(2005), *Complex adaptive systems: concept analysis*,p.651-657,J.Adv Nurs,52.
13. Paina, L. and Peters, D. H., August 2011,*Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems*, Health Policy Plan.
14. Plsek, PE.,(Jan 2003),*Complexity and the adoption of innovation in health care*, p.1-18, National Institute for Health Care Management Foundation, National Committee for Quality Health Care.
15. Pourbohloul, B. and Kieny, M.,(April 2011), *Complex systems analysis: Towards holistic approaches to Health systems planning and policy*,p.242-Bull. World Health Organ,89.
16. Van Olmen, J., Criel, B., Van damme, W., Marchal, B., Van Belle, S., Van Dormael, M., Hoeree, T., Pirard, M., and Kegels, G.,(2010), *Analysing health systems to make them stronger*, Studies in Health Services Organisation and Policy,27.
17. Checkland, P.,(2000), *Soft systems methodology: A thirty year retrospective*, p.S11-S58,Systems research and behavioral science,17.
18. Auchincloss, A. H. and Diez Roux, A. V.,(July 2008), *A new tool for epidemiology: the usefulness of dynamic-agent models in understanding place effects on health*, p.1-8, Am.J.Epidemiol.,168.
19. Grimm, V., Revilla, E., Berger, U., Jeltsch, F., Mooij, W. M., Railsback, S. F., Thulke, H. H., Weiner, J., Wiegand, T., and DeAngelis, D. L.,(Sept 2005), *Pattern-oriented modeling of agent-based complex systems: lessons from ecology*, p.987-991,Science,310.
20. Forrester, J. W.,(1994), *System Dynamics, Systems Thinking, and Soft Or*, p.245-256,System Dynamics Review,10.
21. Lane, David C. and Oliva, Rogelio,(May 1998), *The greater whole: Towards a synthesis of system dynamics and soft systems methodology*, p.214-235, European Journal of Operational Research,107.