

POUR UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

du renforcement
des systèmes de santé



Alliance pour la
recherche sur les politiques
et les systèmes de santé



Organisation
mondiale de la Santé



POUR UNE APPROCHE SYSTEMIQUE

du renforcement
des systèmes de santé



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé / édité par Don de Savigny et Taghreed Adam.

1.Délivrance soins - organisation et administration. 2.Délivrance soins - orientations. 3.Théorie système. 4.Recherche en santé publique. 5.Comportement coopératif. 6.Politique sanitaire. I.Savigny, Donald de. II.Adam, Taghreed. III.Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. IV.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256389 4

(NLM classification: W 84)

© **Organisation mondiale de la Santé 2009**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 3264; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en France

Conception graphique: Capria

Consultant graphique: James B. Williams

Citation proposée : Don de Savigny et Taghreed Adam. Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS, 2009.

Table des matières

Table des matières

Remerciements	11
Préface	15
Résumé analytique	19
Acronymes et abréviations	25

Chapitre 1

Approche systémique du renforcement des systèmes de santé : Introduction	27
Introduction	29
Termes clés et définitions	31
Aperçu général	36

Chapitre 2

Approche systémique: Définition et applicabilité aux systèmes de santé	39
Objectifs du chapitre	41
La pensée systémique	41
Analyser le système au travers d'une optique systémique	42
L'approche systémique – un autre regard sur les systèmes de santé	45
Réseaux des parties prenantes au système	46
Les interventions sanitaires vues sous un autre angle	47
Faire jouer les points de levier du système	48
Incidence de l'approche systémique sur la conception et l'évaluation des interventions sanitaires	50

Chapitre 3

L'approche systémique appliquée à la conception et à l'évaluation des interventions sanitaires	51
Introduction	53
Approche systémique: Illustration par l'exemple	53
L'approche systémique en dix étapes	56
Première partie: Conception de l'intervention	58
Deuxième partie: Conception de l'évaluation	64
Conclusion	76

Chapitre 4

Approche systémique des systèmes de santé :

Défis et possibilités dans le monde réel	77
Introduction	79
Première partie : Sélectionner les problèmes en vue de l'application de l'approche systémique	79
1. Aligner les politiques, priorités et perspectives des bailleurs de fonds et des décideurs nationaux	80
2. Gérer et coordonner les partenariats et les attentes des intervenants du système	82
3. Générer et encourager l'adhésion aux interventions à l'échelon national et infranational	83
4. Renforcer les capacités nationales afin d'appliquer une perspective analytique du système	84
Deuxième partie : Approches novatrices de l'application de la perspective systémique	86
1. Réunir des intervenants multiples pour concevoir, mettre au point et évaluer différentes stratégies	86
2. Adopter une vision globale du système	88
3. Mettre en place des processus d'application des connaissances	88
4. Favoriser une meilleure compréhension de la recherche sur les systèmes de santé de la part des pays et un soutien international accru au renforcement des capacités de recherche	90
Conclusion	91

Chapitre 5

Approche systémique du renforcement des systèmes de santé :

La voie à suivre	93
L'attention croissante portée aux systèmes de santé	95
Écoles de pensée et expérience	96
La voie à suivre	98
Un dernier mot	100

Bibliographie	101
----------------------------	-----

Membres du Conseil de l'Alliance	111
---	-----

Membres du Comité consultatif scientifique et technique de l'Alliance	111
--	-----

Liste des Figures

Figure 1.1	Éléments constitutifs du système de santé : objectifs et caractéristiques	32
Figure 1.2	Architecture dynamique et interconnectivité des éléments constitutifs du système de santé	33
Figure 1.3	Les différents types d'intervention et leur capacité à générer des effets systémiques	35
Figure 3.1	Approche classique des interventions de type P4P et de leurs effets escomptés	56
Figure 3.2	Représentation conceptuelle de l'intervention P4P dans une perspective systémique	62
Figure 3.3	Les temps forts des étapes 1 à 5 de l'approche systémique	63
Figure 3.4	Composantes clés et questions de recherche génériques en vue des évaluations	65
Figure 3.5	Distribution socio-économique des ménages en fonction du lancement du programme Coupons contre moustiquaires imprégnées d'insecticides en République-Unie de Tanzanie	75

Liste des Tableaux

Tableau 2.1	Approche systémique: les aptitudes requises	45
Tableau 2.2	Exemples représentatifs d'interventions sanitaires à l'échelle du système ciblant des éléments constitutifs individuels ou multiples du système de santé	49
Tableau 3.1	Hierarchie des effets potentiels de l'intervention P4P à l'échelle du système	61
Tableau 3.2	Quelques questions de recherche, indicateurs et sources de données pour l'intervention sur la rémunération aux résultats (P4P)	66
Tableau 3.3	Résumé des caractéristiques des modèles conceptuels applicables à l'évaluation des régimes de rémunération aux résultats	72

Liste des Encadrés

Encadré 1.1	Objectifs du rapport	30
Encadré 1.2	Quatre révolutions qui vont transformer la santé et les systèmes de santé	34
Encadré 1.3	Indicateurs et outils de suivi de l'évolution des systèmes de santé	36
Encadré 2.1	Caractéristiques communes des systèmes	42
Encadré 2.2	Comportement du système	42
Encadré 2.3	Ramifications et conséquences de l'analyse systémique du système de santé	46
Encadré 2.4	Réseaux de parties prenantes au système de santé	47
Encadré 2.5	Éléments de l'analyse systémique	48
Encadré 3.1	Exemple d'intervention axée sur la rémunération aux résultats	54
Encadré 3.2	L'approche systémique en dix étapes : Concevoir et évaluer les interventions dans une perspective systémique	57
Encadré 3.3	Intervention P4P – Réunir les acteurs concernés	58
Encadré 3.4	Intervention P4P – Réfléchir collectivement aux effets potentiels de l'intervention	59
Encadré 3.5	Intervention P4P – Adapter et remanier l'intervention	63
Encadré 3.6	Intervention P4P – Le modèle de probabilité	70
Encadré 3.7	Intervention P4P – Type d'évaluation	71
Encadré 3.8	Déploiement non aléatoire et calendrier des interventions	74

Liste des Encadrés (SUITE)

Encadré 4.1 Sélectionner les problèmes en vue de l'application de l'approche systémique	79
Encadré 4.2 Définition des administrateurs des systèmes de santé	80
Encadré 4.3 Les exécutants ou responsables de l'application des politiques sur le terrain – une définition	84
Encadré 4.4 L'Initiative pour l'étude et la mise en œuvre des systèmes (ISIS)	87
Encadré 4.5 Faire des choix avisés en matière de politiques fondées sur des bases factuelles	89
Encadré 4.6 Interactions entre chercheurs et décideurs dans le cadre des politiques de sécurité routière en Malaisie	90
Encadré 5.1 Récapitulatif de l'approche systémique en dix étapes du renforcement des systèmes de santé	96
Encadré 5.2 Exemple des retombées d'une intervention systémique sur l'ensemble d'un système	97

Remerciements

Remerciements

Le présent rapport, publié dans la série Flagship Reports, est le fruit des efforts conjoints de nombreux collaborateurs, que l'Alliance tient à remercier de leur contribution.

Directeurs de publication: Don de Savigny et Taghreed Adam

Principaux auteurs:

Chapitre 1. *Approche systémique du renforcement des systèmes de santé: Introduction*

Don de Savigny et Taghreed Adam

Chapitre 2. *Approche systémique: Définition et applicabilité aux systèmes de santé*

Don de Savigny, Taghreed Adam, Sandy Campbell et Allan Best

Chapitre 3. *L'approche systémique appliquée à la conception et à l'évaluation des interventions sanitaires*

Don de Savigny, Josephine Borghi, Ricarda Windisch, Alan Shiell et Taghreed Adam

Chapitre 4. *Approche systémique des systèmes de santé: Défis et possibilités dans le monde réel*

Taghreed Adam, Sangeeta Mookherji, Sandy Campbell, Graham Reid, Lucy Gilson et Don de Savigny

Chapitre 5. *Approche systémique du renforcement des systèmes de santé: La voie à suivre*

Don de Savigny

Annexe Web. *Evaluation of interventions with system-wide effects in developing countries: Exploratory review*

(<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/fr/>)

Dominique Guinot, Barbara Koloshuk, Kaspar Wyss et Taghreed Adam

Plusieurs personnes nous ont également apporté des conseils techniques et soumis des observations très utiles dans le cadre d'un atelier de réflexion (septembre 2008) et d'une réunion d'experts (avril 2009). D'autres ont bien voulu nous faire part de leurs commentaires après avoir pris connaissance des premières versions des différents chapitres (dans l'ordre alphabétique):

Irene Agyepong

Sennen Hounton

Mark Petticrew

Anwer Aqil

Aklilu Kidanu

Kent Ranson

Sara Bennett

Soonman Kwon

Graham Reid

Allan Best

Mary Ann Lansang

John-Arne Røttingen

David Bishai

John Lavis

Sarah Russel

Valerie Crowell

Daniel Low-Beer

Alan Shiell

Marjolein Dieleman

Prasanta Mahapatra

Terry Smutylo

Shams El-Arifeen

Lindiwe Makubalo

Göran Tomson

David Evans

Anne Mills

Phyllida Travis

Lucy Gilson

David Peters

Cesar Victora

Sandy Campbell a assuré la correction des épreuves et Lydia Al Khudri la réalisation de ce rapport.

Préface



Préface

Il est indispensable que nous disposions de systèmes de santé solides si nous voulons améliorer les résultats sanitaires et accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité maternelle et infantile et à lutter contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies. Alors que la récession économique, une nouvelle pandémie de grippe et le changement climatique viennent s'ajouter aux défis à relever pour atteindre ces objectifs, le besoin de systèmes de santé robustes est plus flagrant que jamais.

Toutefois, souvent, le renforcement des systèmes de santé semble un objectif lointain, voire abstrait. Cela ne devrait pas être le cas, et rien ne le justifie.

Je salue donc la parution de ce rapport, publié dans la série Flagship Reports par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, qui propose d'aborder le renforcement des systèmes de santé d'une façon innovante et pragmatique moyennant l'«approche systémique». Cet instrument efficace décrypte dans un premier temps la complexité d'un système de santé, pour utiliser ensuite cette analyse pour mieux concevoir des interventions visant à renforcer les systèmes, à accroître la couverture et à améliorer la santé.

Dans son «approche systémique en dix étapes», le rapport nous montre comment mieux tirer parti du savoir des diverses parties prenantes pour concevoir des solutions aux problèmes que posent les systèmes. Sont proposés des moyens de prévoir de façon plus réaliste comment les systèmes de santé sont susceptibles de réagir aux interventions destinées à les renforcer, tout en examinant par ailleurs les synergies et les dangers potentiels liés à ces interventions. En dernier lieu, il indique comment de meilleures évaluations des initiatives visant à renforcer les systèmes de santé peuvent permettre de tirer des enseignements précieux quant à ce qui fonctionne, comment cela fonctionne et pour qui.

Le renforcement des systèmes de santé est une question qui figure de plus en plus fréquemment au premier rang des préoccupations politiques à l'échelle mondiale. La connaissance et la compréhension précises et nuancées de ce qui constitue un système de santé efficace progressent constamment – un phénomène que le présent rapport traduit clairement.

Ce rapport permettra d'approfondir cette compréhension et incitera les administrateurs des systèmes de santé, les chercheurs sur ces systèmes et les partenaires du développement à une réflexion innovante. J'attends avec impatience d'en connaître les résultats.



Dr Margaret Chan
Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, Genève
Novembre 2009

Résumé analytique

Résumé analytique

La problématique

Si la question du nécessaire renforcement des systèmes de santé fait aujourd'hui l'objet d'un consensus universel, il n'existe actuellement aucun cadre d'action établi applicable au renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement, et aucune formule type ni ensemble d'interventions susceptibles d'être mis en œuvre à cette fin. Dans nombre de cas, les systèmes de santé ne disposent pas des capacités nécessaires pour évaluer ou cerner leurs propres faiblesses et les contraintes auxquelles ils se heurtent, si bien que les responsables politiques se trouvent complètement dépourvus d'idées scientifiquement fondées quant à ce qu'ils pourraient ou devraient renforcer. Face à des systèmes impossibles à cartographier dont on comprend mal le fonctionnement, les interventions – y compris les plus simples – n'aboutissent généralement pas aux résultats escomptés. Cette situation n'est pas nécessairement due à un défaut intrinsèque des interventions, mais plutôt au comportement le plus souvent imprévisible du système dans lequel l'intervention est entreprise. *Toute intervention, de la plus simple à la plus complexe, a un effet sur le système dans son ensemble, lequel a un effet sur chacune des interventions mises en œuvre.*

À mesure que les investissements dans le secteur de la santé augmentent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et alors que les bailleurs de fonds appuient de manière croissante les initiatives de grande ampleur axées sur le renforcement des systèmes de santé, il importe de déterminer quelles sont les interventions qui marchent vraiment, pour qui et dans quelles circonstances. Si l'on accepte le principe qu'aucune intervention n'est simple, et que toutes ont des effets précis, qu'ils soient ou non intentionnels, à l'échelle du système de santé dans son ensemble, il faut impérativement tenter de mieux cerner ces effets, afin d'atténuer tout comportement négatif du système et d'amplifier les synergies potentielles. Pour être à même de renforcer le système de santé, il faut d'abord bien le connaître : c'est à cette condition que l'on pourra concevoir des interventions et des évaluations de meilleure qualité, tant en ce qui concerne les interventions axées sur le renforcement des systèmes de santé que celles qui ciblent des maladies ou des pathologies spécifiques mais sont susceptibles néanmoins d'avoir des effets à l'échelle du système tout entier.

Le présent rapport examine précisément les problèmes que soulèvent la conception de telles interventions et l'évaluation de leurs effets.

L'approche systémique

Récemment, plusieurs projets visant à comprendre et à cerner dans une perspective systémique les interactions entre les différentes composantes des systèmes de santé ont été mis en œuvre. Ces projets étaient axés sur des problèmes de santé complexes – lutte contre le tabagisme, l'obésité et la tuberculose – et les facteurs de risques qui leur sont associés. À plus grande échelle, l'analyse systémique présente un potentiel considérable encore inexploité : elle permet d'abord de décrypter le fonctionnement très complexe du système de santé dans son ensemble, puis d'appliquer les connaissances ainsi obtenues à la conception et à l'évaluation d'interventions de nature à améliorer l'état de santé des populations et à renforcer l'équité en matière de santé. La démarche systémique est de nature à favoriser un fonctionnement plus efficace des systèmes de santé dans des situations réelles complexes. Elle peut notamment contribuer très utilement au recensement et à la résolution des problèmes inhérents au système de santé, et constitue à ce titre un élément incontournable de toute initiative visant à renforcer le système.

L'analyse systémique permet de mettre en évidence les caractéristiques sous-jacentes du système de santé et les interactions entre ses différents éléments constitutifs. Les travaux menés dans des domaines aussi divers que l'ingénierie, l'économie et l'écologie montrent que les systèmes évoluent en permanence, et que leurs composantes, toutes étroitement liées les unes aux autres, sont extrêmement sensibles aux changements intervenant en d'autres points du système. Les systèmes sont non linéaires, imprévisibles et réfractaires au changement, et des solutions apparemment évidentes contribuent parfois à aggraver le problème qu'elles étaient censées résoudre. Les systèmes sont des architectures dynamiques constituées d'interactions et de synergies. Selon le cadre conceptuel établi par l'OMS pour décrire les éléments constitutifs des systèmes de santé, l'architecture globale d'un système de santé s'organise autour de six sous-systèmes. Il est primordial de prévoir à l'avance de quelle manière une intervention donnée va s'intégrer à ces différents sous-systèmes, comment elle va influencer sur leur fonctionnement et quelles réactions elle va induire. Dans ce type de situation, l'approche systémique peut se révéler très utile.

Application de l'approche systémique

La méthode systémique fournit un ensemble complet et soigneusement pensé d'outils et de méthodes permettant de cartographier, de mesurer et de comprendre ces dynamiques. Le présent rapport propose d'appliquer cette démarche au système de santé dans des situations réelles, en suivant un processus en dix étapes. Nous nous référons à titre d'exemple à une intervention récente de grande ampleur axée sur le financement de la santé pour montrer comment la mise en place d'un partenariat regroupant un large éventail de parties prenantes peut contribuer à une compréhension beaucoup plus fine des incidences de l'intervention considérée, notamment en ce qui concerne la manière dont le système de santé va réagir et évoluer, les synergies qui peuvent être exploitées et les réactions négatives potentielles qu'il conviendra d'atténuer. Les éléments d'appréciation tirés de cette analyse peuvent ensuite servir à l'élaboration de méthodes plus fiables et plus solides de conception des interventions et d'un cadre d'évaluation tenant compte du comportement et du fonctionnement interne du système dans son ensemble, et pas seulement des résultats tirés de l'intervention au regard des moyens investis (comme dans un système de type « entrée-sortie »). L'approche systémique établit un lien plus explicite entre conception et évaluation des interventions, de même qu'entre la conception et l'évaluation des interventions et les éléments constitutifs du système de santé.

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN DIX ÉTAPES

I. Conception de l'intervention

1. Réunir les acteurs concernés
2. Réfléchir collectivement aux effets potentiels de l'intervention
3. Conceptualiser les effets de l'intervention
4. Adapter et remanier l'intervention

II. Conception de l'évaluation

5. Définir des indicateurs
6. Sélectionner les méthodes d'évaluation
7. Sélectionner un modèle conceptuel
8. Établir un plan et un calendrier
9. Établir un budget
10. Trouver des financements.

Défis, perspectives et avancées

Nombre de praticiens rejettent la méthode systémique au motif qu'elle est trop complexe et se prête mal à des applications concrètes. Pourtant, les différentes étapes du processus sont connues et appliquées couramment, bien que partiellement. L'approche systémique suppose simplement de suivre chacune de ces étapes dans une optique globale, à l'échelle du système, en portant une plus grande attention à des aspects comme les interactions entre les différents éléments constitutifs du système, les chaînes de rétroaction et le temps de réaction du système (effet retard). Si les pressions et les dynamiques propres aux situations réelles peuvent brouiller les perspectives à l'échelle du système, nous estimons néanmoins que les circonstances n'ont jamais été aussi propices à l'utilisation des outils d'analyse systémique. Nombre de pays en développement envisagent actuellement de transposer à plus grande échelle les méthodes « qui marchent », en investissant massivement dans le renforcement des systèmes de santé. Si elle s'appuie sur un vrai sens de l'initiative, de réelles convictions et un engagement résolu, l'approche systémique des systèmes de santé peut faciliter et accélérer le renforcement des systèmes, favoriser la mise en œuvre plus efficace d'interventions destinées aux populations qui en ont besoin et contribuer tant à l'amélioration de la santé qu'à une plus grande équité en matière d'accès aux soins.

Cela étant, la systémique n'est pas une panacée. Elle n'implique en aucun cas que les carences et les problèmes qu'elle met éventuellement en évidence se régleront d'eux-mêmes sans difficulté ou sans qu'il soit nécessaire de vaincre l'inertie inhérente aux pratiques établies. Elle permet néanmoins de recenser et de localiser de manière plus précise les problèmes qui entravent le bon fonctionnement du système, et notamment de :

- 1) analyser ces problèmes dans une perspective systémique;
- 2) démontrer les avantages potentiels de solutions qui marchent dans l'ensemble des sous-systèmes;
- 3) encourager la mise en place de réseaux dynamiques regroupant un large éventail de parties prenantes;
- 4) promouvoir l'apprentissage; et
- 5) favoriser la planification, l'évaluation et la recherche à l'échelle du système.

L'approche systémique renforce de surcroît la probabilité que les investissements et interventions visant le renforcement des systèmes de santé soient efficaces. Plus les composantes du système et les acteurs concernés auront la possibilité de dialoguer à l'intérieur d'un cadre commun, en œuvrant ensemble à la résolution des problèmes, plus les interventions auront de chances d'aboutir. Pour que la situation s'améliore véritablement, il faudra à l'évidence s'armer de patience, opérer des changements de grande ampleur et enclencher une dynamique garante du renforcement des capacités à l'échelle du système dans son ensemble. Ces changements n'en sont pas moins nécessaires, et doivent intervenir dès maintenant.

Le présent rapport s'adresse aux administrateurs des systèmes de santé, aux chercheurs et aux bailleurs de fonds et définit un ensemble de stratégies et d'activités qui permettront de mettre à profit les avantages de la démarche systémique et les possibilités qu'elles offrent, de sorte que l'approche systémique puisse devenir la norme en matière de conception et d'évaluation des interventions relatives aux systèmes de santé.

Mais ce rapport a aussi et surtout pour objet d'amener tous ceux qui financent le renforcement des systèmes de santé et la recherche sur les systèmes de santé à prendre conscience du potentiel que présente la démarche systémique, à prendre le risque d'investir dans cette approche novatrice et à s'employer avec vigueur à en promouvoir et à en suivre l'application, aux fins d'un développement sanitaire plus systémique fondé sur des bases factuelles.

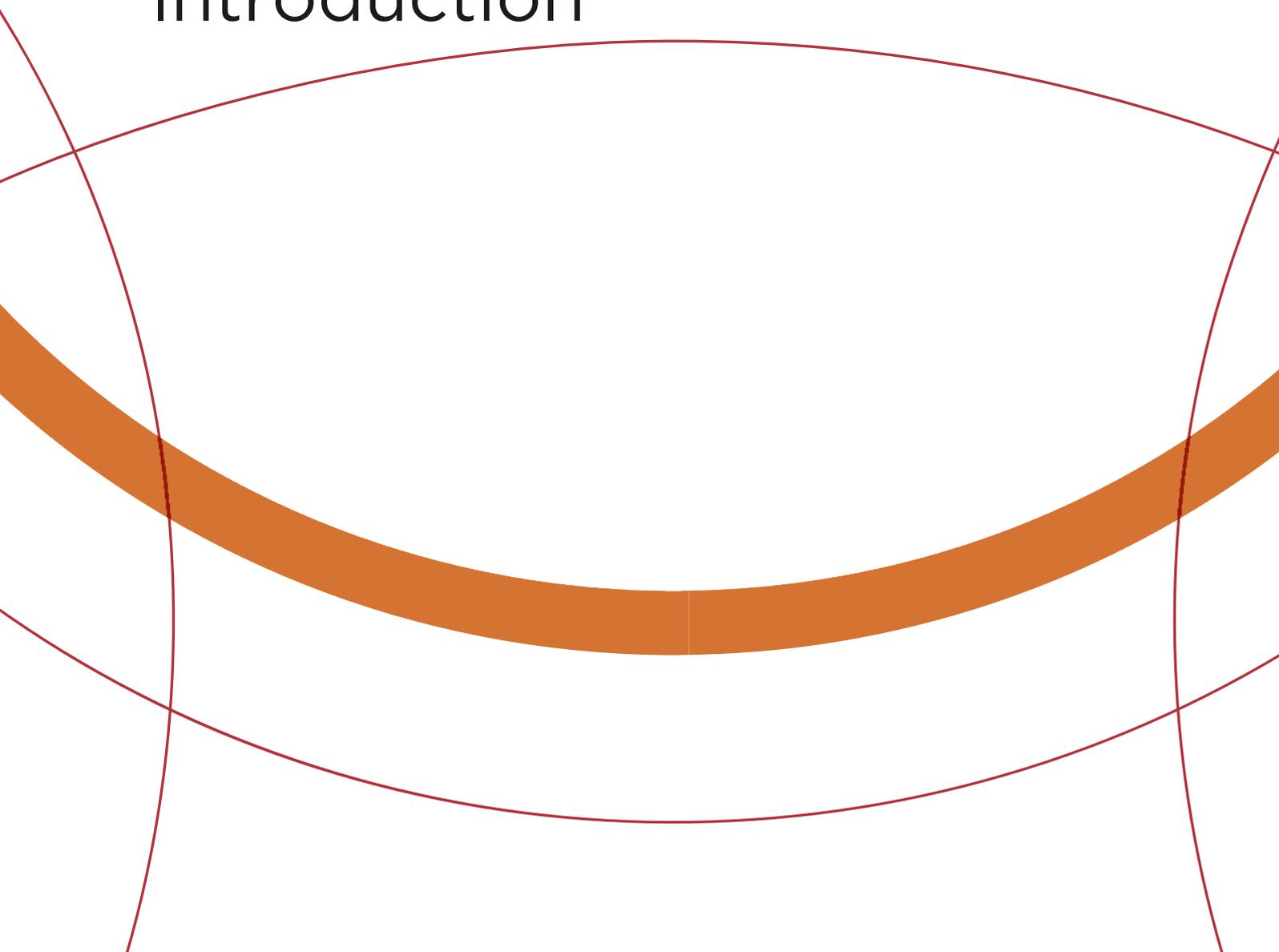
Acronymes et abréviations

Acronymes et abréviations

AHPSR	Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe de la tuberculose
FORCES	Programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
P4P	Rémunération aux résultats
PEV	Programme élargi de vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
TNVS	Tanzania National Voucher Scheme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/sida	Virus d'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

1

Approche systémique du renforcement des systèmes de santé: Introduction



La série Flagship Reports

L'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (« l'Alliance ») est une collaboration internationale basée au Siège de l'OMS à Genève. Elle a pour principal objectif de promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de projets de recherche sur les politiques et les systèmes de santé aux fins de d'amélioration de la santé et des systèmes de santé dans les pays en développement. La série Flagship Reports publiée par l'Alliance joue un rôle déterminant dans la diffusion de concepts novateurs de nature à combler les carences et à résoudre les problèmes observés actuellement, tout en stimulant le débat sur une question jugée prioritaire par les différents intervenants de terrain.

Le premier rapport de cette série (Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research), paru en 2004, visait principalement à améliorer les connaissances relatives aux systèmes de santé et à mettre ces connaissances à profit pour renforcer les systèmes de santé. Le deuxième rapport, publié en 2007 et intitulé Sound Choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy, analysait les contraintes liées aux capacités requises pour intégrer les résultats de la recherche à l'élaboration des politiques de santé. Ce troisième rapport fait la synthèse des travaux antérieurs et tente de déterminer de manière plus réaliste quelles sont les actions de renforcement des systèmes de santé qui marchent vraiment, pour qui et dans quelles circonstances. Il a pour principal objectif de stimuler une réflexion conceptuelle novatrice sur les systèmes de santé, les interventions à l'échelle du système et le renforcement des systèmes de santé.

“Pour la première fois, la santé publique dispose des engagements et des ressources nécessaires pour entreprendre des interventions vigoureuses. Pourtant, il manque encore quelque chose : les systèmes de santé ne sont pas suffisamment performants pour que ces interventions puissent être mises en œuvre à l’échelle voulue et en temps opportun en faveur de ceux qui en ont le plus besoin. Ce manque de capacités découle ... en partie du fait que la recherche sur les systèmes de santé a été terriblement négligée jusqu’à présent et souffre d’un déficit de financement considérable.”

Dr Margaret Chan, Directeur général de l’OMS, 29 octobre 2007

Introduction

Aujourd’hui encore, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé représente un défi colossal. La décennie en cours a été marquée par des avancées considérables dans le secteur de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais ces progrès ont été plus lents que prévus (1). Si de multiples interventions de nature à réduire en grande partie la charge de morbidité dans les pays les plus pauvres ont été entreprises – sans parler des interventions en cours de préparation, dont la qualité ne cesse de s’améliorer –, la couverture des interventions progresse trop lentement (2,3), et les inégalités sanitaires se creusent (4). Par ailleurs, les interventions d’un bon rapport coût/efficacité, lorsqu’il en existe, ne sont pas mises en œuvre de manière appropriée et sont sous-utilisées (1).

Dans nombre de cas, le problème tient essentiellement au fonctionnement du système de santé dans son ensemble et à sa capacité à mener des interventions de santé en faveur de ceux qui en ont besoin. On relève des faiblesses et des obstacles à tous les niveaux du système, et notamment : des problèmes généraux d’administration et de gestion ; de sérieux problèmes d’offre liés aux ressources humaines, aux infrastructures, aux systèmes d’information sanitaire et à la prestation des services ; et des difficultés en matière de demande de services de santé (participation de la population, connaissances, comportements, par exemple) (5,6). Enfin et surtout, on tend généralement à

sous-estimer le manque d’efficacité des interventions dû à des problèmes inhérents à la capacité des systèmes de santé à fournir les services attendus (7).

À ce jour, les facteurs systémiques et leurs effets n’ont guère été étudiés ou évalués. Rares sont les systèmes de santé qui disposent de la capacité intrinsèque de mesurer ou de cerner leurs propres atouts et leurs carences en matière d’équité et d’efficacité ou au regard de leurs déterminants respectifs. En l’absence d’une compréhension globale des capacités du système, les différents acteurs œuvrant dans le domaine de la recherche et du développement ont les plus grandes difficultés à concevoir des interventions spécifiques de nature à optimiser la capacité du système de santé à mener des interventions sanitaires essentielles. On constate par ailleurs – et surtout – que cette situation s’accompagne d’un autre phénomène, dont on mesure tout aussi mal l’importance : *toute intervention sanitaire, de la plus simple à la plus complexe, a un effet sur le système dans son ensemble*. En d’autres termes, des interventions a priori simples ciblant une composante particulière du système de santé ont des effets multiples parfois paradoxaux sur d’autres éléments du système. Même lorsqu’on s’efforce d’anticiper les effets, à l’échelle du système, d’interventions complexes et multidimensionnelles, les efforts déployés pour « cartographier », évaluer et comprendre ces effets sont le plus souvent limités, voire inexistantes. Il est désormais de plus en plus évident qu’aucune intervention – en particulier les interventions de niveau systémique ou à l’échelle du système – ne peut être qualifiée de « simple ».

ENCADRÉ 1.1 OBJECTIFS DU RAPPORT

En 2008, des consultations mondiales réunissant des participants d'horizons très divers ont mis en évidence le profond découragement, mais aussi l'intérêt, que suscite parmi les chercheurs, les bailleurs de fonds et les responsables politiques notre compréhension limitée du type d'interventions qui contribuent concrètement au renforcement des systèmes de santé. Ce nouveau rapport de la série Flagship Reports examine les avantages de l'approche systémique des systèmes de santé, l'objectif étant de stimuler l'analyse conceptuelle des systèmes de santé, des interventions à l'échelle du système et des évaluations des mesures de renforcement des systèmes de santé. Le rapport se propose en un premier temps de répondre aux questions générales ci-dessous:

- En quoi consiste la méthode systémique, et comment les chercheurs et les décideurs peuvent-ils l'appliquer?
- Comment peut-elle nous aider à mieux cerner et exploiter les synergies entre les interventions axées sur le renforcement des systèmes de santé?
- Dans quelle mesure l'approche systémique peut-elle contribuer à améliorer les évaluations de ces interventions à l'échelle du système?

Le rapport part du principe selon lequel l'adoption par les concepteurs, les agents d'exécution, les administrateurs et les bailleurs de fonds d'une démarche plus systémique est un élément primordial du développement global du secteur de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Il faut donc impérativement comprendre les effets complexes des interventions de même que les comportements émergents et les synergies¹ qu'elles induisent pour tirer parti de la dynamique dont bénéficie actuellement la question du renforcement des systèmes de santé (8). À mesure qu'augmentent les investissements dans le domaine de la santé et les financements octroyés par les bailleurs de fonds à l'appui d'initiatives de plus grande ampleur axées sur le renforcement des systèmes de santé, il nous faut déterminer non seulement ce qui marche, mais aussi pour qui, et dans quelles conditions (9-17).

Les questions relatives à la conception des interventions et à l'évaluation de leurs effets, qu'il s'agisse d'interventions axées sur le renforcement global des systèmes de santé ou

ciblant des maladies ou des pathologies spécifiques, sont au cœur de ce rapport. Nous y avançons que l'approche systémique du renforcement des systèmes de santé présente des avantages potentiels considérables pour le développement global du secteur de la santé, en ce qu'elle permet de décrypter la complexité du système de santé et de mettre à profit les connaissances ainsi obtenues pour concevoir et évaluer des interventions adaptées, de nature à améliorer au maximum la santé et l'équité en santé. L'analyse systémique peut favoriser un fonctionnement plus constructif et efficace des systèmes de santé dans des situations réelles complexes. Elle peut notamment contribuer très

¹ On entend par « synergie » la combinaison de plusieurs entités qui se renforcent avantageusement, pour créer un tout supérieur à la somme des éléments qui le composent.

Les questions relatives à la conception des interventions et à l'évaluation de leurs effets, qu'il s'agisse d'interventions axées sur le renforcement global des systèmes de santé ou ciblant des maladies ou des pathologies spécifiques, sont au cœur de ce rapport.

utilement à la définition et à la résolution des problèmes inhérents au système de santé, et constitue à ce titre un élément incontournable de toute initiative destinée à renforcer les systèmes de santé.

Termes clés et définitions

Il est primordial de définir d'emblée un ensemble de concepts et de termes précis. À cette fin, nous examinerons ci-après les notions que recouvrent les principaux termes utilisés dans ce rapport: système de santé, éléments constitutifs du système de santé, « individus », approche systémique, interventions à l'échelle du système et évaluation.

Le système de santé. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, un système de santé se compose « de toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé » (5). La mission d'ensemble d'un système de santé est « d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé en répondant aux besoins, en étant équitable sur le plan financier et en utilisant au mieux les ressources disponibles » (5).

Les références faites dans ce rapport aux composantes individuelles des systèmes de santé renvoient directement au « Cadre d'action » de la FAO pour les systèmes de santé, qui définit avec précision les six éléments constitutifs des systèmes de santé (5). On fera donc référence, tout au long de ce rapport, à ces six éléments constitutifs ou sous-systèmes, qui offrent un moyen pratique d'analyser le système de santé et les effets sur ce système des interventions mises en œuvre. Les éléments constitutifs du système de santé sont:

- *la prestation des services de santé*, notamment dans le cadre d'interventions sanitaires personnelles et non personnelles

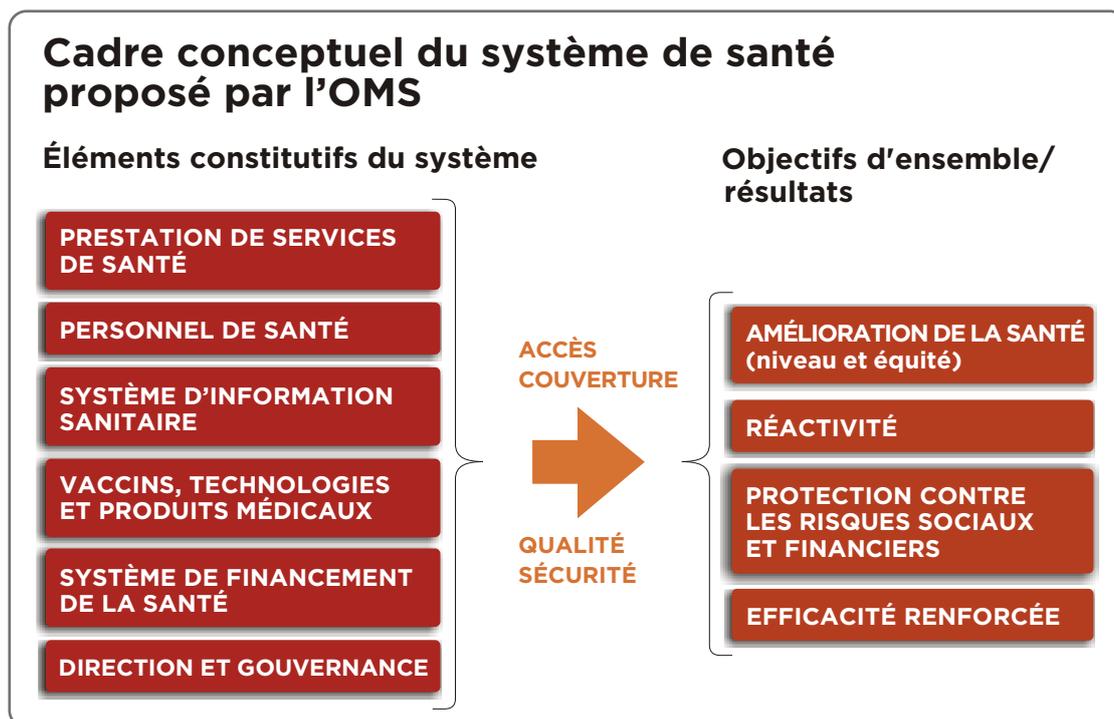
efficaces, sûres et de qualité en faveur des personnes qui en ont besoin (y compris en matière d'infrastructures), au moment et à l'endroit où elles en ont besoin, en réduisant au minimum le gaspillage des ressources;

- *un personnel de santé réactif*, juste, efficace au regard des ressources disponibles et des circonstances et disponible en nombre suffisant;
- *un système d'information sanitaire*, garant de la production, de l'analyse, de la diffusion et de l'utilisation d'informations fiables et actualisées sur les déterminants de la santé, la performance des systèmes de santé et la situation sanitaire;
- *des technologies médicales*, et notamment des produits médicaux, des vaccins et d'autres technologies essentielles dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport qualité/prix sont garantis, et dont l'utilisation est financièrement rationnelle et scientifiquement fondée ;
- *un système de financement de la santé*, qui permet de lever des fonds suffisants pour garantir l'accès des populations aux services nécessaires et de protéger les bénéficiaires de la faillite ou de l'appauvrissement qui pourraient résulter du paiement de ces services.
- *une direction et une gouvernance* garantes de la mise en place de cadres de politique stratégique assortis de mécanismes de contrôle efficaces, d'alliances, de procédures transparentes, de réglementations, de mesures d'incitation et d'une conception attentive du système.

Les éléments constitutifs ne peuvent à eux seuls constituer un système de santé, pas plus qu'un tas de briques ne peut constituer un bâtiment fonctionnel (Figure 1.1). C'est l'ensemble des relations et interactions multiples qui

Les éléments constitutifs ne peuvent à eux seuls constituer un système de santé, pas plus qu'un tas de briques ne peut constituer un bâtiment fonctionnel. C'est l'ensemble des relations et interactions multiples qui s'établissent entre ces éléments – et la manière dont ils vont ainsi s'influencer mutuellement – qui transforment ces éléments en un système.

Figure 1.1 Éléments constitutifs du système de santé: Objectifs et caractéristiques (5)



s'établissent entre ces éléments – et la manière dont ils vont ainsi s'influencer mutuellement – qui transforment ces éléments en un système (Figure 1.2). On peut donc comprendre le fonctionnement d'un système de santé en examinant la manière dont les parties qui le composent s'agencent et agissent les unes sur les autres, et leur capacité à permettre au système de remplir la fonction pour laquelle il a été conçu (5).

Les systèmes de santé sont souvent assimilés à des macrostructures monolithiques, et on ne prête guère attention aux interactions qui s'opèrent entre leurs différentes composantes, alors qu'en fait, ces interactions et sous-systèmes en évolution permanente, et les synergies qui s'en dégagent, sont le moteur des systèmes de santé. Si l'on considère que les éléments constitutifs décrits ci-dessus sont des sous-systèmes du système de santé, on constate que chaque sous-système est lui-même composé de tout un ensemble d'autres systèmes. Tous les systèmes sont contenus ou « emboîtés » dans d'autres systèmes plus

vastes (18 ; 19). Ainsi, à l'intérieur du système de santé, on trouve le sous-système « prestation de services de santé », qui peut abriter un système « hôpital », lequel peut englober un système « laboratoires ». De même, des réactions, des synergies et des interactions s'opèrent à des degrés divers entre ces différents sous-systèmes et les autres éléments constitutifs du système de santé.

Les individus. Il est primordial de mettre en lumière le rôle des individus, non seulement en tant que médiateurs et bénéficiaires au cœur du système, mais aussi en tant qu'acteurs participant directement au fonctionnement de ce même système, que ce soit à titre individuel, en qualité de membres d'organisations de la société civile ou de réseaux de parties prenantes, ou comme acteurs clés influant sur chacun des éléments constitutifs du système de santé (agents de santé, administrateurs, décideurs). En plaçant les individus et les institutions qui les représentent au cœur du cadre structurel des systèmes de santé, l'OMS exprime son attachement

Les éléments constitutifs du système de santé sont des sous-systèmes du système de santé qui fonctionnent – et doivent être appréhendés – collectivement, dans une architecture dynamique faite d'interactions et de synergies.

Figure 1.2 Architecture dynamique et interconnectivité des éléments constitutifs du système de santé



aux principes et aux valeurs sur lesquels reposent les soins de santé primaires: l'équité, la justice sociale, la participation et la collaboration intersectorielle (20,21).

L'approche systémique est une méthode de résolution des problèmes qui consiste à appréhender les « problèmes » comme faisant partie d'un système dynamique plus vaste. Elle recouvre bien plus qu'une simple réaction aux situations ou aux événements présents. Elle exige de mieux cerner les liens, les relations et les interactions qui se nouent entre les éléments constitutifs d'un système, ainsi que la manière dont ils se comportent les uns par rapport aux autres. Lorsqu'elle est appliquée au secteur de la santé, la méthode systémique, par

ailleurs couramment utilisée dans des secteurs caractérisés par des interventions et des systèmes complexes, met l'accent sur:

- la nature des relations entre les éléments constitutifs du système de santé;
- les espaces entre ces éléments (et les phénomènes qui s'y produisent);
- les synergies qui se dégagent des interactions entre les éléments constitutifs du système.

Le recours à la méthode systémique dans le secteur de la santé permet de mieux comprendre quelles sont les interventions qui marchent, pour qui et dans quelles conditions (22-24).

ENCADRÉ 1.2 QUATRE RÉVOLUTIONS QUI VONT TRANSFORMER LA SANTÉ ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Quatre révolutions qui vont transformer la santé et les systèmes de santé sont en cours dans les domaines suivants: a) les sciences de la vie; b) les technologies de l'information et de la communication; c) la justice sociale et l'équité; d) *l'approche systémique comme moyen de transcender la complexité des systèmes de santé*

Source: Frenk J. "Acknowledging the Past, Committing to the Future". Discours prononcé le 5 septembre 2008. Disponible à l'adresse: <http://www.hsph.harvard.edu/multimedia/JulioFrenk/FrenkRemarks.pdf>
Les italiques sont de l'auteur.

Interventions aux effets systémiques et interventions à l'échelle du système.

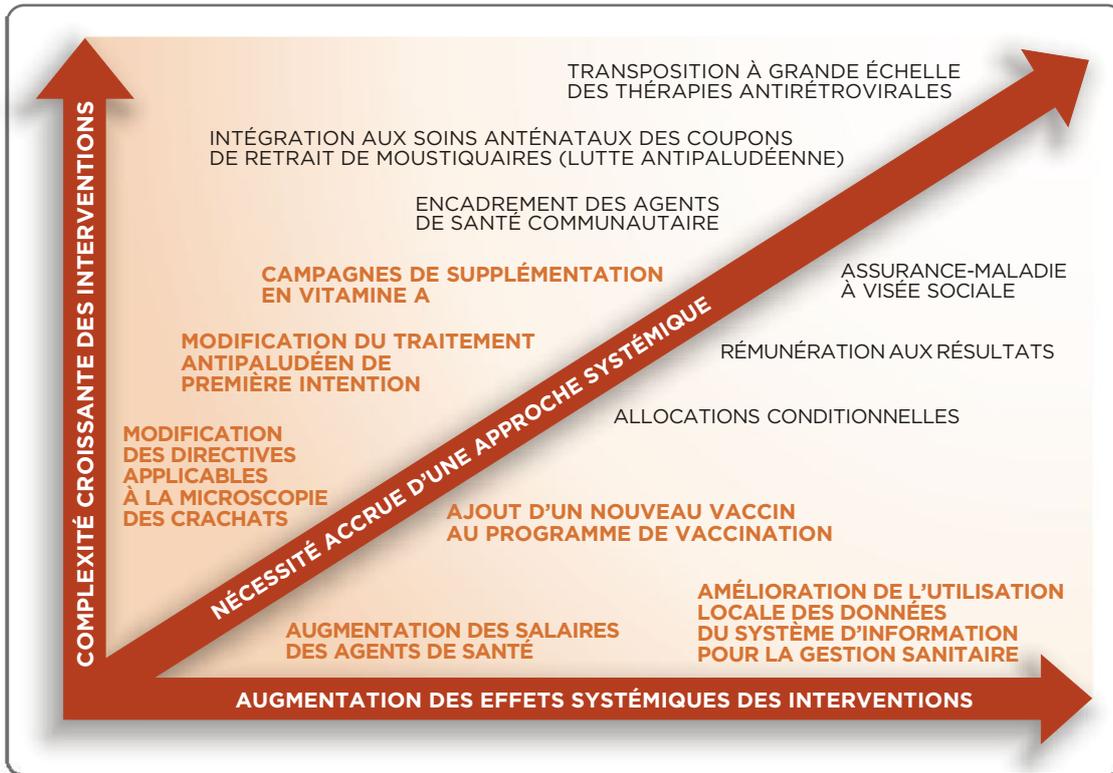
Toutes les interventions de santé publique ont, à des degrés divers, des effets au niveau du système sur un ou plusieurs de ses éléments constitutifs. Il s'agit dans nombre de cas d'interventions relativement simples ou de mesures visant à compléter des interventions en cours (par exemple, le fait d'intégrer un volet supplémentation en vitamine A à un programme de vaccination courante). Les interventions de ce type ne gagnent pas nécessairement à faire l'objet d'une analyse systémique et n'exigent pas toutes une approche de ce type. En revanche, on peut s'attendre à ce que des interventions plus complexes, comme l'application à plus grande échelle des thérapies antirétrovirales, aient des effets profonds sur l'ensemble du système, en particulier sur les systèmes de santé les plus fragiles (Figure 1.3) (25,26). Elles doivent par conséquent être appréhendées de manière systémique, l'objectif étant de cerner non seulement leurs effets, mais aussi les synergies potentielles qui pourraient s'en dégager. Ces interventions sont appelées « interventions aux effets systémiques » dans ce rapport.

Les « interventions à l'échelle du système » ciblent un ou plusieurs des éléments constitutifs du système de manière directe ou générique

(ressources humaines pour la santé, par exemple) plutôt qu'un problème de santé précis. Compte tenu de leurs effets sur les autres éléments constitutifs du système, ces interventions ne peuvent que tirer grand parti d'une démarche systémique. Comme on le verra en détail au chapitre 3, un régime de financement reposant sur le principe de la rémunération aux résultats constitue une « intervention à l'échelle du système », dans la mesure où il influe nécessairement sur la quasi-totalité des autres éléments constitutifs du système de santé. En effet, un tel dispositif: pose des problèmes de **gouvernance** liés à la gestion responsable et transparente du versement des primes aux agents des établissements de santé; a un impact sur le système d'**information** qui assure le suivi et la vérification des conditions ouvrant droit au versement de primes en espèces; influe fortement sur la **prestation des services** de santé dans la mesure où il amène les agents de santé à modifier leur comportement et conduit le public à faire un plus large usage de leurs services, ce qui peut entraîner la « désertion » d'autres services; peut entrer en conflit avec d'autres modalités de **financement** et aller à l'encontre des pratiques sectorielles et de méthodes classiques de soutien budgétaire; et modifier le profil des **ressources humaines** en renforçant (ou en sapant) la motivation des prestataires de soins.

On peut s'attendre à ce que les interventions complexes aient des effets profonds sur l'ensemble du système, en particulier dans le cas des systèmes de santé les plus fragiles.

Figure 1.3 Les différents types d'intervention et leur capacité à générer des effets systémiques



L'approche systémique permet d'anticiper et d'atténuer ces effets dès le stade de la conception des interventions, et de mettre à profit des synergies jusqu'alors insoupçonnées en modifiant les interventions. On est ainsi mieux à même de comprendre comment mesurer ces effets dans le cadre d'évaluations mieux conçues et plus complètes.

Évaluation. La méthode d'évaluation classique qui consiste à examiner les moyens investis, les résultats obtenus et leur impact a ses limites, et ne suffit généralement pas à cerner les principaux déterminants et contextes susceptibles d'expliquer la réussite globale d'une intervention ou de soulever des difficultés particulières. Lorsqu'ils tentent de comprendre et d'évaluer les ressources et les moyens qu'ils ont investis, les bailleurs de fonds et les administrateurs des programmes de santé tendent à se concentrer davantage sur les impacts, en aval, des interventions sur les maladies et la mortalité. En conséquence,

ils négligent le plus souvent les synergies globales qui se dégagent du système de santé et les comportements émergents qui pourraient, à terme, leur en apprendre beaucoup plus quant aux mesures à prendre pour renforcer les systèmes de santé et atteindre les objectifs sanitaires visés. Ces méthodes d'évaluation empêchent généralement de se faire une idée d'ensemble du fonctionnement du système de santé et de bien comprendre quelles sont les interventions qui marchent, pour qui et dans quelles conditions.

L'approche systémique va au-delà de ces évaluations de type « entrée-sortie » : outre les moyens mis en œuvre, les résultats obtenus et l'issue à court, moyen et long terme des interventions, elle prend aussi en considération les rétroactions, les processus, le déroulement des interventions, les mécanismes de contrôle et les facteurs d'ordre contextuel (22). Toute évaluation consiste nécessairement à dresser un tableau simplifié de situations réelles

ENCADRÉ 1.3 INDICATEURS ET OUTILS DE SUIVI DE L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

En règle générale, les interventions visant à renforcer le système de santé, et les évaluations dont elles font l'objet, sous-estiment l'importance qu'il y a à comprendre, renforcer et apprécier les relations entre les différents éléments constitutifs du système. On s'emploie actuellement à élaborer des indicateurs sensibles et aisément mesurables de suivi des modifications intervenant dans chacune des composantes du système de santé. On ne peut faire l'économie de tels outils si l'on veut que le système soit capable de fournir, dans des conditions de sécurité adéquates, une couverture efficace et universelle de qualité suffisante, indispensable pour améliorer la santé et l'équité en matière d'accès aux soins, la réactivité du système, la protection de la population contre les risques sanitaires et l'efficacité des interventions.

Pour plus d'informations sur ces indicateurs et outils, voir OMS 2009, Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Disponible (en anglais seulement) à l'adresse suivante: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html

complexes, et l'analyse systémique permet précisément de déterminer dans quelles proportions, et où, il convient de simplifier. Le processus systémique peut contribuer à établir un lien plus explicite entre la conception et l'évaluation des interventions mais aussi entre conception et évaluation d'une part et cadre du système de santé d'autre part, bien qu'il importe de rappeler que les interventions ne doivent pas toutes nécessairement faire l'objet d'une évaluation, ou d'une évaluation de type systémique (voir Figure 1.3).

Aperçu général

Le présent rapport vise plusieurs objectifs. Il a pour ambition première de stimuler la réflexion sur les systèmes de santé, les interventions à l'échelle du système et le renforcement des systèmes. Il décrit à cette fin l'approche systémique et montre comment elle peut contribuer à améliorer la conception et l'évaluation des interventions, en

favorisant une meilleure prise en compte des effets systémiques des interventions. Le rapport examine également les fondements scientifiques de cette démarche, en s'attachant à décrire la dimension tant conceptuelle qu'opérationnelle de l'élaboration et de l'évaluation des interventions dans une perspective systémique. Il donne notamment des exemples représentatifs des principaux problèmes rencontrés en la matière et propose des étapes pratiques, tout en encourageant le financement et la réalisation d'évaluations des interventions visant à renforcer le système de santé.

Au chapitre 2, nous présentons et analysons l'approche systémique et ses incidences sur le système de santé, en préalable à l'examen des questions de fond abordées dans la suite du rapport. Le chapitre s'adresse à tous les publics (administrateurs des systèmes de santé, concepteurs des interventions sanitaires, chercheurs, évaluateurs et bailleurs de fonds).

L'approche systémique, si elle repose sur une base scientifique rigoureuse, n'en exige pas moins d'aller au-delà de l'équation causes-effets. Le chapitre 3, destiné principalement aux concepteurs et aux évaluateurs, définit les raisons scientifiques justifiant la réalisation d'évaluations systémiques et explique, en dix étapes, comment améliorer la conception et l'évaluation des interventions sanitaires aux effets systémiques. On y trouvera notamment des indications sur l'élaboration de cadres conceptuels et des conseils permettant de mieux cerner les incidences des interventions à l'échelle du système de santé, ainsi qu'un tour d'horizon des questions concernant la conception et l'évaluation des interventions, le choix des indicateurs et les moyens de faire cadrer la conception des évaluations et celle des interventions. Il y est également question des carences relevées dans le cadre de récentes évaluations d'interventions à l'échelle du système, qui constituent la toile de fond du présent rapport, et dont on trouvera la synthèse dans l'annexe web à l'adresse <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/fr/>.

À l'évidence, l'analyse systémique n'est pas un exercice simple et comporte autant de difficultés qu'elle offre de possibilités. Elle peut, par exemple, favoriser une démarche participative plus fédératrice de nature à faciliter l'établissement de liens directs avec les décideurs, de même qu'une plus forte adhésion aux programmes et à leurs résultats. Elle peut aussi contribuer au renforcement des capacités nationales en aidant à la résolution des problèmes relatifs aux systèmes de santé, et faciliter la prise en compte des résultats de la recherche dans l'élaboration des politiques de santé.

Cela étant, elle peut aussi aller à l'encontre des schémas relationnels et des modèles dominants. De même, la méthode systémique peut se heurter à nombre de difficultés qui

tiennent à la dynamique complexe des liens entre le public, les chercheurs, les agents d'exécution, les bailleurs de fonds et les décideurs. Le chapitre 4 examine certaines des incidences du processus systémique en s'appuyant sur des exemples représentatifs de la manière dont elles ont été perçues et gérées. Le chapitre 4 s'adresse principalement aux administrateurs de systèmes de santé, aux évaluateurs et aux bailleurs de fonds.

Enfin, le chapitre 5 tire des précédents chapitres un certain nombre de conclusions quant à la voie à suivre en matière d'approche systémique du renforcement des systèmes de santé et avance diverses suggestions à l'intention des parties prenantes concernées.

À l'instar de tous les problèmes relatifs aux systèmes, les questions et approches examinées au présent rapport sont par nature très complexes et parfois paradoxales. Le rapport tente de défendre une démarche systémique élargie, aisément accessible à un vaste public pluridisciplinaire englobant les administrateurs de systèmes de santé, les agents d'exécution, les chercheurs, les évaluateurs et les bailleurs de fonds. Les auteurs espèrent qu'il favorisera un examen plus attentif des conditions de financement, le but étant d'encourager la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de renforcement des systèmes de santé plus efficaces, l'adoption d'approches globales reposant sur une vision nouvelle et la réalisation de travaux de recherche respectueux de l'approche systémique.

2

Approche systémique:
Définition et applicabilité
aux systèmes de santé

Messages clés

- **L'adoption d'une approche systémique visant à comprendre comment les éléments constitutifs du système de santé, les contextes et les acteurs concernés s'influencent mutuellement et réagissent les uns aux autres et à bien cerner ces interactions est un aspect essentiel de la conception et de l'évaluation des interventions.**
- **L'intégration d'une perspective systémique plus affirmée dans le secteur de la santé contribuera à une meilleure compréhension de ces interactions et permettra d'accélérer le renforcement des systèmes de santé.**
- **Dans la mesure où elle permet d'anticiper dans leur globalité les synergies potentielles et d'atténuer les comportements émergents négatifs du système de santé, l'approche systémique contribue directement à l'élaboration de politiques mieux adaptées aux caractéristiques du système.**

“À bien des égards, les réponses du secteur de la santé à l'évolution du monde ont été inadéquates et naïves. Inadéquates, car elles sont non seulement incapables d'anticiper, mais aussi d'apporter des solutions appropriées : trop souvent avec trop peu, trop tard ou avec trop et pas là où il le faudrait. Naïves, car les carences du système exigent une solution d'ensemble, pas un rafistolage.”

Rapport sur la santé dans le monde, 2008.

Objectifs du chapitre

L'analyse systémique est une des approches fondamentales du renforcement du système de santé, notamment du point de vue de la conception et de l'évaluation des interventions. Le chapitre 1 décrit le cadre conceptuel défini par l'OMS aux fins du renforcement des systèmes de santé, à savoir un cadre centré sur la personne et regroupant six éléments constitutifs ou sous-systèmes clairement définis (5). Toutefois, en dépit de l'importance grandissante (et parfois purement rhétorique) que les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds attachent au renforcement des systèmes de santé, personne ne sait vraiment comment procéder, faute de directives claires. Nombre de programmes et d'évaluations négligent aujourd'hui encore de prendre en considération les caractéristiques fondamentales des systèmes, et appréhendent généralement les différentes composantes de ces systèmes de manière isolée, et non comme les éléments d'un ensemble dynamique. La conceptualisation des synergies, voulues ou non, qui se dégagent des interventions sanitaires suppose une meilleure compréhension du « système » et de la manière dont les parties qui le composent s'influencent mutuellement et réagissent les unes aux autres, dans un processus d'interconnectivité et d'évolution permanente qui échappe généralement à toute logique. En préalable à l'examen des questions de fond abordées dans la suite du rapport, le présent chapitre examine les traits caractéristiques des systèmes de santé et l'évolution conceptuelle que représente l'approche systémique du renforcement des systèmes de santé.

La pensée systémique

La pensée systémique trouve son origine au début du XX^e siècle dans des domaines aussi divers que l'ingénierie, l'économie et l'écologie. Face à la complexité grandissante de leurs domaines de recherche, les spécialistes de ces disciplines et d'autres disciplines non sanitaires ont élaboré une méthode systémique pour comprendre et apprécier les relations qui se nouent à l'intérieur de tout système, et concevoir et évaluer des interventions à l'échelle du système (18,27-33). Ces dernières années, le secteur de la santé a appliqué cette approche systémique à des problèmes sectoriels complexes comme la lutte contre le tabagisme (22), l'obésité (34-36) ou la tuberculose (37). Toutefois, rares sont ceux qui ont tenté d'appliquer le principe systémique au système de santé dans son ensemble, et pas seulement à des domaines d'action isolés, ou d'expliquer comment passer de la théorie à la pratique (18,27) – sans doute du fait de la complexité apparemment insondable des systèmes de santé (29,38-40).

Plus récemment, d'aucuns ont suggéré d'appliquer l'approche systémique au système de santé tout entier (41), et la définition des éléments constitutifs du système de santé arrêtée par l'OMS en 2007 (voir le chapitre 1) n'y est sans doute pas étrangère. Si l'on peut reprocher au cadre proposé par l'OMS de pencher excessivement dans le sens de l'offre de services de santé, il en constitue pas moins un moyen fort utile de conceptualiser le système de santé et de mesurer l'intérêt de l'approche systémique.

ENCADRÉ 2.1 CARACTÉRISTIQUES COMMUNES DES SYSTÈMES

La plupart des systèmes, et notamment les systèmes de santé sont:

- auto-organisés
- en constante évolution
- constitués d'éléments étroitement liés
- régis par des rétroactions
- non linéaires
- dépendant de facteurs temporels
- paradoxaux
- réfractaires au changement

Adapté de Sterman, 2006 et Meadows et al, 1982 (32;42)

Analyser le système au travers d'une optique systémique

Pour comprendre comment fonctionne un système, il est primordial de bien cerner ses caractéristiques fondamentales.² Les caractéristiques décrites à l'Encadré 2.1, et en particulier leur action cumulée, influent sur la manière dont les systèmes, et notamment les systèmes de santé, réagissent à des facteurs externes ou à une intervention donnée.

Des systèmes auto-organisés – *La dynamique du système s'organise spontanément à partir de sa structure interne.* La nature du système n'est déterminée par aucun

agent ou élément individuel – l'organisation du système est fonction de l'interaction dynamique qui s'établit entre les différents éléments qui le composent, et des interactions entre le système considéré et les autres systèmes (voir Encadré 2.2). Le cadre conceptuel proposé par l'OMS et ses différents éléments constitutifs montre que la nature, la dynamique le comportement du système de santé sont façonnés par les interactions multiples et complexes qui se nouent entre les éléments constitutifs du système, et non par le comportement de l'un ou l'autre de ces éléments. À titre d'exemple, lorsqu'elles sont trop faibles, les structures d'administration des systèmes de santé (qui relèvent de la composante « direction et gouvernance ») tendent à sous-estimer ou à ignorer l'importance

ENCADRÉ 2.2 COMPORTEMENT DU SYSTÈME

« Le système est dans une large mesure la cause de son propre comportement. Une fois que l'on a cerné la nature de la relation entre la structure et le comportement du système, on peut mieux comprendre comment le système fonctionne, pour quelles raisons il produit des résultats médiocres et comment en améliorer le comportement. La structure du système est le point d'origine du comportement du système. Le comportement du système se manifeste sous la forme d'une série d'événements qui surviennent dans le temps » (43).

² Le « système », au sens où on l'entend dans ce rapport, est présenté dans la littérature spécialisée comme un « système évolutif complexe » qui s'auto-organise, s'adapte et évolue dans le temps. Sa « complexité » résulte de l'interconnectivité des éléments qui le composent, et son « caractère évolutif » de sa capacité à communiquer et à évoluer en fonction des événements (22,38).

des mécanismes de communication et d'information en retour (composante « information sanitaire » des systèmes de santé), ce qui conduit à l'application de politiques et de pratiques qui ne tiennent pas compte comme il le faudrait des informations ou des données factuelles les plus récentes. La structure et l'organisation internes du système, caractérisées, dans le cas considéré, par la faiblesse ou le dysfonctionnement du lien entre les composantes « gouvernance » et « information sanitaire » du système de santé, influent dans une très large mesure sur les fonctions et capacités du système en lui-même.

Des systèmes en constante évolution – *Les systèmes s'adaptent et se réadaptent à de nombreuses échelles temporelles interactives.* Les systèmes pérennes évoluent constamment. De fait, ceux qui ne changent pas finissent toujours par s'écrouler, puisqu'ils font partie des systèmes plus vastes qui, sont, eux, en perpétuelle évolution. Dans la mesure où les systèmes sont évolutifs plutôt que statiques, ils ont la capacité de générer leur propre comportement; de réagir différemment, et de manière imprévisible, aux mêmes facteurs; et d'évoluer de manière variable en fonction de leurs interactions avec d'autres éléments du système, (lesquels évoluent aussi en permanence). L'évolution et l'adaptabilité du système soulèvent des difficultés particulières et parfois difficiles à déceler dès lors qu'il s'agit d'évaluer ou de comprendre des interventions sanitaires spécifiques. Du fait de ces interactions constantes et de l'impossibilité de figer les dynamiques propres à chacune des composantes du système, il est difficile de cerner dans leur globalité ou d'évaluer de manière fiable les interventions et leurs effets si on les appréhende en faisant abstraction des autres éléments constitutifs du système. À titre d'exemple, en réduisant la durée de séjour dans une des unités de soins d'un établissement hospitalier (un des sous-systèmes de

la composante « prestation de services » du système de santé), on risque d'entraîner une augmentation des taux de réadmission dans d'autres services, ce qui pourrait au final compromettre la qualité des soins et accroître les coûts (41).

Des systèmes constitués d'éléments étroitement liés –

Compte tenu de la très forte connectivité des systèmes, tout changement intervenant dans un des sous-systèmes influence nécessairement sur les autres. Le caractère évolutif et l'adaptabilité des systèmes ne sont pas étrangers au fait que toute intervention ciblant un des éléments constitutifs du système a aussi des effets (positifs et négatifs) sur d'autres éléments constitutifs. Ainsi, la mise en place d'un régime d'assurance-maladie universelle destiné à éviter aux ménages d'avoir à payer des dépenses de santé imprévues ou trop élevées pourrait entraîner une utilisation accrue des services que les patients, en d'autres circonstances, auraient choisi de ne pas utiliser pour éviter d'avoir à les payer. Il est donc primordial, compte tenu de cette interconnectivité, d'anticiper ces effets positifs et négatifs pour être à même de concevoir des interventions et de les évaluer dans le temps. En l'absence d'un cadre systématique permettant de mettre en évidence les principales synergies potentielles (ou les comportements émergents négatifs du système), les effets moins visibles des interventions peuvent passer inaperçus, tant à l'étape de la conception qu'à celle de l'évaluation (44).

Des systèmes régis par des rétroactions –

Une réaction positive ou négative est susceptible de modifier le déroulement de l'intervention ou ses effets escomptés. Les systèmes sont contrôlés par des « boucles de rétroaction » qui fournissent des informations sur l'état du système et permettent d'en modérer le comportement à mesure que les éléments réagissent et « rétroagissent » les uns aux autres. C'est le cas, par exemple, lorsque les principes régissant

Compte tenu de l'interconnectivité des sous-systèmes, il est primordial d'anticiper les effets positifs et négatifs potentiels des interventions pour être à même de concevoir des interventions efficaces et de les évaluer dans le temps.

les pratiques des soignants évoluent (44). Cette évolution des comportements des prestataires de soins et les mesures d'adaptation qui en résultent doivent être suivies et évaluées, et appellent la mise en place de nouveaux mécanismes (dans la composante « information sanitaire », par exemple) de nature à contrer les effets potentiellement négatifs des interventions dans le temps.

Des systèmes non linéaires – *Les relations qui s'établissent à l'intérieur d'un système ne peuvent être agencées de manière linéaire selon un modèle de type « entrée-sortie ».* Les interventions à l'échelle du système sont généralement non linéaires et imprévisibles, et ont le plus souvent des effets disproportionnés par rapport aux activités mises en œuvre, ou très éloignés de leur intention première. À titre d'exemple, si les interventions visant à renforcer la qualité des prestations de santé peuvent donner en un premier temps de bons résultats, leurs effets sur l'amélioration des soins peuvent se niveler, voire diminuer dans le temps (45) dès que le plafond des compétences est atteint ou que le nombre de cas à traiter est supérieur à ce que les agents de santé sont disposés à accepter.

Des systèmes dépendants de facteurs temporels – *Les effets immédiats des interventions peuvent être différents de leurs effets à plus long terme.* La lenteur des processus est un facteur dont on sous-estime l'impact sur les systèmes de santé. Ainsi, les régimes communautaires d'assurance-maladie qui ont pour but de générer des ressources afin d'améliorer la qualité des services de santé primaires ne réussissent pas toujours à produire d'emblée des ressources suffisantes pour stimuler le processus d'amélioration de la qualité des soins. Cette situation peut être source de mécontentement et conduire à l'échec des interventions avant même que le seuil critique à partir duquel les services pourraient commencer à s'améliorer ne soit atteint (46). De même, il importe de mesurer sur une longue période les effets

des interventions qui ont pour but de faire évoluer les comportements individuels, afin d'éviter de conclure trop vite, et à tort, qu'elles n'ont que peu ou pas d'effets.

Des systèmes paradoxaux – *Les causes et les effets des interventions sont généralement très éloignés dans le temps et l'espace, si bien qu'il devient impossible de trouver des solutions qui rapprochent les causes des effets sur lesquels elles sont censées agir.* Des interventions apparemment simples et efficaces peuvent ne pas fonctionner dans certains environnements et donner d'excellents résultats dans d'autres. À titre d'exemple, la solution consistant à verser aux populations des allocations conditionnelles afin de les encourager à se faire soigner n'est efficace que dans les environnements où les transports et l'accès aux services de santé sont abordables. De plus, ce type d'intervention peut accroître dans des proportions considérables le recours aux services de santé, qui risquent alors d'être submergés s'ils n'ont pas fait par ailleurs l'objet de mesures de renforcement.

Des systèmes réfractaires au changement – *Des solutions apparemment évidentes peuvent échouer ou aggraver la situation.* Compte tenu des caractéristiques des systèmes de santé décrites plus haut et de la complexité des multiples interactions entre leurs différentes composantes, il est parfois difficile et délicat d'élaborer a priori une politique efficace si l'on n'a pas une parfaite compréhension du fonctionnement du système. Les caractéristiques du système peuvent le rendre « réfractaire » à tout changement, en particulier si les différents acteurs du système ont des objectifs différents, voire conflictuels (43). Ainsi, le versement d'allocations conditionnelles visant à modifier les comportements en matière de santé ou à encourager la population à se faire soigner peut en fait aggraver la situation en entraînant des réactions imprévues (mères sous-alimentant délibérément leurs enfants pour continuer à bénéficier des allocations, par exemple).

Il importe de mesurer sur une longue période les effets des interventions qui ont pour but de faire évoluer les comportements individuels afin d'éviter de conclure trop vite, et à tort, qu'elles n'ont que peu ou pas d'effets.

L'approche systémique offre un moyen d'anticiper dans leur globalité les synergies potentielles et d'atténuer les comportements émergents négatifs. Elle contribue directement à l'élaboration de politiques mieux adaptées aux caractéristiques des systèmes de santé.

L'approche systémique – un autre regard sur les systèmes de santé

Face à la complexité des systèmes de santé et des liens entre leurs différents éléments constitutifs, les méthodes classiques de conception et d'évaluation des interventions sanitaires ne peuvent pas mener très loin. En effet, elles reposent le plus souvent sur des modèles linéaires de type « entrée-sortie-résultats-impacts », caractéristiques des cadres logiques sur lesquels

s'appuient le plus souvent le suivi et l'évaluation des programmes et des investissements (47). Il faut donc transformer radicalement les méthodes utilisées pour la conception et l'évaluation des interventions sanitaires (37,48) et amener les concepteurs, les agents d'exécution, les administrateurs de systèmes et les bailleurs de fonds à porter un regard neuf sur les systèmes de santé.

Le Tableau 2.1 ci-dessous décrit les aptitudes que requiert l'analyse systémique – et l'évolution des mentalités qu'elle suppose, au regard d'approches plus classiques.

Tableau 2.1 Approche systémique: les aptitudes requises

Approche classique	Approche systémique
Analyse statique	Analyse dynamique
Se concentrer sur des événements particuliers	Définir un problème en fonction de la récurrence d'un même comportement dans le temps
Analyse du système en tant qu'effet	Analyse du système en tant que cause
Considérer que les comportements induits par le système sont la conséquence de facteurs externes	Imputer la responsabilité d'un comportement aux acteurs internes qui gèrent les politiques et les rouages du système
Analyse détaillée (l'arbre)	Analyse globale (la forêt)
Considérer que, pour bien comprendre un système, il faut en examiner les différents éléments en détail	Considérer que, pour connaître un système, il faut comprendre les relations entre ses différentes composantes
Analyse factorielle	Analyse opérationnelle
Définir les facteurs qui influent sur les résultats ou sont en corrélation avec les résultats	Se concentrer sur les causes et comprendre comment un comportement est induit
Analyse linéaire	Analyse en boucle
Considérer que la causalité est un processus unidirectionnel, en ignorant (délibérément ou non) les liens d'interdépendance et les interactions entre les causes	Considérer que la causalité est un processus continu, et non un événement ponctuel, que l'effet influe en retour sur les causes et que les causes s'influencent mutuellement

Adapté de Richmond, 2000 (28).

ENCADRÉ 2.3 RAMIFICATIONS ET CONSÉQUENCES DE L'ANALYSE SYSTÉMIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ

La systémique porte une attention particulière à la compréhension du contexte et à l'analyse des liens entre les composantes, les acteurs et les opérations du système (Lucy Gilson, communication personnelle) (48). Il s'agit avant tout d'anticiper les conséquences en aval des changements apportés au système plutôt que d'y réagir, et de définir, en amont, les moyens d'agir sur le système (David Peters, communication personnelle) (35,49-51). Il n'y a là rien de bien nouveau pour les personnes qui travaillent dans les systèmes de santé. Ce qui est nouveau, en revanche, c'est le fait d'appliquer cette perspective systémique de manière délibérée, continue et globale (22).

Réseaux des parties prenantes au système

La manière dont les réseaux de parties prenantes sont intégrés, constitués et gérés, et l'influence du contexte sur le comportement des parties prenantes sont un autre aspect majeur de l'approche systémique. Qu'il s'agisse d'individus, d'organisations de la société civile ou de réseaux, les parties prenantes sont au cœur du système, non seulement en tant que médiateurs et bénéficiaires, mais aussi en tant qu'acteurs du système en lui-même, et influent à ce titre sur chacun des éléments constitutifs du système, que ce soit en leur qualité d'agents de santé, d'administrateurs ou de décideurs.

Toutes les parties prenantes n'ont pas nécessairement la même conception de ce que doit être la finalité du système (voir Encadré 2.4). Elles peuvent ainsi offrir des points de vue très différents et porter un regard neuf sur le fonctionnement du système, les raisons des problèmes qu'il rencontre, les améliorations envisageables, et la manière dont les changements apportés à une des composantes du système influent sur les autres composantes (52).

ENCADRÉ 2.4 RÉSEAUX DE PARTIES PRENANTES AU SYSTÈME DE SANTÉ

Les parties prenantes peuvent avoir des conceptions très différentes de la finalité du système de santé, qui peut dès lors être considéré comme :

- un « système à but lucratif » par les prestataires privés;
- un « système de distribution » par l'industrie pharmaceutique;
- un « système d'emploi » par les agents de santé;
- un « système de marché » par les consommateurs, les ménages et les fournisseurs de produits et services de santé ;
- un « système de ressources sanitaires » par les clients ;
- un « système de soutien social » par les populations locales;
- un « système complexe » par les chercheurs et les évaluateurs;
- un ensemble de « politiques de santé » par les pouvoirs publics;
- un ensemble de « sous-systèmes » par le ministère de la santé.

Les systèmes de santé peuvent également être perçus par certains bailleurs d'aide au développement comme des structures de type « boîte noire » dont la faible prévisibilité est inacceptable, ou comme un « trou noir » dans lequel sont investis des financements importants, mais dont il ne sort pas grand chose.

Adapté de Wikipedia: Systems thinking (http://en.wikipedia.org/wiki/Systems_thinking), consulté le 12 octobre, 2009.

Les interventions sanitaires vues sous un autre angle

Les interventions sanitaires peuvent cibler des individus (interventions cliniques ou techniques visant l'introduction de nouveaux médicaments, de vaccins ou d'outils de diagnostic) ou des populations entières (interventions de santé publique axées sur l'éducation sanitaire ou la mise en œuvre de nouvelles législations sanitaires, par exemple). En règle générale, les incidences de ces interventions sur le système de santé se révèlent plus complexes qu'il n'y paraît à première vue. Lorsque les interventions ont pour principal objectif de modifier ou de renforcer le système de santé en lui-même, il devient encore plus difficile de prévoir les réactions du système. Ces interven-

tions sont donc nécessairement plus complexes à concevoir et à évaluer. Dans l'optique systémique, l'intervention elle-même est considérée comme un système à part entière qui interagit avec d'autres éléments constitutifs du système de santé et déclenche des réactions qui peuvent être aussi inattendues qu'imprévisibles. À quelques rares exceptions près, les interactions entre les systèmes de santé et les interventions sanitaires n'ont guère été étudiées à ce jour (37) et sont encore mal comprises. Le Tableau 2.2 donne à titre indicatif quelques exemples d'interventions sanitaires à l'échelle du système.

Dans l'optique systémique, l'intervention elle-même est considérée comme un système à part entière qui interagit avec d'autres éléments constitutifs du système de santé et déclenche des réactions qui peuvent être aussi inattendues qu'imprévisibles – du moins si elles ne sont pas appréhendées dans une perspective systémique.

ENCADRÉ 2.5 ÉLÉMENTS DE L'ANALYSE SYSTÉMIQUE

Organisation systémique	Gérer et diriger un système ; ensemble des règles qui commandent le système et en définissent les orientations à partir d'une vision d'ensemble et conformément à des mécanismes de direction, imposent des interdictions réglementaires, fixent des limites et délivrent des autorisations, en définissant des mesures incitatives ou en fournissant des ressources.
Réseaux systémiques	Comprendre et gérer les parties prenantes au système; ensemble des liens entre les parties prenantes et les acteurs individuels et institutionnels associés et intégrés au système.
Dynamique systémique	Conceptualiser, modéliser et comprendre l'évolution dynamique des systèmes en analysant leur structure organisationnelle et la manière dont cette dernière influe sur le comportement du système.
Connaissance systémique	Gérer le contenu et l'infrastructure pour en tirer des connaissances explicites et tacites ; cerner le rôle primordial de l'information dans l'orientation et l'évolution du système et utiliser la chaîne de données, d'informations et d'éléments factuels recueillis en retour pour éclairer la prise de décisions.

Adapté de Best et al, 2007 (22).

Faire jouer les points de levier du système

Le système de santé, à l'instar de tout autre système évolutif, comporte un certain nombre de leviers et de « points de basculement » qui peuvent le rendre particulièrement vulnérable et font qu'une intervention d'ampleur relativement modeste peut entraîner des changements substantiels à l'échelle du système (53). À titre d'exemple, un événement apparemment mineur (le gel des salaires des agents de santé, par exemple) peut déclencher un processus de changement à grande échelle ou faire basculer le système dans une crise de grande ampleur (et provoquer, par exemple, une grève des personnels de santé). Certes, ces interactions peuvent aussi être gérées de manière à dégager

des synergies constructives. Toutefois, il est généralement difficile de repérer ces « points de levier », et il n'existe aucune solution simple pour y parvenir. Si l'analyse des systèmes peut apporter un éclairage instructif quant aux composantes du système dans lesquelles ces points de basculement sont susceptibles de se trouver, les interventions sanitaires sont généralement sélectionnées sur la base de considérations intuitives et des modèles de développement dominants. L'examen d'un large éventail d'interventions menées dans divers systèmes (autres que les systèmes de santé) (53) indique que ces leviers se trouvent le plus souvent dans deux sous-systèmes: la gouvernance et

l'information, qui sont aussi des éléments constitutifs du système de santé, et ceux auxquels les concepteurs des interventions sanitaires prêtent le moins d'attention (24). Or, on sait que le manque d'information est la cause la plus fréquente des dysfonctionnements du système (43), et que les structures de gouvernance,

lorsqu'elles sont inopérantes ou trop fortement sollicitées, peuvent gravement compromettre la performance et la cohésion des éléments constitutifs du système dans son ensemble.

Tableau 2.2 Exemples représentatifs d'interventions sanitaires à l'échelle du système ciblant des éléments constitutifs individuels ou multiples du système de santé

Élément constitutif	Interventions courantes
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Décentralisation - Participation de la société civile - Délivrance des autorisations d'exercer, agrément, enregistrement
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Facturation des soins aux usagers - Allocations conditionnelles (demande) - Rémunération aux résultats (offre) - Assurance-maladie - Modalités de financement des prestataires de soins - Approches sectorielles de la santé et financement commun (basket funding)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Formation intégrée - Amélioration de la qualité, gestion des performances - Mesures de fidélisation ou d'incitation (affectations dans des zones reculées)
Information	<ul style="list-style-type: none"> - Enregistrement des dossiers médicaux sur support électronique (abandon des méthodes d'enregistrement manuel) - Systèmes de données et architecture interne intégrés pour la conception des systèmes d'information sanitaire - Coordination des enquêtes nationales réalisées auprès des ménages (date de la collecte de données, par exemple)
Vaccins, technologies et produits médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelles approches de la pharmacovigilance - Gestion de la chaîne d'approvisionnement - Fourniture intégrée des produits et des interventions
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> - Approches garantes de la continuité des soins - Intégration de services ≠ gestion centralisée des programmes - Services de proximité ≠ accueil en dispensaires
Éléments multiples	<ul style="list-style-type: none"> - Réformes du secteur de la santé - Renforcement des systèmes de santé de district

Incidences de l'approche systémique sur la conception et l'évaluation des interventions sanitaires

Le présent chapitre définit dans leurs grandes lignes les fondements conceptuels de la théorie systémique et tente d'en démontrer l'applicabilité au système de santé. On y a notamment montré que l'approche systémique prend en considération à la fois les interactions entre les différents éléments du système et les changements susceptibles d'y être apportés. La prise en compte et l'appréciation des subtilités inhérentes aux systèmes de santé ne doivent cependant pas conduire à exagérer la complexité de ce qui semble être à première vue une intervention simple conçue dans un objectif bien précis. En revanche, elles exigent de réaliser, lors de la conception et de l'évaluation des interventions à l'échelle du système ou des interventions aux effets systémiques, une évaluation globale des principaux effets (attendus ou non) de l'intervention considérée et des facteurs contextuels qui pourraient influencer en partie sur son succès ou son échec, notamment pour prévoir et suivre les conséquences de l'intervention, en particulier ses effets négatifs ou non souhaités, et pour concevoir des mécanismes permettant de les mesurer et de les corriger (54). On ne saurait trop insister sur l'importance de la participation à ce processus de l'ensemble des secteurs et des parties prenantes concernés, en particulier en matière de recherche sur les systèmes de santé (19).

Le chapitre 3 montre comment élaborer et évaluer une intervention sanitaire dans une optique systémique, et s'appuie sur une étude de cas représentative des vastes ramifications de l'analyse systémique et des multiples étapes qu'elle comporte.

3

L'approche systémique
appliquée à la conception
et à l'évaluation des
interventions sanitaires

Messages clés

- La conception et l'évaluation finale des interventions sanitaires doivent prendre en considération leurs effets éventuels sur l'ensemble des principaux sous-systèmes du système de santé.
- La conception et l'évaluation des interventions sanitaires ne peuvent s'améliorer que si l'ensemble des acteurs concernés procèdent à un exercice collectif d'analyse systémique.
- La représentation conceptuelle des interactions dynamiques entre les sous-systèmes peut aider à déterminer de quelle manière l'intervention va déclencher des réactions au sein du système, et comment ce dernier est susceptible de réagir.
- Une fois que l'intervention envisagée a fait l'objet d'une analyse collective et que la cartographie conceptuelle des interactions entre les différentes composantes du système a été réalisée, l'intervention peut être révisée, et de nouveaux éléments peuvent y être intégrés, de manière à optimiser des synergies jusqu'alors insoupçonnées et d'atténuer les effets négatifs potentiels de l'intervention.
- La conception probabiliste (essais contrôlés randomisés) des interventions sanitaires à grande échelle est généralement considérée comme la méthode la plus probante et la mieux à même de faciliter l'évaluation interne de l'efficacité des interventions, mais elle n'est pas toujours envisageable ou acceptable. De plus, elle ne se suffit généralement pas à elle-même et doit être assortie d'évaluations contextuelles et économiques complémentaires.
- La conception de type « plausibiliste » et les autres modèles conceptuels qui reposent sur l'utilisation simultanée de plusieurs méthodes visant à établir des estimations de l'efficacité des interventions, des processus, des contextes, des effets des interventions et de leur dimension économique sont souvent les mieux adaptés à l'évaluation des interventions aux effets systémiques.

"Une perspective systémique peut réduire les dégâts au minimum; nombre des problèmes d'aujourd'hui résultent des solutions appliquées dans le passé."

Dr. Irene Akua Agyepong, Services de santé du Ghana, Ghana, 2009

Introduction

L'OMS a défini un cadre conceptuel centré sur la personne regroupant six éléments ou sous-systèmes clairement définis constitutifs d'un système de santé complet (20,21). Comme on l'a vu au chapitre 2, il est primordial de comprendre les relations dynamiques entre ces différents sous-systèmes pour être à même de concevoir et d'évaluer des interventions à l'échelle du système et des interventions aux effets systémiques. Il convient pour cela de considérer, dès le stade de la conception de l'intervention et lors de son évaluation ultérieure, que l'intervention et le système sont intrinsèquement complexes et dynamiques (17,26,55 58).

Le présent chapitre s'appuie sur les définitions et les concepts présentés dans les deux précédents chapitres et vise à illustrer à la fois la démarche systémique et les approches plus classiques au travers de l'exemple concret d'une intervention contemporaine de grande ampleur. Les dix étapes proposées dans ce chapitre à la section « L'approche systémique en dix étapes » ont pour objet d'aider un large éventail d'acteurs (concepteurs, administrateurs, évaluateurs et bailleurs de fonds) à appliquer la méthode systémique. Toute intervention aux effets systémiques soulève les questions suivantes:

- Comment anticiper les effets potentiels de l'intervention?
- Comment conceptualiser le comportement effectif de l'intervention?
- Comment modifier et affiner l'intervention en tenant compte de ses effets potentiels?

Les réponses à ces questions renvoient à des aspects plus généraux touchant à l'évaluation des interventions, et montrent combien il importe

de réfléchir à la conception, au financement et à la réalisation des évaluations bien avant que les interventions proprement dites ne soient engagées, de manière à recueillir des données de base et des éléments de comparaison qui permettront de mesurer pleinement les effets de l'intervention dans le temps.

Approche systémique: illustration par l'exemple

Depuis quelques années, les modèles de financement fondés sur les résultats ne cessent de faire de nouveaux adeptes, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans le secteur de la santé, deux dispositifs de financement fondés sur les résultats suscitent actuellement une attention grandissante de la part des pays et des bailleurs de fonds soucieux d'accroître les performances des systèmes de santé : les régimes de rémunération aux résultats (appelés P4P en anglais) et les transferts de fonds assortis de conditions (allocations conditionnelles) (59-63). En règle générale, les régimes de rémunération aux résultats, qui sont axés sur l'offre, ont pour objet d'encourager les professionnels de santé à atteindre un objectif prédéfini. Les allocations conditionnelles, qui sont destinées à influencer sur la demande, sont versées en liquide et visent à inciter les clients des systèmes de santé à adopter certains comportements ou à utiliser des services de santé précis. Ces deux types d'intervention à l'échelle du système ciblent plusieurs des éléments constitutifs du système de santé (prestation de services et financement) et peuvent avoir des effets potentiels considérables sur les autres sous-systèmes.

Il est essentiel d'anticiper les relations et les réactions entre les sous-systèmes et les différents acteurs du système pour être à même de prévoir les incidences et les effets potentiels des interventions à l'échelle du système.

Dans la mesure où ces interventions majeures sont mises en œuvre à l'échelle du système et au niveau national, les acteurs du système de santé doivent s'assurer qu'elles marchent vraiment, pour qui et dans quels contextes et conditions. Or, ils sont bien trop souvent contraints d'engager ces interventions sans pouvoir réaliser au préalable d'études pilotes à petite échelle, dans la mesure où ces études soulèvent généralement des difficultés d'ordre politique et sont sans

grand intérêt au plan opérationnel. Dans le cas des interventions de type P4P qui consistent à verser des primes aux agents de santé, les parties prenantes doivent déterminer si l'intervention considérée est d'un bon rapport coût/efficacité, et s'il ne serait pas préférable de consacrer directement les ressources investies à l'amélioration des services de santé ou d'autres composantes du système de santé.

ENCADRÉ 3.1 EXEMPLE D'INTERVENTION AXÉE SUR LA RÉMUNÉRATION AUX RÉSULTATS¹

Dans un pays à faible revenu, les ministères de la santé et des finances et leurs partenaires financiers internationaux décident de lancer un programme de rémunération aux résultats (P4P) afin d'améliorer la qualité des services. À l'issue d'un débat interne, ils concluent que les carences observées en matière de prise en charge et de traitement de la tuberculose sont inacceptables, et conviennent de mettre en œuvre un programme P4P afin d'étendre la couverture du traitement de brève durée sous surveillance directe de la tuberculose (DOTS). Au titre de cette intervention, des primes en espèces seront versées tous les six mois aux professionnels de santé qui dispensent le DOTS s'ils atteignent les objectifs fixés en matière d'accroissement du taux de couverture (utilisation et observance). Chaque établissement de soins du pays négocie ses propres objectifs, et le système national d'information sanitaire assure le suivi des progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs.

Problème: Faible taux d'utilisation et d'observance du DOTS parmi les cas de tuberculose dépistés.

Intervention: Adoption de mesures financières incitatives en faveur des agents de santé qui parviennent à accroître les taux d'utilisation et d'observance du DOTS.

Effet escompté: Amélioration progressive des taux d'utilisation et d'observance du traitement DOTS.

Résultats: Augmentation de x % des taux d'observance. Augmentation de x % du coût des mesures incitatives.

Issue escomptée: Impact accru du traitement DOTS sur la réduction de la morbidité, de la mortalité et du risque de tuberculose.

¹ Il s'agit d'un exemple purement hypothétique inspiré de plusieurs cas réels.

ENCADRÉ 3.1 EXEMPLE D'INTERVENTION AXÉE SUR LA RÉMUNÉRATION AUX RÉSULTATS (SUITE)

À l'issue d'une première période de deux ans, il est procédé à une évaluation officielle du programme portant principalement sur le coût de l'intervention pour le système de santé et sur les taux d'observance du DOTS. L'évaluation montre que le programme est une réussite. Toutefois, plusieurs agents de santé de terrain font état de problèmes fondamentaux qui n'ont pas été pris en considération dans le cadre de l'évaluation. Ils déclarent notamment avoir observé que le personnel des établissements de soins demande à être affecté en priorité aux services plus « lucratifs » de lutte contre la tuberculose, au détriment d'autres services essentiels, compromettant ainsi la qualité des services dispensés. Certains rapportent même des cas de fraude généralisée, voire de corruption pure et simple, que le système national d'information sanitaire, du fait de ses carences intrinsèques, n'a pas été en mesure de détecter.

Les choses en seraient peut-être restées là, et le problème aurait pu être considéré comme une conséquence inévitable, mais néanmoins gérable, de l'amélioration des services de traitement de la tuberculose, si une soudaine épidémie de rougeole n'était venue jeter un éclairage nouveau sur la situation. Dans la plupart des établissements de santé, la diminution du nombre de soignants qualifiés disponibles a mis à mal la capacité du système à prendre en charge les cas de rougeole et à prévenir la propagation de l'épidémie. Un nombre croissant d'observateurs en sont venus à penser que la hausse des coûts, de la mortalité et de la morbidité relevée dans d'autres composantes du système de santé réduisait à néant les avantages découlant du programme de lutte antituberculeuse.

Ces problèmes auraient-ils pu être détectés et corrigés dès l'étape de la conception de l'intervention ?

Approche classique des interventions

P4P. L'intervention P4P repose sur le principe de la rémunération aux résultats et vise à ce titre à influencer de manière précise sur un problème spécifique. Elle consiste pour l'essentiel à « acheter » et à soutenir une composante restreinte de la prestation des soins de santé. Hors d'une démarche systémique, on a tendance à ne prendre en considération que cette composante particulière, ainsi que le déroulement linéaire, les effets, les résultats et l'impact de l'investissement réalisé. Il convient à ce propos de noter que c'est le bailleur de fonds de l'intervention qui fait réaliser l'évaluation du dispositif P4P et du programme de lutte contre la maladie ciblée, et qui définit les paramètres à évaluer. En conséquence,

les résultats de l'évaluation ne mettent en lumière que les apports linéaires et les effets attendus directs les plus évidents de l'intervention en question sur les coûts, le taux de couverture, l'utilisation des services et l'équité en matière d'accès aux soins.

La Figure 3.1 décrit l'approche classique des interventions P4P. L'intervention P4P consiste à investir des financements accrus pour améliorer la prestation de services de santé et par de l'hypothèse que les professionnels de santé feront quelque chose pour améliorer la qualité des services dispensés dans le cadre du DOTS et accroître l'utilisation et l'observance du traitement parmi les patients. Elle se traduira probablement par des mesures locales innovantes, de coût faible ou nul, visant à inciter

Dans l'approche classique, on s'intéresse principalement au déroulement linéaire, au résultat, à l'issue et à l'impact de l'intervention.

L'analyse systémique s'écarte des modèles de type entrée-sortie et tient compte non seulement des moyens investis, des résultats et de l'issue à court, moyen et long terme des interventions, mais aussi des rétroactions, des processus, du déroulement de l'intervention, des mécanismes de contrôle et des facteurs d'ordre contextuel.

les patients à se faire diagnostiquer et à les maintenir sous traitement. On part ici de l'hypothèse que l'amélioration de la qualité entraînera un accroissement du taux de couverture, ce qui favorisera l'amélioration de l'état de santé de la population, un accès plus équitable aux soins et une plus grande réactivité du système de santé en lui-même.

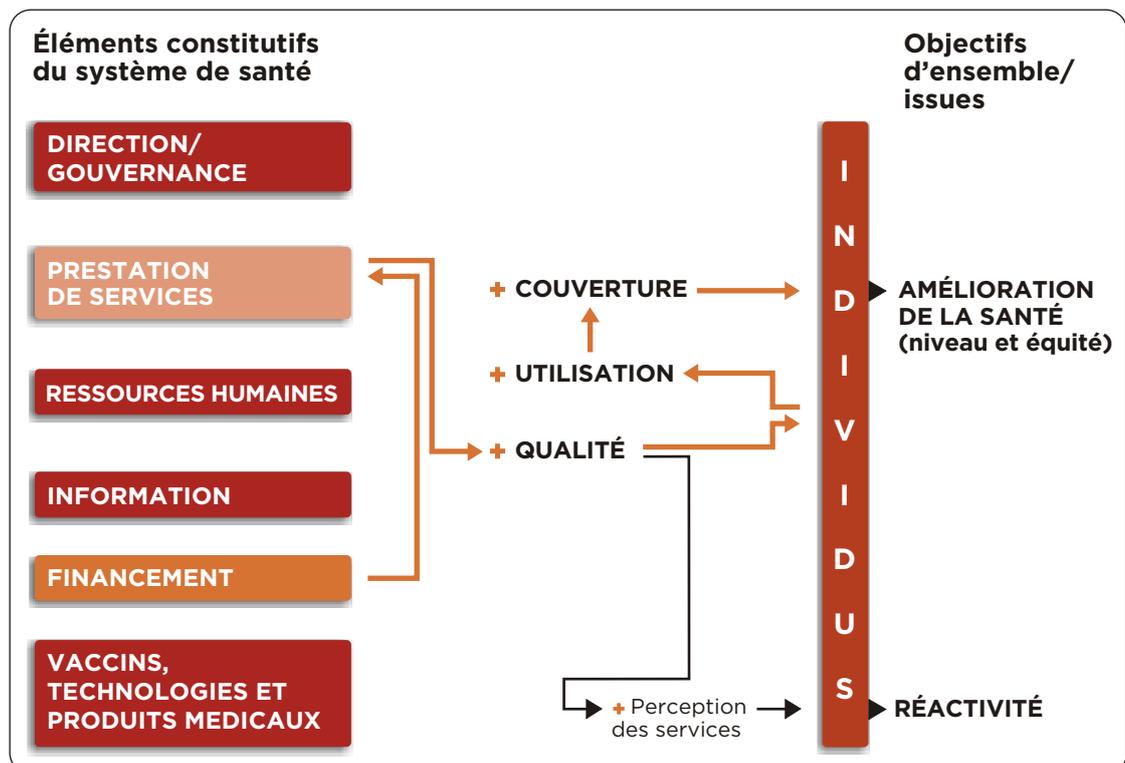
L'intervention P4P vue sous l'angle systémique. Le programme P4P est une intervention coûteuse et de grande ampleur mise en œuvre à l'échelle du système tout entier et reposant sur un mécanisme financier innovant. Il doit donc être appréhendé dans une perspective systémique (29,33,64), en tenant pleinement compte du rôle des mécanismes de direction du système et des réseaux élargis de parties prenantes, et en se référant à des concepts comme l'organisation et la connaissance systémiques (voir au chapitre 2 la définition de ces différents concepts) (22). L'approche

systémique s'écarte des modèles de type « entrée-sortie » et tient compte non seulement des moyens investis, des résultats et de l'issue à court, moyen et long terme des interventions, mais aussi des rétroactions, des processus, du déroulement de l'intervention, des mécanismes de contrôle et des facteurs contextuels (22).

L'approche systémique en dix étapes

Pour faciliter l'application de l'approche systémique, nous proposons de suivre les dix étapes ci-dessous en se référant à l'étude de cas examinée à la section précédente pour comprendre comment les choses se passent dans la pratique. Les étapes proposées n'ont rien de normatif ou de figé et visent davantage à décrire un processus conceptuel. Elles doivent être appliquées avec souplesse et peuvent être adaptées aux différentes situations considérées.

Figure 3.1 Approche classique des interventions de type P4P et de leurs effets escomptés



ENCADRÉ 3.2 L'APPROCHE SYSTÉMIQUE EN DIX ÉTAPES: CONCEVOIR ET ÉVALUER LES INTERVENTIONS DANS UNE PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE.

I: Conception de l'intervention

1. **Réunir les acteurs concernés:** Identifier et réunir les représentants de toutes les grandes composantes du système de santé, des concepteurs, des agents d'exécution, des utilisateurs du système de santé et des représentants de la communauté des chercheurs.
2. **Réfléchir collectivement aux effets potentiels de l'intervention** à l'échelle du système, en tenant compte des caractéristiques du système (rétroactions, effet retard, résistance du système, etc.) et de sa dynamique intrinsèque.
3. **Conceptualiser les effets de l'intervention:** Déterminer comment l'intervention envisagée va influencer sur la santé en général, de même que sur le système de santé et ses différents sous-systèmes.
4. **Adapter et remanier l'intervention:** Adapter et modifier l'intervention envisagée de manière à tirer le meilleur parti possible des synergies et des autres effets positifs qu'elle pourrait induire, tout en évitant ou en réduisant au minimum tout effet négatif potentiel majeur.

II: Conception de l'évaluation

5. **Définir des indicateurs:** Définir les indicateurs dont il convient d'assurer le suivi dans le cadre de l'intervention remaniée (et les processus, problèmes et facteurs contextuels correspondants) pour chacun des sous-systèmes considérés.
6. **Sélectionner les méthodes d'évaluation:** Sélectionner les méthodes qui permettront de suivre au mieux les indicateurs dans le temps.
7. **Sélectionner un modèle conceptuel:** Choisir le modèle conceptuel le mieux adapté aux méthodes retenues et à la nature de l'intervention.
8. **Établir un plan et un calendrier:** Établir collectivement un plan et un calendrier d'évaluation en faisant appel à toutes les disciplines requises.
9. **Établir un budget:** Fixer le montant du budget global et des contributions au budget, en tenant compte de leurs incidences tant pour l'intervention que pour les partenaires associés à l'évaluation.
10. **Trouver des financements:** Réunir, avant le lancement de l'intervention, les financements requis aux fins de l'évaluation.

Première partie: Conception de l'intervention

Étape 1. Réunir les acteurs concernés: la participation de tous les intervenants concernés dans le cadre d'une démarche pluridisciplinaire est primordiale à chacune des dix étapes de la conception systémique des interventions. Il faut impérativement identifier et réunir les acteurs directement concernés ou touchés par la mise en œuvre de l'intervention, ce qui suppose de faire intervenir en premier lieu le ministère de la santé au plus haut niveau, ou du moins d'obtenir son approbation. Plusieurs méthodes permettent d'identifier les parties prenantes à associer à la mise en œuvre de l'intervention (analyse contextuelle, analyse des parties prenantes, notamment) (65,66). Toutefois, le bon sens doit l'emporter et conduire à privilégier la participation la plus large possible de tous les secteurs concernés. On fera donc intervenir au minimum un représentant de chaque sous-système (ou élément constitutif du système de santé) justifiant de toutes les connaissances requises, et au moins un représentant de la communauté des chercheurs et un représentant des bailleurs de fonds. Si les interventions sanitaires n'appellent pas toutes la

participation de l'ensemble de ces acteurs, les plus complexes d'entre elles exigent de consulter le plus large éventail possible de parties prenantes.

Étape 2. Réfléchir collectivement aux effets potentiels de l'intervention: il s'agit d'une étape essentielle qui doit permettre de cerner tous les effets potentiels, à l'échelle du système, de l'intervention envisagée. Lors des réunions du groupe des parties prenantes, la composition doit être aussi équilibrée et représentative que possible, les ramifications potentielles de l'intervention dans chacun des éléments constitutifs de système de santé sont examinées et débattues, en tenant compte des multiples interactions entre les sous-systèmes. Les agents d'exécution de première ligne (vraisemblablement ceux représentant les composantes prestations de services et ressources humaines du système de santé) définissent les effets potentiels du processus d'exécution. Enfin, le groupe désigne ses chefs de file et constitue une équipe de conception restreinte qui aura pour mission de piloter l'intervention, et notamment d'en conceptualiser les effets, de remanier au besoin l'intervention et de désigner les personnes qui seront chargées de concevoir l'évaluation.

ENCADRÉ 3.3 INTERVENTION P4P – RÉUNIR LES ACTEURS CONCERNÉS

Une fois que la décision officielle d'engager l'intervention a été prise, le directeur du programme de lutte contre la tuberculose du ministère de la santé demande au médecin-administrateur en chef du ministère de réunir tous les autres directeurs concernés du ministère de la santé, afin de discuter de la participation éventuelle d'autres parties prenantes. Le groupe ainsi constitué (de représentants des composantes gouvernance, financement, ressources humaines, information, médicaments essentiels et prestations de services du système de santé) désigne d'autres parties prenantes, parmi lesquelles des représentants de la communauté des chercheurs, de la société civile et de la commission de la fonction publique, des agents de santé des services DOTS de première ligne, des équipes de gestion de la santé au niveau du district et des bailleurs de fonds. Une fois que la liste des parties prenantes a été arrêtée, le médecin-administrateur en chef programme la tenue d'une série de consultations de brève durée, puis invite les parties prenantes sélectionnées à y participer. Le directeur de la planification du ministère de la santé est chargé d'organiser les réunions.

ENCADRÉ 3.4 INTERVENTION P4P – RÉFLÉCHIR COLLECTIVEMENT AUX EFFETS POTENTIELS DE L'INTERVENTION

Les premières réunions des parties prenantes présidées par le directeur de la planification du ministère de la santé font apparaître que l'intervention P4P pourrait avoir pour principaux effets sur la **composante prestation de services** d'accroître l'attractivité des services, qui seraient plus facile d'accès et ouverts à des heures plus pratiques, et d'amener le personnel de santé à adopter une attitude plus accueillante à l'égard des patients. Ces effets positifs devraient entraîner une utilisation accrue des services et, par voie de conséquence, une augmentation des taux de couverture. Cela étant, l'intervention pourrait aussi avoir des effets négatifs si les agents de santé négligent les services dans lesquels le régime P4P ne s'applique pas (désertion des services). Les agents de santé hautement performants, plus nombreux dans les zones privilégiées que dans les régions les plus pauvres, pourraient recevoir l'essentiel des primes aux résultats, ce qui ne ferait qu'accentuer les inégalités existantes. D'un autre côté, l'intervention pourrait contribuer à renforcer l'équité en santé si elle encourage des professionnels de santé à s'installer dans des zones défavorisées où les possibilités d'amélioration du taux de couverture sont jugées plus importantes et les primes plus faciles à gagner.

L'intervention peut contribuer à améliorer le système d'**information sanitaire** qui doit assurer le suivi du taux de couverture du DOTS, principal moyen de déterminer s'il y a lieu ou non de verser une prime. Toutefois, du fait des carences inhérentes au système d'information sanitaire, il peut arriver que certains acteurs manipulent les chiffres et exagèrent l'ampleur des améliorations pour obtenir des primes, sans avoir pour autant atteint les objectifs auxquels est subordonné le versement de ces primes. Le système d'information ne sera pas nécessairement capable de fournir des estimations suffisamment précises concernant l'indicateur qui conditionne le paiement des primes (dans ce cas, l'amélioration du taux de couverture du DOTS), et il faudra, au besoin, prendre des mesures directes pour le renforcer, à l'appui de l'intervention P4P.

L'intervention peut aussi avoir des effets positifs sur la composante **ressources humaines** du système de santé, en renforçant la motivation des prestataires de soins, et en les encourageant notamment à accepter des postes dans des zones reculées. En revanche, elle peut amener des agents de santé jusqu'alors motivés par leur travail à s'investir exclusivement dans les tâches qui peuvent leur valoir facilement des primes supplémentaires. Des conflits et des rivalités peuvent survenir entre les soignants et les cadres de santé si les primes sont réservées à certaines catégories de personnel, et si les conditions régissant l'établissement et le suivi des objectifs à atteindre pour obtenir des primes ne sont pas suffisamment claires. En outre, les syndicats ou la commission nationale de la fonction publique peuvent s'opposer à la mise en place de ce type de dispositif.

ENCADRÉ 3.4 INTERVENTION P4P – RÉFLÉCHIR COLLECTIVEMENT AUX EFFETS POTENTIELS DE L'INTERVENTION (SUITE)

Les effets d'un tel régime de rémunération sur l'offre et la demande de services de santé seront fonction de l'ensemble de facteurs de **gouvernance** qui peuvent évoluer dans le temps (confiance accrue, décentralisation plus efficace, adhésion du personnel, par exemple). Toutefois, des problèmes peuvent survenir en matière de gestion transparente et responsable du versement des primes. Dans ce cas, il peut s'avérer nécessaire d'établir de nouvelles modalités applicables au traitement des primes versées à titre discrétionnaire aux agents des établissements de soins.

Enfin, s'agissant de la composante **financement**, l'intervention pourrait entraîner une augmentation progressive des financements disponibles, mais aussi une fragmentation accrue des modalités de financement, ce qui pourrait aller à l'encontre des principes de financement sectoriel et de soutien budgétaire. La gestion des primes en espèces versées aux établissements de soins a des incidences tant en matière de financement que de gouvernance.

À la lumière des conclusions tirées de cette réflexion collective, les parties prenantes hiérarchisent les effets potentiels de l'intervention envisagée, en fonction de leur importance et de leur probabilité, sous la forme d'un tableau (Tableau 3.1), qui sert de point de départ à l'établissement d'un cadre conceptuel (voir Figure 3.2).

Étape 3. Conceptualiser les effets

des interventions: toute intervention de grande ampleur est susceptible d'avoir des effets positifs ou négatifs sur les autres éléments constitutifs du système de santé. Or, il existe nécessairement de nombreuses inconnues en la matière. À l'étape 3, une équipe de conception restreinte élabore, à partir du tableau hiérarchisé des effets potentiels de l'intervention, un cadre conceptuel permettant de visualiser l'impact de l'intervention sur la santé et sur le système de santé et ses différentes composantes, en portant une attention particulière aux boucles de rétroaction. Cette représentation conceptuelle des interactions dynamiques montre de quelle manière l'intervention va déclencher des réactions

au sein du système, et comment le système est susceptible de réagir (38,67). On peut ainsi mettre en lumière les principaux effets négatifs et positifs potentiels de l'intervention sur chacun des différents sous-systèmes du système de santé. Il ne s'agit cependant que d'une première ébauche conceptuelle, et la conception de l'évaluation devra prendre en considération le fait que le déroulement des interventions n'est pas le même dans tous les contextes et dépend des acteurs concernés. Les outils de cartographie conceptuelle (68) et de modélisation de la dynamique du système (33) peuvent aussi être utilisés à cette étape de l'approche systémique (voir au chapitre 4 la section consacrée à la cartographie conceptuelle).

La représentation conceptuelle des interactions dynamiques montre de quelle manière l'intervention va déclencher des réactions au sein du système, et comment ce dernier est susceptible de réagir.

Tableau 3.1 Hiérarchie des effets potentiels de l'intervention P4P à l'échelle du système

Priorité 1= élevée 5 = faible	Effet	Positif + ou négatif -	Probabilité (élevée, moyenne, faible)	Importance (élevée, moyenne, faible)	Sous-système
1	Conflits entre agents de santé si les primes sont réservées à certaines catégories de personnel	–	Élevée	Élevée	Ressources humaines
1	Exagération des améliorations observées	–	Élevée	Élevée	Information
1	Effet incitatif, à l'échelle locale, sur l'élaboration de solutions aux problèmes de fourniture des services	+	Élevée	Élevée	Prestation de services
2	Déséquilibre dans l'affectation des ressources (fragmentation des modalités de financement)	–	Élevée	Moyenne	Financement
2	Problèmes de gestion des versements en espèces	–	Élevée	Moyenne	Financement
2	Utilisation accrue du DOTS	+	Moyenne	Élevée	Prestation de services
2	Désertion des services de santé non ciblés par l'intervention P4P	–	Moyenne	Élevée	Prestation de services
2	Demandes relatives à l'amélioration des infrastructures non satisfaites	–	Moyenne	Élevée	Prestation de services
2	Mécontentement du public et des agents de santé lié au fait que l'accroissement de la demande ne s'accompagne pas d'une amélioration qualitative/quantitative des moyens techniques	–	Moyenne	Élevée	Médicaments et technologies
3	Manque de transparence et responsabilités mal définies en matière de versement des primes	–	Moyenne	Moyenne	Gouvernance
4	Production et utilisation accrue de l'information et des mécanismes d'information en retour	+	Faible	Moyenne	Information
5	Décentralisation (adhésion et contrôle au niveau local)	+	Faible	Faible	Gouvernance
5	Mise en évidence et règlement des problèmes d'emplois fictif	+	Faible	Faible	Gouvernance
5	Motivation accrue des agents de santé	+	Faible	Faible	Ressources humaines
5	Agents de santé prêts à accepter des affectations dans des zones reculées/défavorisées	+	Faible	Faible	Ressources humaines
5	Personnel qualifié attiré en priorité par les tâches ouvrant droit à prime	–	Faible	Faible	Ressources humaines

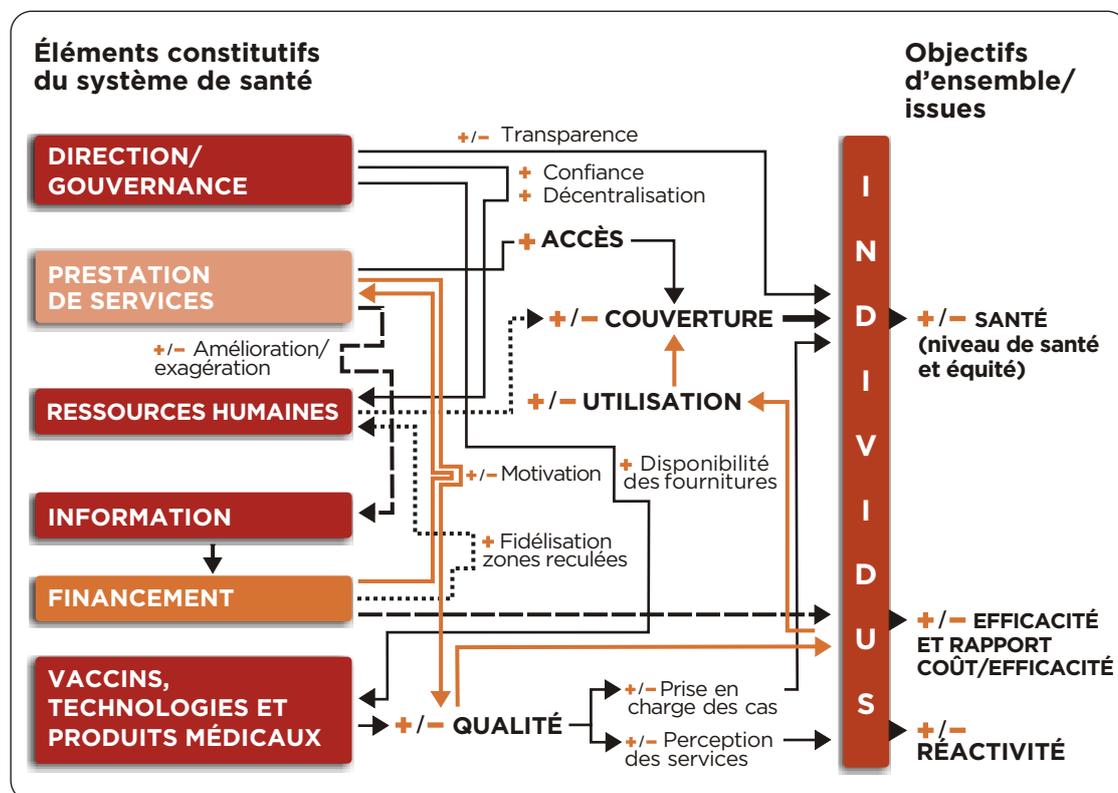
Note: ce tableau et le Tableau 3.2 ont été établis lors d'un exercice de simulation/jeu de rôle organisé dans le cadre d'une séance de réflexion.

Étape 4. Adapter et remanier l'intervention: à cette dernière étape, il convient généralement d'adapter et de revoir le concept de départ à la lumière des conclusions qui se dégagent des trois précédentes étapes, de manière à tirer le meilleur parti possible des synergies et des autres effets positifs que l'intervention pourrait induire, tout en évitant ou en réduisant au minimum tout effet négatif potentiel majeur. À partir de la représentation conceptuelle attendue ou hypothétique des interactions dynamiques (étape 3) et du tableau hiérarchisé des effets potentiels de l'intervention (étape 2), les parties prenantes peuvent revoir la conception de leur intervention et y intégrer, au besoin, des éléments conceptuels additionnels afin d'atténuer les effets négatifs importants, d'optimiser les synergies potentielles jusqu'alors insoupçonnées et d'éliminer tout

obstacle éventuel. Cet exercice collectif a pour objet de classer les effets négatifs par ordre d'importance afin de recenser les plus graves, et de déterminer, s'il y a lieu, comment amplifier les effets positifs de l'intervention. Le groupe peut ainsi avancer des idées et des suggestions en vue de l'adaptation ou du remaniement de l'intervention.

Cet exercice doit être confié à l'équipe de conception restreinte ayant conceptualisé les effets de l'intervention à l'étape 3, mais le résultat obtenu à l'issue de l'étape 4 – à savoir la version adaptée de l'intervention – doit être de préférence renvoyé pour examen au groupe composé de l'ensemble des parties prenantes, qui pourra au besoin décider de se réunir à nouveau à fin d'examiner les modifications apportées au concept initial et d'en évaluer les incidences.

Figure 3.2 Représentation conceptuelle de l'intervention P4P dans une perspective systémique



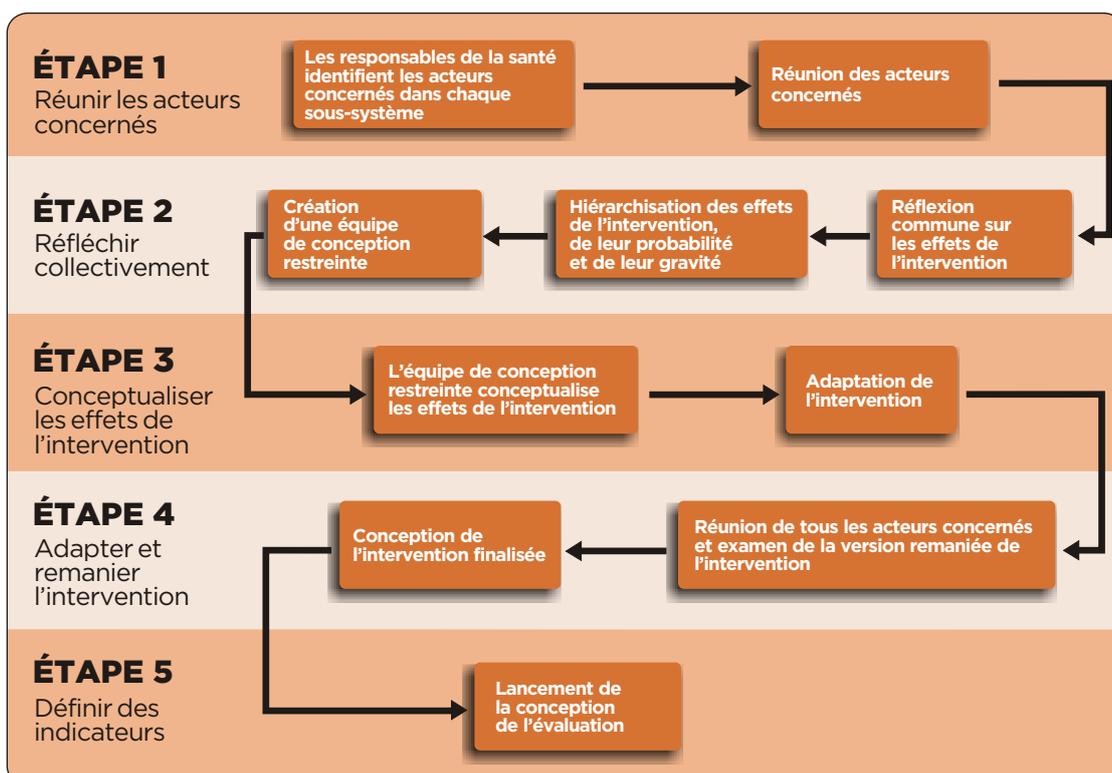
ENCADRÉ 3.5 INTERVENTION P4P – ADAPTER ET REMANIER L'INTERVENTION

Dans l'exemple retenu, l'équipe d'évaluation préconise de prévoir un financement complémentaire pour renforcer le système d'information sanitaire, de manière à améliorer les statistiques utilisées pour justifier le versement des primes aux résultats. L'équipe décide par ailleurs de revoir les modalités d'octroi des primes appliquées dans les établissements de soins et dans les administrations locales et régionales dont relèvent ces établissements. Elle convient également de grouper ou de renforcer les mesures de soutien prévues pour faire face à la hausse anticipée de la demande de services de santé, et d'étendre l'intervention P4P à l'ensemble des services essentiels afin d'éviter la désertion de certains services. Enfin, elle recommande l'ouverture de comptes bancaires, afin que les établissements de santé puissent décaisser les primes dans les délais appropriés.

Une fois que l'intervention est approuvée dans sa forme définitive, les acteurs concernés doivent déterminer comment elle doit être étendue au niveau national et commencer à réfléchir à la conception de l'évaluation. La deuxième partie

de ce chapitre décrit les différentes étapes du processus de conception de l'évaluation, et s'adresse plus particulièrement aux chercheurs et aux évaluateurs.

Figure 3.3 Les temps forts des étapes 1 à 5 de l'approche systémique



Deuxième partie: Conception de l'évaluation

Étape 5. Définir des indicateurs: dès la conception ou la modification de l'intervention selon une approche systémique, l'équipe de conception, désormais épaulée par des chercheurs et/ou des évaluateurs, doit formuler les questions de recherche qui fourniront la matière de l'évaluation. Ils doivent déterminer les processus, questions et contextes importants qui devront être examinés tout au long de l'évaluation, compte tenu des principaux effets positifs et négatifs escomptés et discutés aux étapes 1 à 4. Une fois les questions de recherche définies, il faut convenir des indicateurs nécessaires et des sources de données possibles sur la question. Le Tableau 3.2 (qui fait suite à la section sur l'étape 6) fait apparaître les indicateurs, les sources de données et les types d'évaluation applicables au régime de rémunération aux résultats qui est pris comme illustration.

Étape 6. Sélectionner les méthodes: Après avoir convenu des indicateurs et des sources de données possibles, il convient de sélectionner les méthodes les mieux adaptées pour obtenir les données requises.

L'évaluation doit comprendre quatre volets afin de rendre compte de la complexité des interventions systémiques: **l'évaluation du processus** (afin d'en déterminer la pertinence); **l'évaluation du contexte** (en vue d'une éventuelle transposition de l'intervention); **l'évaluation des effets** (pour apprécier l'incidence de l'intervention dans tous les sous-systèmes); et **l'évaluation économique** (pour en évaluer la rentabilité). Ceci suppose la réalisation d'évaluations initiales, formatives (en début d'exécution) et sommatives (une fois le processus bien avancé); pendant la phase d'évaluation formative, on s'attachera à dégager les leçons de l'expérience pour affiner l'intervention, améliorer les résultats et com-

prendre le fonctionnement précis de l'intervention compte tenu des caractéristiques des systèmes (voir la Figure 3.4 ci-après).

Le volet **évaluation du processus** porte sur la pertinence et contribue à expliquer: quels sont les processus de changement qui ont abouti aux effets observés ; pour quelles raisons les résultats auraient pu ne pas changer; et si l'intervention donne les résultats escomptés entre et à l'intérieur des sous-systèmes. Ainsi, le processus d'évaluation peut être axé sur le sous-système de gouvernance pour examiner l'élaboration des politiques, l'acceptabilité des programmes du point de vue des parties concernées, la définition des priorités à différents niveaux et l'existence de directives. Il peut aussi s'intéresser au sous-système de financement, auquel cas il examine les flux financiers, la viabilité financière et l'affectation (ou réaffectation) des compléments de fonds au développement des technologies, des infrastructures et des approvisionnements destinés aux systèmes. Dans le sous-système des ressources humaines, la formation, l'existence de directives, la couverture de la formation et les financements effectifs pourraient tous tenir lieu d'indicateurs de suivi du degré de mise en œuvre. Pour ce qui est des autres sous-systèmes, le processus d'évaluation pourrait être orienté sur les modalités de mise en œuvre et la manière dont elles influent sur différents aspects de l'offre de services dans le temps, en particulier la motivation des prestataires et la qualité technique et humaine des soins.

L'évaluation du contexte peut contribuer à préciser si les effets observés sont dus à l'intervention – et à défaut, pourquoi? – ce qui est essentiel pour que l'évaluation aboutisse à des conclusions plausibles. On ne saurait surestimer l'importance du contexte au sein du système, puisque les situations personnelles et institutionnelles façonnent les comportements des acteurs tout autant que le contexte structurel du système. Ceci implique d'éliminer l'influence

des facteurs externes pour mettre en lumière les domaines de comparaison importants et procéder aux ajustements nécessaires du fait des variables confusionnelles (69). L'évaluation contextuelle est aussi essentielle pour une éventuelle transposition des résultats; elle suppose de documenter les circonstances dans lesquelles l'intervention a été réalisée, les effets qu'elle a produits dans ce contexte et l'identité des personnes chez qui ces effets ont été observés (17).

L'évaluation des effets est celle qui est la plus connue et la plus communément entreprise, et peut donc se passer de développement. Elle consiste essentiellement à décrire et quantifier les résultats de l'intervention sur la santé ainsi que

son incidence sur la couverture obtenue, la qualité et l'équité des soins, autant de questions qui correspondent aux grands buts/résultats recherchés par les systèmes de santé.

L'évaluation économique mesure la rentabilité de l'intervention en examinant le surcoût lié à la réalisation de l'intervention du point de vue du prestataire et selon des perspectives sociétales plus vastes (y compris celle des ménages), par rapport au coût du statu quo ou à celui d'autres interventions. Elle s'intéresse donc à l'efficacité qui est l'un des résultats d'ensemble recherchés dans le cadre du système de santé (26,70). Elle peut aussi inclure une évaluation de la viabilité financière du programme et comparer son coût par habitant par rapport à d'autres services.

Figure 3.4 Composantes clés et questions de recherche génériques en vue des évaluations

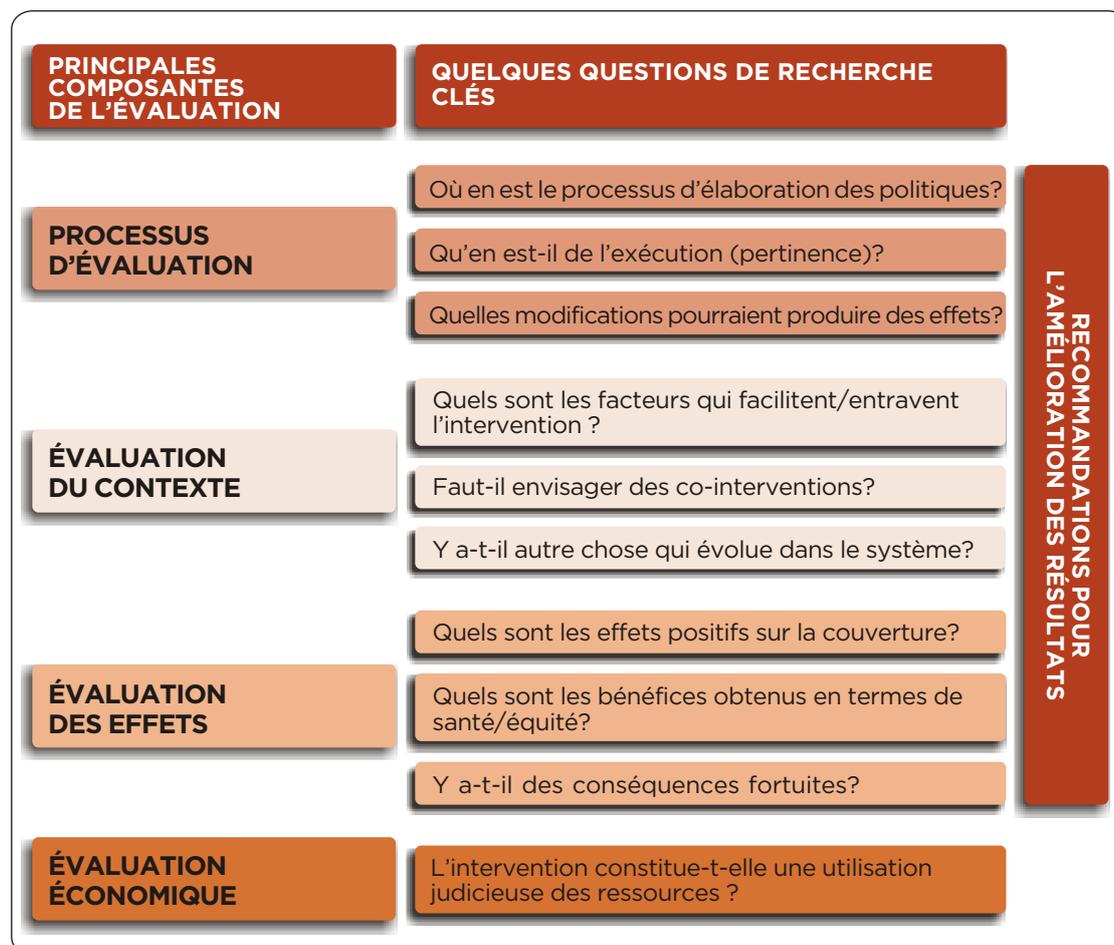


Tableau 3.2 Quelques questions de recherche, indicateurs et sources de données pour l'intervention sur la rémunération aux résultats (P4P)

Type d'évaluation	Questions de recherche clés	Indicateurs quantitatifs	Indicateurs qualitatifs	Sources de données
Processus	Le régime P4P est-il appliqué selon les prévisions ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Existence de directives pour la mise en œuvre aux échelons appropriés du système de santé ■ Proportion d'intervenants ayant reçu une formation sur le P4P aux niveaux appropriés du système de santé ■ Délai écoulé entre le dépôt des rapports semestriels et le versement des primes ■ Quel est le montant des primes versées aux établissements sanitaires et aux agents de santé, par catégorie de personnel ■ Nombre de primes versées aux établissements de santé ■ Ampleur des déperditions au sein du système; fréquence des cas où des primes sont versées à des établissements ou agents qui n'y ont pas droit ■ Fréquence des cas où la direction repère des déclarations inexactes quant aux résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Méthodes d'attribution des primes au sein d'un établissement de santé ■ À qui sont versées les primes ? ■ Le cas échéant, mesures disciplinaires sanctionnant les cas de communication d'informations inexactes repérés par la direction. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entretiens approfondis et débats thématiques ■ Débats thématiques ■ Entretiens approfondis et débats thématiques ■ Enquêtes auprès des établissements de santé ■ Entretiens de fin de mission.
Contextes	Y a-t-il d'autres interventions concernant le financement ou les ressources humaines menées en parallèle du P4P ?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Type d'actions de formation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étude documentaire ■ Débats thématiques

Type d'évaluation	Questions de recherche clés	Indicateurs quantitatifs	Indicateurs qualitatifs	Sources de données
Contextes	Y a-t-il des interventions conduites en parallèle du P4P pour la prestation de services de santé maternelle et néonatale?	<ul style="list-style-type: none"> Couverture de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> Type d'actions de formation 	<ul style="list-style-type: none"> Étude documentaire Débats thématiques
	Quelles sont les autres interventions mises en œuvre en vue de la prestation de services autres que ceux visés?	<ul style="list-style-type: none"> Couverture de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> Type d'actions de formation 	<ul style="list-style-type: none"> Étude documentaire Débats thématiques
	Quelles sont les mesures engagées pour améliorer les systèmes d'information sanitaire et leurs audits?		<ul style="list-style-type: none"> Modifications apportées 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens approfondis Études documentaires
	Quels autres changements d'ordre societal pourraient avoir une incidence sur l'accès aux services de santé et leur utilisation?		<ul style="list-style-type: none"> Facteurs influençant l'accès aux établissements de santé, notamment les facteurs économiques et la disponibilité de transports publics Emplacement des établissements de santé par rapport aux autres types de prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> Seconde étude documentaire (par ex. enquêtes sur le budget des ménages, archives municipales, etc.)

Type d'évaluation	Questions de recherche clés	Indicateurs quantitatifs	Indicateurs qualitatifs	Sources de données
Effets	Quel effet le P4P a-t-il sur la motivation des prestataires et les relations de confiance?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Différentes mesures quantitatives de la motivation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impressions concernant l'impact du P4P sur l'évolution de la motivation des prestataires ■ Éventuelles divergences d'opinion des principaux intervenants quant au caractère adéquat du niveau des primes et de leur évolution ■ Impact du P4P sur la confiance entre les intervenants concernés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entretiens approfondis et débats thématiques ■ Enquêtes auprès des établissements de santé
	Quel impact le P4P a-t-il sur l'affectation des ressources?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume des fonds disponibles et schémas de dépenses au sein des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Méthode d'affectation des crédits budgétaires et investissements prioritaires au niveau du district 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entretiens approfondis et débats thématiques ■ Étude documentaire
	Quel effet le P4P a-t-il sur la qualité et la disponibilité des services?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Durée moyenne des consultations, en minutes, pour les services ciblés et non ciblés, avant et après l'intervention ■ Proportion de patients recevant des médicaments ou des traitements dans l'établissement de santé pour les services ciblés et non ciblés ■ Taux de recours pour soins obstétricaux ■ Notation de qualité structurelle ■ Temps consacré par les agents de santé aux activités donnant lieu au versement de primes par comparaison aux activités non rémunérées ■ Nombre total d'agents de santé dans l'établissement ■ Frais incombant aux patients pour les services ciblés et non ciblés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfaction des patients à l'égard des services ciblés et non ciblés ■ Rapports des patients quant aux coûts des services 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enquêtes auprès des établissements de santé ■ Enquête auprès des ménages ■ Entretiens de fin de mission ■ Étude des temps et des mouvements

Type d'évaluation	Questions de recherche clés	Indicateurs quantitatifs	Indicateurs qualitatifs	Sources de données
Effets	Quel est l'incidence du P4P sur la couverture?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taux de couverture des services donnant lieu au versement de primes (y compris les proportions de césarienne de convenance), par situation socio-économique ■ Taux de couverture des services non visés (y compris les soins prénatals, la planification familiale, et le nombre total de consultations ambulatoires et d'hospitalisations) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affectations à des établissements de santé isolés et moins bien dotés en effectifs jugées plus acceptables par le personnel suite à l'introduction du P4P (dans l'idéal, identifier les agents de santé qui ont accepté une mutation sur cette base) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systèmes d'information sur la gestion de la santé ■ Enquêtes auprès des établissements de santé - examen des archives hospitalières ■ Enquête auprès des ménages ■ Étude documentaire
Économique	Le P4P est-il rentable? Est-il à la mesure des moyens disponibles? Quel est le niveau maximum des primes dans le P4P?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Situation économique générale des populations ciblées dans les établissements percevant les primes les plus élevées, et ceux qui reçoivent peu de primes, voire aucune ■ Part du P4P dans les revenus des prestataires ■ Incidence du P4P, en pourcentage, sur le budget global affecté aux dépenses de santé ■ Rentabilité du P4P par rapport à celle d'autres mesures visant à améliorer la qualité des soins, à accroître la couverture ou à élargir la gamme des interventions ■ Coût de toute augmentation de la couverture ■ Coût par habitant 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Comptes financiers du P4P et d'autres interventions comparables ■ Budget du district par habitant pour différents services ■ Étude documentaire ■ Enquête auprès des ménages

Étape 7. Sélectionner un modèle conceptuel:

certaines modèles d'évaluation sont particulièrement bien adaptés aux interventions de niveau systémique. Ils sont plus souvent utilisés dans les recherches sur l'épidémiologie et les systèmes de santé que dans le secteur du suivi et de l'évaluation. À cette étape, nous examinons les plus courants, à savoir les modèles fondés sur la probabilité, sur la plausibilité et la pertinence.

Modèle fondé sur la probabilité. Les méthodes d'évaluation strictement expérimentales (c'est-à-dire les études randomisées et contrôlées) sont considérées comme le nec plus ultra en matière de recherche sanitaire, et sont principalement utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions et, parfois, les mesures de renforcement des systèmes de santé. Toutefois, les études randomisées et contrôlées portent généralement sur des zones limitées et des périodes relativement courtes, de sorte qu'elles ne sont guère adaptées à l'évaluation d'interventions ayant des retombées sur l'ensemble du système, notamment celles dont les effets sont attendus après de longues périodes ou dont les tenants et aboutissants sont complexes et difficiles à déterminer.

Cependant, comme il est dit ci-dessus, la randomisation ne peut à elle seule mettre en évidence le complexe enchaînement de causalité entre l'intervention et les sous-systèmes, et ne tolérera

pas facilement les effets retard ou les changements de facteurs contextuels étalés dans le temps; en outre, elle perd encore de son intérêt du fait de la réforme permanente des systèmes de santé qui sont régulièrement l'objet d'interventions variées simultanément engagées dans plusieurs sous-systèmes. À elles seules, les études randomisées et contrôlées n'offrent tout simplement pas la plausibilité opérationnelle nécessaire, pas plus qu'elles ne peuvent être généralisées à d'autres contextes, à moins que l'on s'attache spécifiquement à documenter ces contextes (51).

Partiellement pour ces raisons, les études randomisées et contrôlées à caractère purement expérimental ne sont guère appliquées aux interventions visant les systèmes de santé (73). Bien qu'elles aient parfois été utilisées avec de bons résultats pour évaluer ces interventions à l'échelle des besoins (74), dans bien des cas, elles sont tout simplement inappropriées, inadaptées, impossibles à réaliser, voire contraires à l'éthique (75).

Les interventions de grande envergure à l'échelon du système tout entier sont fréquemment introduites par étapes. Lorsqu'elles doivent être généralisées à tout le pays, elles ne peuvent être lancées partout en même temps, et il faut souvent une ou plusieurs années avant qu'elles s'appliquent dans toutes les zones administratives du

ENCADRÉ 3.6 INTERVENTION P4P – LE MODÈLE DE PROBABILITÉ

Les évaluateurs étaient d'avis que l'évaluation pourrait reposer sur une étude randomisée et contrôlée par grappes selon la façon dont l'intervention est effectivement mise en œuvre à l'échelle des besoins (33,70-72). Ce modèle conviendrait par exemple s'il était politiquement acceptable d'affecter aléatoirement un ensemble de zones d'intervention (par exemple des districts), dont chacune introduirait des contrats identiques en matière de résultats financiers, ainsi qu'un groupe de contrôle composé de zones où l'intervention n'est pas appliquée.

pays. Il est alors envisageable d'avoir recours à une étude randomisée sensitométrique à coin échelonné. Dans ce type de modèle, l'intervention est séquentiellement étendue aux diverses régions administratives sur plusieurs périodes de temps. Dans l'idéal, l'ordre dans lequel elle est appliquée aux différentes régions géographiques ou administratives est déterminé de manière aléatoire pour que toutes soient couvertes au bout de la période d'affectation. Les études sensitométriques à coin échelonné présentent nombre de possibilités pour l'analyse des données ainsi que pour la modélisation de l'élément temps sur l'efficacité de l'intervention. Il y a pourtant très peu d'exemples où ce type d'étude a été utilisé pour évaluer une intervention conduite au niveau du système (76).

Compte tenu de ces restrictions bien réelles, la plupart des interventions à l'échelle du système sont mises en œuvre progressivement, de manière non aléatoire, souvent en commençant par les régions les plus faciles d'accès, pour progresser vers les zones plus difficiles, d'où des difficultés accrues d'interprétation des séries chronologiques et des retombées en termes d'équité. Par ailleurs, une intervention menée dans le monde réel évolue à la faveur des apprentissages et de sa propre maturation. Il a été démontré que cette extension non aléatoire pouvait donner lieu à des conclusions totalement différentes, par exemple du point de vue de l'équité, selon qu'on se place au début, au milieu ou à la fin de la période de mise en œuvre (Encadré 3.1; Figure 3.5).

Modèle fondé sur la plausibilité. Étant donné les contraintes que présentent les études randomisées et contrôlées, les études fondées sur la plausibilité se sont imposées comme la meilleure solution de rechange pour évaluer l'efficacité de vastes interventions engagées à l'échelle du système en conditions réelles. Elles peuvent démontrer qu'une intervention donnée est efficace dans son contexte lorsqu'elle est correctement exécutée (69,77,77-80). Elles comprennent souvent un volet descriptif examinant dans quelle mesure la mise en œuvre est adéquate (les processus escomptés sont-ils enclenchés?), mais vont au-delà en procédant à des observations complémentaires (est-il plausible que les changements observés résultent de la pertinence des processus escomptés?).

Les études fondées sur la plausibilité supposent une documentation exhaustive des contextes dans le but d'exclure toute possibilité d'expliquer les changements observés par des facteurs externes; elles doivent aussi inclure une région ou un groupe de comparaison pour procéder aux ajustements nécessités par les facteurs de confusion et identifier les facteurs contextuels déterminants pour le succès (ou l'échec) de l'intervention, ainsi que des cadres conceptuels explicitant la façon dont l'intervention est censée produire des effets. Même dans les cas où les études randomisées et contrôlées fournissent des éléments de preuve convaincants durant la phase initiale d'exécution, il est important de conduire des études de plausibilité à un stade ultérieur, une fois que l'intervention est appliquée

ENCADRÉ 3.7 INTERVENTION P4P – TYPE D'ÉVALUATION

Au vu des considérations relatives à ces trois modèles, l'équipe de conception est d'avis que le modèle fondé sur la plausibilité est celui qui se prête le mieux à l'évaluation des régimes de rémunération aux résultats.

Tableau 3.3 Résumé des caractéristiques des modèles conceptuels applicables à l'évaluation des régimes de rémunération aux résultats

Modèle	Caractéristiques	Avantages	Inconvénients
Probabilité	Études randomisées et contrôlées par grappes (district) appliquées à toutes les composantes de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle les variables confusionnelles ■ Fournit de solides preuves de l'efficacité ■ Permet d'estimer la probabilité de variables confusionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retarde la pleine exécution ■ N'explique pas le lien de causalité entre l'intervention et les retombées ■ Donne une représentation faussée des propriétés dynamiques du système ■ Ne tient pas compte des aspects contextuels et émergents ■ Constitue un défi pour les politiques sanitaires au niveau du district ou un échelon plus élevé ■ Peu acceptable au plan des politiques.
	Études randomisées et contrôlées par grappes appliquées aux composantes individuelles de l'intervention (per ex. le P4P avec et sans contrat reposant sur le rendement)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut être plus acceptable au plan politique, car toutes les régions reçoivent la même dotation financière 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ne permet pas de contrôler les effets des règlements en espèces, sauf au moyen d'études avant-après
	Essai randomisé et contrôlé à coin sensitométrique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut être plus acceptable politiquement du fait des modalités de mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comme avec toutes les études randomisées et contrôlées, il faut documenter le contexte
Plausibilité	Comparaison interne (par ex. districts où l'intervention a été appliquée précocement et tardivement)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle de la plupart des facteurs de confusion ■ Tous les modèles de plausibilité incluent des mesures de la pertinence et du contexte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est difficile de contrôler les différences inhérentes à l'application précoce ou tardive de l'intervention ■ Repose sur une progression naturelle de la mise en œuvre
	Comparaison externe (par ex. entre districts)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut être plus acceptable que la randomisation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nécessité de contrôler les variables confusionnelles ou les différences intrinsèques entre les zones d'application de l'intervention et les zones de comparaison
	Séries chronologiques interrompues	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permet aux évaluateurs de contrôler, par les indicateurs de résultats, la tendance naturelle qui serait de toute façon intervenue 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suppose des données fiables pour les indicateurs de base, sur un an avant le début de l'intervention afin d'estimer les tendances
Pertinence	Comparaison historique (avant et après l'étude)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ne nécessite pas d'adhésion au plan politique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permet uniquement un contrôle qualitatif des variables confusionnelles, d'où une moindre robustesse de l'évaluation des effets. L'absence de données de référence dans l'évaluation à mi-parcours pose souvent problème.

dans des conditions plus routinières. Les modèles fondés sur la plausibilité sont particulièrement utiles quand les effets sont assez rapides et généralisés dans de grandes populations; s'il est peu probable de pouvoir expliquer les effets observés par des facteurs confusionnels; lorsqu'un biais de sélection est improbable; et quand il y a des mesures objectives d'exposition à l'intervention. Les résultats doivent être interprétés avec prudence, même lorsque les effets sont généralisés, surtout si ces effets sont inattendus. On peut donc dire des études fondées sur la plausibilité qu'elles sont à la fois observationnelles et analytiques.

Modèle fondé sur la pertinence. Les modèles axés sur la pertinence trouvent leur importance dans les interventions complexes composées d'un ensemble d'activités ou d'interventions connexes, et font généralement partie des études fondées sur la plausibilité. Ils peuvent s'avérer utiles pour les décideurs lorsqu'il n'y a aucune amélioration dans le domaine visé, ou quand il y a une réelle amélioration sur un aspect relativement simple, associée à une chaîne causale assez courte, et qu'une confusion est improbable. Bien que les interventions à l'échelle du système présentent souvent de longues chaînes causales et des effets tardifs, les études de pertinence sont rarement suffisantes en elles-mêmes, tout en étant nécessaires. Ce sont des études descriptives qui ne permettent pas de contrôler les facteurs de confusion.

Étape 8. Établir un plan et un calendrier: une fois que les questions de recherche, les indicateurs, les sources de données, l'approche méthodologique et le modèle de l'évaluation ont été convenus, on peut déterminer les disciplines nécessaires et coopter les partenaires requis afin d'achever le plan d'évaluation.

Chronologie des évaluations. On assiste à une accélération de l'investissement et de l'innovation dans le renforcement des systèmes

de santé. Dans la plupart des cas, les interventions à l'échelle du système sont planifiées, financées et engagées avant que les évaluations connexes aient pu être commandées, conçues et financées. Dans la majorité des situations, il n'y a pas eu **d'évaluation initiale**, et les évaluations – si tant est qu'elles sont réalisées – débutent souvent à mi-parcours, longtemps après le lancement de l'intervention. Autre problème de calendrier: ces évaluations sont parfois conduites sur des périodes trop brèves pour mettre en évidence les effets à long terme ou indirects qui se dessinent plus tardivement.

Plan d'évaluation. Après l'évaluation initiale, il convient de réaliser une **évaluation formative** à un stade précoce de l'intervention (afin de l'ajuster et d'en adapter l'exécution). Par certains côtés, l'évaluation formative devient alors partie intégrante de l'intervention, et complexifie l'évaluation d'impact. Elle est toutefois opportune étant donné les variations d'exécution possibles dans des systèmes complexes et des milieux différents. Enfin, puisque les interventions complexes à l'échelle du système sont appliquées et vécues de manière différente selon les établissements ou les régions, l'évaluation d'impact doit avoir spécifiquement pour objet d'estimer la manière dont leurs effets varient d'un site ou d'une région à l'autre – quelles sont les retombées maximums et minimums – plutôt que de considérer uniquement l'incidence moyenne (qui peut occulter des réalités différentes). Elle contribue donc à enrichir le débat sur la transposabilité de l'intervention à d'autres cadres (par exemple à d'autres régions du pays), et fournit des orientations sur l'appui à apporter aux interventions conduites ailleurs.

ENCADRÉ 3.8 DÉPLOIEMENT NON ALÉATOIRE ET CALENDRIER DES INTERVENTIONS

La Tanzanie s'est dotée d'un programme national appelé Tanzania National Voucher Scheme (TNVS) au titre duquel des coupons à échanger contre des moustiquaires subventionnées imprégnées d'insecticides sont distribuées aux femmes qui se présentent dans les dispensaires de santé prénatale. Le programme a été progressivement étendu sur une période d'environ 18 mois, à compter d'octobre 2004.

L'évaluation du TNVS a été conçue pour renseigner sur le taux de couverture du programme de distribution de coupons et sur sa répartition socio-économique (80). À cette fin, les districts ont été classés en trois groupes de taille égale, en fonction de la date de démarrage prévue pour le programme, et un échantillon aléatoire de sept districts a été sélectionné dans chacune des trois strates. Des enquêtes ont été réalisées auprès des ménages, des établissements de santé et des utilisateurs dans les 21 districts entrant dans l'évaluation (81); la situation socio-économique des bénéficiaires a été mesurée en associant les données sur la propriété des biens ménagers et sur les conditions de logement, et un index unique des actifs a été estimé pour l'ensemble de l'échantillon. Les ménages ont été divisés en quintiles selon la valeur de l'index continu de statut socio-économique, laquelle a été estimée au moyen d'une analyse des composantes principales réalisées sur la totalité de l'échantillon des districts.

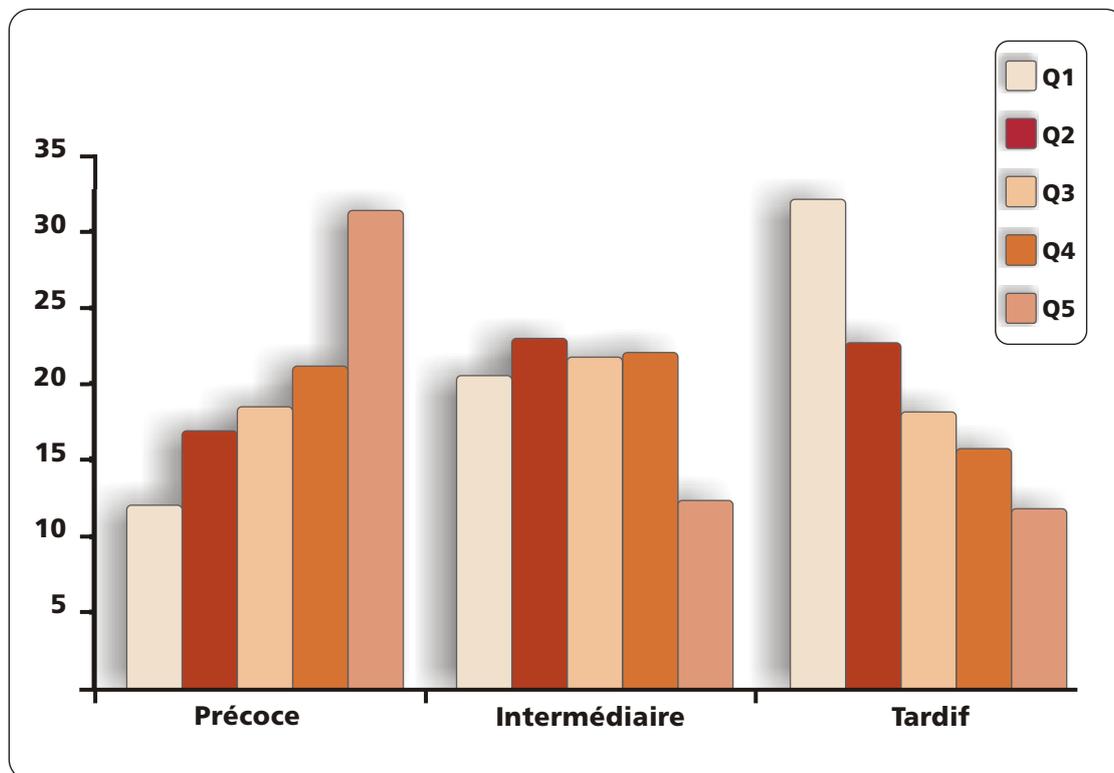
Cette analyse du statut socio-économique a permis d'évaluer la répartition socio-économique des ménages en fonction de la date de lancement du programme – « précoce, » « intermédiaire » et « tardif ». La prédominance des districts les plus pauvres (Q1) dans le groupe de démarrage « tardif » et des districts les moins pauvres (Q5) dans le groupe de lancement « précoce » montre comment le déploiement non aléatoire a d'abord favorisé les zones les moins pauvres du pays. La longue période d'application, qui était probablement essentielle dans un pays de la taille de la Tanzanie, a eu pour résultat que nombre des districts et ménages les plus démunis ont bénéficié de l'intervention avec un retard allant jusqu'à 18 mois par rapport aux premiers servis. Ces constats sur l'application et le statut socio-économique montrent aussi combien il est difficile d'évaluer un programme dont l'expansion s'est effectuée de manière non aléatoire : l'exposition au programme est positivement corrélée avec le statut socio-économique, ce qui impose de contrôler ce facteur dans l'analyse d'impact du programme et de prolonger l'évaluation assez longtemps pour parvenir à des conclusions valides (80).

Source: Article rédigé par Hanson K, Marchant T, Nathan R, Bruce J, Mponda H, Jones C. et Lengeler, C, et partiellement présenté au *Symposium de l'Institut tropical suisse sur le renforcement des systèmes de santé: rôle des primes conditionnelles en espèces*, 27 novembre 2008, Bâle (Suisse).

Étape 9. Établir un budget: cette étape peut parfois être intégrée à la précédente, bien que dans les cas où les financements sont alloués par mise en concurrence, il est parfois impossible de chiffrer le coût de l'évaluation avant d'être parvenu au terme de l'étape 8. Dans l'idéal, le budget de l'évaluation devrait être reversé à l'équipe de conception pour être incorporé dans celui de l'intervention, ce qui permettra de disposer des fonds avant d'engager l'intervention.

Étape 10. Trouver les financements: la dernière étape vise à encourager le financement et la réalisation de l'évaluation en tout début de période, c'est-à-dire avant le lancement de l'intervention, afin de recueillir les données hypothéticodéductives initiales pour l'ensemble des mesures. L'amélioration du modèle d'intervention et d'évaluation aura probablement pour conséquence d'en augmenter le coût, mais aussi de favoriser la réussite de l'intervention et la justesse de l'évaluation.

Figure 3.5 Distribution socio-économique des ménages en fonction du lancement du programme Coupons contre moustiquaires imprégnées d'insecticides en République-Unie de Tanzanie



Conclusion

Ce chapitre explique en plus de détails comment une perspective systémique peut contribuer à une conception et à une évaluation plus dynamiques des interventions engagées à l'échelle du système pour renforcer le système de santé. Les dix étapes de la pensée systémique illustrent comment, dans la pratique, la planification, la conception et l'évaluation peuvent être reliées les unes aux autres de manière plus cohérente, participative et systémique.

Outre l'importance de la conception de l'intervention, il y est plus particulièrement question du rôle central de l'évaluation pour la documentation et l'évaluation des effets. Dans l'idéal, les évaluations devraient être mises au point, financées et engagées avant le lancement de l'intervention afin de recueillir des données de référence et des comparateurs. Cet aspect est capital si l'on souhaite démontrer pleinement l'efficacité de l'intervention et ses retombées sur l'ensemble du système. Les entités qui financent les interventions et leur évaluation doivent être conscientes qu'il est plus coûteux de réaliser des évaluations complètes des multiples incidences du renforcement des systèmes de santé. Toutefois, les évaluations qui ne permettent pas d'identifier et d'apprécier l'ensemble des effets systémiques d'une intervention peuvent être extrêmement trompeuses. Les donateurs et les concepteurs qui optent pour une démarche systémique seront récompensés par une évaluation exhaustive indiquant dans quelle mesure l'intervention a rempli ses objectifs, comment, pour qui et dans quelles circonstances.

4

Approche systémique
des systèmes de santé:
défis et possibilités
dans le monde réel

Messages clés

- Avec une bonne direction, de la conviction et de l'engagement, la pensée systémique offre de brillantes perspectives pour l'identification et la résolution des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé.
- Les administrateurs des systèmes de santé peuvent avoir recours aux démarches systémiques pour favoriser une plus grande appropriation des processus multipartites au niveau local et s'ajuster à la dynamique des « solutions » à la prise en charge de certaines maladies, lesquelles sont parfois dictées par les donateurs.
- Associer les intervenants chargés de l'application pratique des nouvelles interventions dès le stade de leur conception permet de rallier leur soutien et d'augmenter les chances de réussite.
- Le renforcement des systèmes de santé passe par la consolidation de la gouvernance et du rôle directeur de leurs administrateurs.

“Le premier des ‘obstacles fondamentaux’ à l’adoption de la pensée systémique est que nous sommes prisonniers de nos cadres de référence. ”

Barry Richmond, 1991 (82)

Introduction

Les précédents chapitres de ce rapport portaient sur l’intérêt majeur de la pensée systémique pour la conception et l’évaluation des interventions visant à renforcer les systèmes de santé. Bien que le potentiel de l’approche systémique en santé publique et les raisons justifiant son application n’aient rien de nouveau (22,29,34-37), nombre de praticiens ont encore tendance à ne pas en faire cas, au motif qu’elle est trop compliquée ou mal adaptée à tout objectif ou application pratique (22).

Après l’exposé général sur la pensée systémique présenté au chapitre 2, et l’approche systémique en dix étapes décrite au chapitre 3, ce chapitre traite des démarches systémiques conduites dans le monde réel où les pressions et la dynamique des situations ont souvent pour effet de bloquer ou de brouiller la perspective systémique. La pensée systémique doit se faire l’écho des expériences vécues dans les pays en développement et expliquer pourquoi son application et son intégration présentent actuellement des difficultés. Les personnes qui souhaitent

améliorer les situations et relations actuelles en s’appuyant sur une approche systémique – des chercheurs aux administrateurs, en passant par les donateurs internationaux – trouveront dans ce chapitre des éléments qui expliquent comment la pensée systémique peut identifier et résoudre nombre des défis posés aux systèmes de santé, ainsi que des informations sur des approches et des expériences particulièrement innovantes.

L’approche systémique est souvent écartée au motif qu’elle est trop compliquée pour tout objectif ou application pratique.

Première partie: Sélectionner les problèmes en vue de l’application de l’approche systémique

L’application des perspectives systémiques dans les pays en développement présente de nombreux défis, depuis les paradigmes dominants du développement aux problèmes liés à la mise en œuvre des interventions. Dans ce chapitre, nous n’exposons pas la pensée systémique comme une panacée capable de résoudre ou de restructurer

ENCADRÉ 4.1 SÉLECTIONNER LES PROBLÈMES EN VUE DE L’APPLICATION DE L’APPROCHE SYSTÉMIQUE

- Aligner les politiques, priorités et perspectives des bailleurs de fonds et des décideurs nationaux
- Gérer et coordonner les partenariats et les attentes des intervenants du système
- Générer et encourager l’adhésion aux interventions à l’échelon national et infranational
- Renforcer les capacités nationales afin d’appliquer une perspective analytique du système

ENCADRÉ 4.2 DÉFINITION DES ADMINISTRATEURS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Ce chapitre est axé sur les administrateurs des systèmes de santé nationaux, pris ici en tant que dirigeants et décideurs qui dictent l'orientation stratégique du système et de ses intervenants. Il s'agit essentiellement d'agents de l'État (par exemple les hauts fonctionnaires du ministère de la santé, les chefs de district, les directeurs d'hôpitaux), mais parfois aussi d'acteurs de la société civile et du secteur privé. Les administrateurs du système sont « des fournisseurs d'information et des agents de changement qui font le lien entre le grand public, les groupements de consommateurs, la société civile, la communauté des chercheurs, les organisations professionnelles et l'État dans le but d'améliorer la santé des gens par des méthodes participatives » (83).

les relations au cœur d'un système de santé; c'est davantage un outil que nous utilisons pour localiser les blocages et problèmes clés du renforcement des systèmes de santé. Au-delà des résistances qui prévalent à l'encontre de la systémique – et comment elle pourrait perturber les relations qui soutiennent et financent les démarches dominantes en matière d'amélioration de la santé – nous identifions quatre problèmes spécifiques liés à l'application de l'approche systémique, et nous expliquons comment l'adoption de cette perspective peut transformer ces défis en possibilités pour le renforcement des systèmes de santé.

1. Aligner les politiques, priorités et perspectives des bailleurs de fonds et des décideurs nationaux

“Le VIH, la tuberculose et le paludisme nous occupent 90 % du temps, pour ne pas dire qu'ils ont englouti la plupart de nos crédits budgétaires, au point que nous avons bel et bien négligé ce que l'on appelle les maladies non transmissibles”

Mun agent du Ministère de la santé de la Zambie, octobre 2007 (84).

Nombre de pays en développement vivent une situation de tension entre les objectifs souvent à court terme des donateurs – qui veulent un retour sur investissement rapide et mesurable

– et les visées à plus long terme des administrateurs des systèmes de santé. Cette tension n'a fait que s'aggraver dans les dernières années sous l'effet de la poussée de l'aide internationale à certaines maladies qui s'est donnée des objectifs de couverture ambitieux, entraînant une intensification des efforts axés sur des résultats à court terme bien plus que sur la durée (85,86). Même si ces nouveaux financements sont particulièrement bienvenus dans les pays à faible revenu, ils réduisent souvent considérablement la marge de négociation des administrateurs nationaux qui souhaitent modifier les interventions proposées ou demander la réalisation d'évaluations indépendantes à mesure que les interventions sont engagées. Dans de nombreux pays, l'harmonisation des politiques, priorités et perspectives des bailleurs de fonds et des décideurs nationaux exige une attention urgente, voire immédiate, bien qu'il n'y ait guère de solutions apparentes. Ainsi, il est de plus en plus patent que les financements accordés pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme contribuent réellement à sauver des vies (87), mais ils s'accompagnent rarement des mesures de renforcement des systèmes de santé qui permettraient de pérenniser ces avancées. Par ailleurs, on entend de plus en plus que la sélectivité de ces mécanismes de financement (qui ne visent que certaines

Même si les nouveaux financements sont particulièrement bienvenus dans les pays à faible revenu, ils réduisent souvent considérablement la marge de négociation des administrateurs nationaux qui souhaitent modifier les interventions proposées ou demander la réalisation d'évaluations indépendantes à mesure que les interventions sont engagées.

maladies et les stratégies de soutien correspondantes) peut porter préjudice à la réalisation d'objectifs à plus long terme, à savoir l'efficacité, la qualité et l'inclusivité des systèmes de santé (86,88,89). Même dans les cas où ces aides ont contribué à renforcer les structures administratives spécialisées dans l'offre de services de prévention et de lutte contre la maladie — par exemple par des formations ciblées en cours d'emploi — de récents travaux de recherche laissent à penser que, du fait de leur sélectivité, ces stratégies de renforcement sont parfois non viables, doivent être interrompus ou font double emploi, imposant ainsi de lourdes contraintes aux effectifs de santé déjà insuffisants et surchargés (84,86,88,90,91). En outre, privilégier les interventions à « impact rapide » axées sur le traitement de certaines maladies, et omettre d'investir dans la prévention peut aussi avoir un retentissement extrêmement néfaste sur les éléments constitutifs du système, notamment, ce qui est paradoxal, en sabotant les résultats mêmes qui ont été obtenus sur les maladies ciblées (88).

Pour beaucoup, ces problèmes ont été reconnus au niveau international, et plusieurs bailleurs de fonds sont convenus d'harmoniser leurs efforts et de s'aligner sur les priorités définies par les pays, comme il est dit dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, adoptée en 2005 (92). Toutefois, selon un rapport de 2008, les progrès enregistrés dans l'application de la Déclaration de Paris ont été lents et inégaux (85). Ainsi, le rapport a trouvé peu d'éléments attestant que les donateurs aient progressé dans cette voie, ou qu'ils s'étaient appuyés sur les structures ou systèmes d'information sanitaire des pays bénéficiaires ; dans certains cas, ils avaient même créé des systèmes parallèles pour recueillir les données qu'ils désiraient. Cette situation est souvent source d'inefficacités ou de doubles emplois, et ne permet pas d'harmoniser et d'utiliser les données localement ou de donner aux pays les moyens de renforcer leurs propres systèmes d'information sanitaire. Des réper-

cussions négatives de cet ordre ont aussi été signalées dans d'autres aspects des systèmes de santé, par exemple les finances, la prestation de services et les technologies médicales (89).

Il faut du temps, une attention assidue à tous les niveaux et une forte volonté politique pour modifier le processus et la nature des relations entre les bailleurs de fonds et les pays. « *Cela va bien au-delà que simplement appuyer sur la pédale d'accélération. Il faut changer de vitesse* » (85). Et de fait, on commence à voir les signes d'un changement de vitesse. Par exemple, plusieurs organismes de financement — comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) — ont décidé de mettre davantage l'accent sur le renforcement des systèmes de santé dans le cadre de leurs initiatives de lutte spécifiquement axées sur certaines maladies. Il en résultera peut-être plus de souplesse, avec la possibilité d'affecter leurs financements au renforcement des systèmes de santé, même si ces organismes continuent d'exiger que les activités soient étroitement rattachées aux résultats sanitaires qui les intéressent (84,86). Par ailleurs, les pays bénéficiaires ne se sont pas précipités pour demander l'affectation de ces aides au renforcement des systèmes de santé. Sur les 4,2 milliards de dollars alloués à cette fin sur les ressources du Fonds mondial depuis 2007 — par exemple pour la construction d'infrastructures, l'amélioration des laboratoires et la mise en place et l'appui aux systèmes de suivi et d'évaluation — seulement 660 millions de dollars ont effectivement été affectés à des actions « transversales » portant sur plus d'une des trois maladies (93). Peut-être cette situation reflète-t-elle les problèmes internes des pays, à savoir qu'il n'y a guère de collaboration entre ceux qui sollicitent des fonds pour les programmes de lutte contre une maladie spécifique et ceux qui s'emploient à renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble.

C'est là que la pensée systémique peut s'avérer la plus utile pour les administrateurs. Si les donateurs sont de plus en plus acquis au renforcement des systèmes de santé, les administrateurs doivent tirer profit de l'occasion. L'approche systémique en dix étapes fournit un guide et un cadre utiles aux discussions entre ces deux parties, et jette les bases d'initiatives de renforcement du système que tous peuvent approuver. Les deux premières étapes (réunir les acteurs concernés et réfléchir collectivement) notamment permettent d'examiner les paradigmes en place et les relations nouvelles qui permettront de les transcender. Les administrateurs doivent diriger les discussions engagées entre les parties concernées – à l'échelon national et international – pour évaluer les mérites des différentes interventions ainsi que leurs effets potentiels sur chacun des éléments constitutifs des systèmes de santé et s'assurer que les évaluations sont engagées dès le démarrage des interventions. Au niveau national, il faut une solide gouvernance, sous la direction des administrateurs, pour aller au-delà des relations existantes entre les donateurs et les bénéficiaires.

2. Gérer et coordonner les partenariats et les attentes des intervenants du système

“La collaboration avec les donateurs a contribué à harmoniser les outils de données et à élaborer de nouveaux formulaires pour les systèmes de gestion de l'information sanitaire. Malgré cela, les rapports montrent qu'une compétition s'est engagée entre les donateurs pour que les résultats soient attribués à leur intervention, créant ainsi une charge pour les agents de santé” (91).

L'approche systémique du renforcement des systèmes de santé a pour pierre angulaire la création et le maintien de partenariats, mais il demeure que gérer et coordonner ces partenariats – et les attentes des uns et des autres – pendant la conception des interventions et l'analyse des constats de l'évaluation relève parfois du défi.

Les partenaires ont des mandats, des priorités et des perspectives qui sont tous légitimes en dépit de leurs différences. Les administrateurs des systèmes de santé ont donc la difficile tâche de gérer finement la participation et les contributions des intervenants à la conception et à l'évaluation des interventions, en veillant à répondre à leurs attentes et à susciter leur adhésion au processus, sans pour autant compromettre l'objectivité ou les besoins du système lui-même.

Ainsi, les donateurs sont souvent partagés entre leur besoin de faire état de progrès rapides et de la réussite des interventions qu'ils ont financées et leur engagement à consolider les systèmes de santé des pays bénéficiaires (85). Selon plusieurs rapports récents, l'aide des bailleurs de fonds aux systèmes d'information sanitaire serait en augmentation, notamment pour harmoniser les outils de collecte de données utilisés par les établissements de santé, par exemple pour le suivi des patients sous antirétroviraux (24,91). Certains pays ont toutefois du mal à gérer la compétition entre les donateurs et les gouvernements qui attribuent les résultats obtenus (par exemple le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral) à leurs propres aides financières. « Ça a entraîné des problèmes énormes », a déclaré un fonctionnaire du Ministère de la santé de l'Ouganda, avec « une double comptabilité pléthorique » (91).

Les administrateurs ont tout intérêt à susciter et à entretenir une culture fondée sur des partenariats ouverts et efficaces entre les nombreux intervenants nationaux et internationaux. Ils peuvent privilégier cette orientation en insistant sur l'adoption d'une perspective systémique dans les interventions visant le secteur de la santé; en favorisant des discussions ouvertes et transparentes sur les objectifs et mandats concurrentiels; et, en offrant les incitations voulues pour promouvoir la réconciliation et la mise en commun des données.

3. Générer et encourager l'adhésion aux interventions à l'échelon national et infranational

“Les responsables de l'exécution des politiques influent sur la manière dont elles sont vécues et sur leurs retombées. ... Ces exécutants censément impuissants qui se situent à l'interface entre bureaucratie et citoyenneté sont difficiles à contrôler, car ils disposent d'une grande marge de manœuvre dans leurs interactions personnelles avec les clients, ce qui leur permet de réorienter les politiques dans des voies inattendues” (46).

Comme nous l'avons évoqué au chapitre 2, la résistance aux politiques est l'une des principales difficultés auxquelles se heurtent les systèmes complexes, dans la mesure où des solutions apparemment évidentes peuvent conduire à l'échec ou aggraver la situation qu'elles étaient supposées résoudre (43). Ce phénomène a été examiné dans le cadre de recherches conduites en République-Unie de Tanzanie pour tenter de comprendre pourquoi l'adhésion aux caisses communautaires d'assurance-maladie plafonnait à moins de 10 % après dix ans d'existence (46). Les auteurs ont montré que les responsables de district influençaient par leurs agissements la manière dont cette mesure était appliquée, contribuant ainsi directement au faible taux d'adhésion. Les entretiens avec ces responsables ont révélé une réticence personnelle à exécuter et appuyer cette nouvelle politique. Ils la trouvaient difficile à appliquer, et critiquaient l'administration centrale de ne rien faire pour assurer sa viabilité financière. Ils connaissaient parfaitement son existence, mais ne s'y intéressaient guère et considéraient qu'elle ne relevait pas de leur mission à l'échelle du district. Bien au contraire, ils y voyaient une activité distincte et complémentaire, dotée de son propre budget, « comme une ONG » pour reprendre les propos de l'un d'entre eux. En conséquence, ils n'utilisaient pas leurs crédits budgétaires pour fournir

les infrastructures nécessaires aux caisses communautaires d'assurance-maladie, lesquelles sont restées globalement méconnues de la population, et aucun critère ou principe n'a été défini en matière d'exonération de droits.

Une nouvelle analyse a montré que les responsables de district avaient le sentiment de ne pas avoir eu le temps de se préparer à cette mesure et jugeaient son introduction totalement précipitée. « *On aurait dit qu'il y avait le feu,* » a déclaré l'une des personnes interrogées dans les services, « *l'assurance-maladie communautaire est un bon système, mais sa mise en œuvre est très problématique.* » Ces remarques vont dans le même sens que divers propos recueillis au niveau national selon lesquels une pression politique considérable avait été exercée pour faire appliquer la mesure suite à des promesses faites lors de la campagne électorale.

Il existe plusieurs autres exemples de ce phénomène (94-96). La lenteur des progrès enregistrés par l'Afrique du Sud en matière de réduction de la mortalité maternelle et ce, malgré dix ans d'efforts accrus, a été en partie attribuée aux pratiques des agents de santé (94) qui ont réagi de manière inattendue aux réformes structurelles et financières engagées dans le secteur public. Alors que le gouvernement considérait ces réformes comme la possibilité d'améliorer la gestion financière et les soins de santé, les agents de santé de première ligne y ont vu tout autre chose. Ils n'en voyaient guère l'utilité, et se sentaient tendus et inquiets à la perspective que toute erreur conduirait à leur emprisonnement. Ils considéraient ces mesures comme une prise de pouvoir unilatéralement exercée contre eux pour redorer le blason de leurs dirigeants, principalement à leur détriment (94). Frustrées par les processus décisionnels imposés du sommet, les exécutants – à savoir les personnes chargées d'appliquer les politiques sur le terrain (voir la définition à l'Encadré 4.3) –

ENCADRÉ 4.3 LES EXÉCUTANTS OU RESPONSABLES DE L'APPLICATION DES POLITIQUES SUR LE TERRAIN - UNE DÉFINITION

Les exécutants – notion voisine de celle de « bureaucrates travaillant au niveau de la rue » utilisée en sociologie (97) – sont les prestataires de services qui travaillent en bout de ligne, exécutent des politiques qu'ils n'ont pas conçues, et utilisent la relative autonomie dont ils disposent pour réinterpréter ces politiques et réviser les directives en fonction de leurs propres priorités » (96).

ont une stratégie d'affrontement qui illustre un manque d'adhésion local (97). Il est évident que des intervenants essentiels à la mise en œuvre de l'intervention n'ont pas été associés à sa conception. Surmonter la résistance de ces exécutants suppose de comprendre leurs points de vue et de les intégrer d'emblée et de manière satisfaisante. En préconisant une approche multipartite de la conception et de l'évaluation des interventions menées à l'échelle du système, l'approche systémique vise à donner la parole à ceux qui sont totalement indispensables à leur mise en œuvre. D'ailleurs, la participation d'intervenants multiples est un élément capital des dix étapes de la pensée systémique: il est essentiel d'identifier et d'associer les parties directement concernées ou touchées par l'application de l'intervention, notamment aux étapes 1 à 4.

4. Renforcer les capacités nationales afin d'appliquer une perspective analytique du système

“Le renforcement des capacités de recherche des pays en développement est l'un des moyens les plus puissants, rentables et durables de faire progresser la santé et le développement” (98)

Les efforts menés dans les pays en développement pour renforcer les systèmes de santé sont souvent confrontés à un, voire plusieurs problèmes majeurs de capacité: l'insuffisance des compétences

techniques pluridisciplinaires, aggravée par la fragilité des partenariats et des collaborations pour la recherche; l'absence et la médiocrité des données (75,99); le manque de méthodes de recherche innovantes (100); la connaissance parcellaire des méthodes d'élaboration des politiques et des programmes de renforcement des systèmes de santé; et le manque de connaissances pour constituer et gérer les partenariats. Ces problèmes sont encore envenimés par le fait que les ressources allouées au renforcement des capacités demeurent majoritairement dictées par les donateurs étrangers, d'où la latitude mineure, voire inexistante, laissée aux pays en développement pour décider des priorités de la recherche, des compétences à améliorer ou de l'affectation des ressources destinées au renforcement des capacités (100-102). « *De toute façon... Ce sont toujours les bailleurs de fonds qui décident à quoi l'argent va être dépensé... Alors pourquoi définir des priorités?* » Voilà un sentiment fréquemment exprimé par les chercheurs des pays en développement (103). Or, il est essentiel que les équipes nationales puissent entreprendre des recherches et analyser leurs propres données pour comprendre ce qui fonctionne, qui en bénéficie et dans quelles circonstances, et aussi pour assurer un suivi et résoudre les problèmes qui se posent (100).

Insuffisance des compétences techniques pluridisciplinaires et fragilité des partenariats et des collaborations pour la recherche

En dépit de réelles compétences chez les chercheurs des pays en développement, nombre d'entre eux tendent à rester cloisonnés dans leur discipline, et les institutions ne les encouragent guère à entreprendre des projets et des démarches pluridisciplinaires fondées sur la collaboration. Cette absence de partenariats essentiels au niveau national se retrouve à l'échelon international. La mise en place de solides partenariats pluridisciplinaires entre différents instituts de recherche – qui remportent souvent des succès remarquables – suppose un gros investissement en temps et en ressources, d'où les réticences qu'ils suscitent chez les donateurs et leur absence des systèmes de rétribution des institutions de pays développés (104). En dépit d'exemples marquants de florissantes collaborations nord-sud et d'initiatives de renforcement des capacités (100,103,105,106), nombre des organismes qui financent la recherche ne considèrent toujours pas ces collaborations comme prioritaires (100,105). Or, en l'absence d'un soutien financier à ces collaborations et d'une augmentation des investissements intérieurs, la pénurie de capacités continuera à faire obstacle au renforcement des systèmes de santé, notamment par un manque de direction dans la conception et l'évaluation des interventions, une faible adhésion et une moindre utilité des informations produites du point de vue de l'élaboration des politiques (100,102). Le président de la République-Unie de Tanzanie a récemment annoncé un triplement des ressources intérieures allouées à la science et à la technologie (qui passeront de 0,3 % à 1 % du PNB) (103), ce qui constitue un signe encourageant attestant l'accroissement des efforts nationaux de renforcement des capacités locales afin de produire des résultats de recherche et de les utiliser.

Insuffisance et qualité médiocre des données

L'évaluation des interventions complexes menées dans le secteur de la santé suppose tout une gamme de moyens fonctionnels de collecte de données et de suivi livrant des informations à jour sur tous les sous-systèmes, ainsi que l'existence de facteurs contextuels, telles que les autres initiatives engagées dans ce secteur ou dans des domaines apparentés. Dans bien des pays, les systèmes de collecte systématique de données – dont le système d'information sanitaire, les données sur la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes de gestion financière – sont encore peu développés, ne sont pas reliés les uns aux autres et recueillent souvent des informations limitées et incomplètes (91). La qualité des bases de données nationales laisse souvent à désirer, même en ce qui concerne les services de santé élémentaires (24). C'est là un obstacle majeur, non seulement pour la qualité des évaluations, mais aussi pour le suivi et l'évaluation des fonctions essentielles du système de santé. Investir dans la collecte, la qualité et l'exploitation des données est un processus de longue haleine qui n'en demeure pas moins capital pour l'efficacité et la bonne coordination des efforts visant à améliorer la santé et les systèmes sanitaires. Il permet en outre de réduire la charge qui pèse sur les effectifs de santé, déjà à bout de ressources, en évitant le recours à des « solutions » à court terme exigeant la création de systèmes parallèles (91).

Nécessité d'introduire des méthodes novatrices

Une autre difficulté, d'ordre plus général, est qu'il faut mettre au point des méthodes mieux adaptées à la complexité des interventions axées sur les systèmes de santé (100). Certains pays ont par exemple les capacités nécessaires pour réaliser des enquêtes auprès des ménages (notamment dans le cadre d'enquêtes démo-

graphiques et sanitaires et d'autres moyens de surveillance routinière en milieu communautaire), mais les capacités requises pour effectuer des recherches qualitatives sont généralement moins développées. Même quand les compétences nécessaires à ces recherches sont disponibles dans le pays, on a traditionnellement privilégié les études de petite taille menées auprès des communautés locales plutôt que les travaux complexes sur les systèmes de santé (107,108). Pour augmenter le volume autant que la qualité de ce corpus de connaissances, il est donc essentiel de promouvoir la réalisation et la publication d'études fondées sur des méthodes novatrices et portant sur des interventions complexes ayant un retentissement sur l'ensemble du système. Ceci suppose d'apporter un soutien accru à ce type de recherche, tant du point de vue du financement que de la définition des priorités.

Acquisition des compétences nécessaires à la mise en place et à la gestion de partenariats

Comme on l'a montré ci-dessus, la constitution et la gestion des partenariats sont fondamentales dans les approches systémiques, l'objectif étant de rassembler des compétences spécialisées, par exemple pour animer des réunions et des discussions interdisciplinaires caractérisées par de complexes dynamiques de groupe, des perspectives et des motivations différentes; de parvenir à un consensus sans exclure les divergences d'opinion; et, plus important encore, de susciter une adhésion à l'égard des produits et processus convenus. Ces compétences et techniques ne sont pas enseignées sur les bancs des universités, et il faut généralement recruter des experts indépendants pour les appliquer ou les diriger. Il est donc hautement prioritaire de réunir des informations complètes et accessibles sur les ressources disponibles pour acquérir ces compétences et déterminer s'il faut prévoir des aides supplémentaires pour doter les administrateurs des compétences nécessaires à la constitution de partenariats.

Deuxième partie: Approches novatrices de l'application de la perspective systémique

Même si les difficultés d'application de l'approche systémique doivent être levées d'urgence, et que la prise de conscience de son utilité reste des plus mineures, il existe bel et bien des possibilités de la promouvoir ainsi que des exemples qui témoignent de sa valeur. Les modalités explorées au cours des dernières années ont mis en évidence les nombreuses possibilités offertes par les démarches systémiques, notamment:

- réunir des intervenants multiples pour concevoir, mettre au point et évaluer différentes stratégies;
- adopter une vision globale du système;
- mettre en place des processus d'application des connaissances; et,
- favoriser une meilleure compréhension de la recherche sur les systèmes de santé de la part des pays et un soutien international accru au développement des capacités de recherche dans ce domaine.

1. Réunir des intervenants multiples pour concevoir, mettre au point et évaluer différentes stratégies

Le chapitre 3 plaide en faveur de l'importance des consultations et de l'association d'acteurs très divers à la conception des interventions systémiques et de celles ayant des retombées à l'échelle du système tout entier. Ce processus peut livrer de précieux enseignements sur les synergies possibles et les répercussions potentiellement négatives des interventions envisagées, et permet de discuter des moyens susceptibles d'amplifier ou d'atténuer ces effets et ce, dès le stade de leur conception ou durant leur mise en œuvre ou évaluation. Ce qui est cependant encore plus

important est que ce processus multipartite favorise la constitution de solides partenariats et d'une communauté d'intervenants qui s'attellent collectivement à un problème, d'où la cohésion et la solidarité qui sont en elles-mêmes porteuses de retombées majeures sur le système tout entier.

Bien sûr, il n'est pas simple de travailler avec un vaste groupe d'acteurs ayant des opinions et des mandats différents. L'organisation du processus et de la réflexion nécessite souvent beaucoup de temps, elle est délicate au plan politique, et elle n'aboutit pas toujours à des partenariats efficaces et dignes de ce nom, sauf lorsque les visées communes sont suffisamment fédératrices.

L'Initiative pour l'étude et la mise en œuvre des systèmes (ISIS) a montré combien l'association de multiples intervenants pouvait donner de bons résultats du point de vue de la conception, de la mise en place et de l'évaluation de différentes stratégies (voir l'Encadré 4.4). Elle visait à constituer un groupe d'acteurs multipartite pour mieux comprendre les facteurs influençant le tabagisme et informer les décideurs sur les stratégies les plus efficaces pour en venir à bout (29). Conscients des promesses – et de la nécessité – des approches systémiques pour décrypter et cartographier les facteurs très divers et complexes qui influent sur la santé et la maladie, les promoteurs d'ISIS

ont fait de cette initiative novatrice l'une des rares à donner la priorité à la participation d'un vaste groupe d'intervenants afin de recueillir leurs avis (22).

Compte tenu de l'utilité des équipes pluridisciplinaires pour la résolution de problèmes complexes, ISIS a eu recours à la « cartographie conceptuelle », une méthode participative et structurée qui préconise la tenue de consultations entre des acteurs très divers (109). Le processus implique l'organisation de sessions de réflexion en face à face sur un large éventail de questions, dans le cadre de réunions de groupe ou virtuellement, par l'internet. L'étape suivante consiste à hiérarchiser les problèmes, en opérant un tri ou un classement, puis à synthétiser les contributions et à rendre compte des résultats aux participants au moyen de cartes graphiques conceptuelles.

La transparence est l'un des avantages essentiels de la cartographie conceptuelle. Quand les principales parties prenantes ont aisément accès à l'internet, nombre d'entre elles peuvent être associées au processus et les résultats du classement peuvent être facilement diffusés, examinés et critiqués. Il en résulte des discussions plus riches et plus fouillées et, probablement, une plus grande adhésion au processus et aux activités ultérieures.

ENCADRÉ 4.4 L'INITIATIVE POUR L'ÉTUDE ET LA MISE EN ŒUVRE DES SYSTÈMES (ISIS)

L'Institut national de lutte contre le cancer des États-Unis d'Amérique a financé ce projet afin d'examiner comment la pensée systémique pourrait être appliquée à la lutte antitabac et à la santé publique. L'Initiative ISIS, qui a employé de nombreuses approches et méthodologies à visée systémique, était un exercice interdisciplinaire regroupant des acteurs de la lutte antitabac et des experts en systémique. Plusieurs projets et études de cas ont été réalisés à titre exploratoire pour évaluer le potentiel des démarches systémiques dans la lutte contre le tabagisme. ISIS s'est achevée par la rédaction d'un ensemble de directives convenues par les experts en vue de la mise en œuvre future d'autres démarches et approches systémiques.

Source: Greater than the Sum: Systems thinking in tobacco control, 2007 (22).

2. Adopter une vision globale du système

Le programme Foresight mis en œuvre par le gouvernement britannique pour étudier l'obésité et le diabète et promouvoir une vision globale de ces deux problématiques est un autre exemple illustrant la réussite d'une démarche systémique (34). Face au constat d'échec des interventions visant à enrayer l'obésité au niveau individuel et à l'augmentation concomitante du diabète, le programme Foresight a utilisé une approche fondée sur la cartographie systémique pour expliquer la complexité biologique autant que sociale de l'obésité, en tirant parti des avis et réflexions de très nombreux experts issus de multiples disciplines. Au terme d'un exercice de cartographie qualitative, ces experts ont pu classer différentes mesures en fonction de leur impact probable dans différentes situations.

Cet exercice a permis de proposer plusieurs interventions susceptibles d'avoir collectivement des effets positifs sur la lutte contre l'obésité. Toutefois, quel que soit le scénario envisagé, aucune de ces interventions prise isolément ne permettait d'avoir un impact notable sur la prévalence de l'obésité. Une carte systémique du diabète a donc été dressée pour donner une vision globale des déterminants de l'obésité (on se reportera au rapport sur le programme Foresight (34) qui explique comment les promoteurs ont tenu compte des boucles de rétroaction et de l'interdépendance des différents facteurs). Ce processus a confirmé que l'obésité est déterminée par un système complexe et polymorphe de déterminants dans lequel aucun ne prédomine. Du fait de sa complexité, le problème exige une combinaison de mesures de riposte, et l'étude conclut qu'il n'y a guère de chance de produire des changements de l'ampleur désirée en se concentrant massivement, voire exclusivement sur l'un des éléments du système.

3. Mettre en place des processus d'application des connaissances

"Un peu de connaissance agissante vaut infiniment plus que beaucoup de connaissance stérile."

Kahlil Gibran (1883 – 1931),
poète, philosophe et artiste

La cartographie conceptuelle et la vision holistique du système sont toutes deux des approches d'avant-garde permettant d'identifier et de résoudre les grands défis et problèmes qui se posent à l'échelle systémique. Une troisième approche, tout aussi novatrice, est apportée par l'application des connaissances et les travaux engagés à l'interface entre recherche et processus politiques. L'application des connaissances, proche parente de la pensée systémique, est une méthode robuste permettant d'identifier les problèmes, de restructurer les relations et d'encourager la libre circulation des connaissances par des moyens novateurs, dans les pays développés comme en développement.

Les relations sont tout autant au cœur de la pensée systémique que de l'application des connaissances. Cette dernière s'attache à élaborer des bases de connaissances contextualisées, à organiser des dialogues et des délibérations et à renforcer les capacités pour créer de nouveaux espaces de partage visant à améliorer les relations et les partenariats entre les chercheurs et les utilisateurs de la recherche.³ Ces relations permettent à leur tour de localiser et de contextualiser les données scientifiques afin de répondre aux circonstances locales (110,111); d'améliorer la manière dont le système lui-même produit, gère et utilise l'information en vue de la prise de décisions; et de favoriser une plus

³ Pour de plus amples informations, on se reportera à l'article La Boîte à outils de Research Matters sur l'application des connaissances, disponible à l'adresse suivante: http://www.idrc.ca/research-matters/ev-128908-201-1-DO_TOPIC.html.

ENCADRÉ 4.5 FAIRE DES CHOIX AVISÉS EN MATIÈRE DE POLITIQUES FONDÉES SUR DES BASES FACTUELLES

“Les dernières années ont vu une prolifération d’études sur les connaissances et la manière de les intégrer dans les politiques et pratiques sanitaires (116,117). Ainsi, dans les années 1990, le mouvement de la médecine fondée sur des bases factuelles préconisait une utilisation accrue et directe des résultats de recherche dans la prise de décisions cliniques, un appel qui a ensuite été étendu aux politiques d’intervention que l’on voulait davantage déterminées par les constats scientifiques que par les convictions ou politiques partisans. Cette orientation résulte notamment d’une prise de conscience de ce que, même quand la science propose des solutions, celles-ci ne sont pas nécessairement reprises dans les politiques et pratiques mises en œuvres”.

Source: Rapport 2007 de l’Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé (118).

grande appréciation des processus de recherche au niveau politique, par l’identification et la production communes de connaissances sur la base des politiques en vigueur (112).

Bien que cette interface entre recherche et politiques d’intervention justifie encore de nombreuses études dans les pays en développement (113), une méta-analyse réalisée en 2002 a révélé que les « contacts personnels » sont le meilleur moyen de faciliter les processus de recherche et de politiques, tandis que leur absence est l’obstacle majeur (114). Ces contacts facilitent l’identité de vues et la recherche de solutions en commun, ils développent la confiance et le respect, et jettent les bases de l’appréciation et de la pondération des éléments de preuve comme des priorités politiques de manière ouverte et transparente (115), une conclusion qui a encore été confirmée par une récente enquête sur les organisations qui appuient l’exploitation des résultats de recherche pour l’élaboration

des politiques dans les pays à revenu faible à intermédiaire (110).

De la même façon, la pensée systémique est imprégnée de bout en bout par la nécessité d’engager les chercheurs aux côtés des décideurs dès le démarrage des travaux d’élaboration et d’évaluation des nouvelles interventions et politiques ; il en est question à quasiment chacune des dix étapes de l’approche systémique présentées au chapitre 3. Compte tenu de la prolifération actuelle des démarches et modalités d’application des connaissances dans le monde – y compris la création de programmes et d’instituts nationaux⁴ – il existe un énorme potentiel d’apprentissage, d’alignement et même de métissage avec la pensée systémique. Alors que l’application des connaissances vise une prise de décisions fondées sur des données probantes et des recherches guidées par les politiques, l’approche systémique préconise la prise de décisions et l’adoption de processus *plus informés par une optique systémique* dans l’ensemble du système de santé. Ce sont là des processus complexes, bien que complémentaires, qui méritent sans conteste d’être mieux compris, analysés et étudiés.

⁴ Citons, entre autres exemples: l’Initiative régionale sur les politiques sanitaires en Afrique de l’Est (politique REACH) à Kampala (Ouganda); le Forum pour la recherche sur la santé en Zambie (ZAMFOHR), à Lusaka (Zambie); et les réseaux de politiques fondées sur des bases factuelles (EVIPNet), une initiative de l’OMS administrée depuis Genève (Suisse) qui soutient l’application des connaissances dans divers pays en développement.

ENCADRÉ 4.6 INTERACTIONS ENTRE CHERCHEURS ET DÉCIDEURS DANS LE CADRE DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE EN MALAISIE

Le Département de la sécurité routière du Ministère des Transports de Malaisie a décidé de formuler et de lancer un train de mesures et de campagnes pour remédier au taux préoccupant de traumatismes liés aux accidents de la route. En dépit du peu d'informations disponibles sur lesquelles se baser pour élaborer des politiques d'intervention, les représentants publics étaient très sceptiques quant à la recherche, estimant qu'elle prendrait trop de temps. Ils craignaient aussi qu'elle mette en évidence le peu d'efficacité des interventions qu'ils proposaient (120). Finalement, une équipe de chercheurs a toutefois réussi à négocier avec le Département de la sécurité routière un programme de recherche qui répondait aux préoccupations des décideurs, à savoir qu'il fallait faire la preuve de l'action engagée, tout en produisant les éléments de preuve essentiels à la prise de décisions. Les décideurs ont vu les essais réalisés sur le terrain comme un moyen utile et nécessaire de résoudre des questions pratiques de mise en œuvre. Le partenariat entre chercheurs et décideurs a permis de définir des buts et objectifs communs, ainsi que des interventions spécifiques en réponse à la situation. Après quelques discussions, les décideurs ont voulu mettre au point et lancer une campagne nationale pour promouvoir l'utilisation de « matériels pour l'amélioration de la visibilité » – à savoir des réflecteurs – mais les chercheurs sont parvenus à les convaincre de faire un essai préalable pour en déterminer l'efficacité. Les discussions, qui ont mis en évidence un risque de résultats insatisfaisants, ont été essentielles pour convaincre les décideurs d'investir dans des recherches préalables ; en effet, si les réflecteurs se révélaient de peu d'utilité, les essais de terrain coûteraient bien moins chers que l'échec d'un programme national. Ce processus a permis de renforcer la relation entre les chercheurs et les décideurs, et à ouvrir la voie à de futures recherches en collaboration sur les pratiques en vigueur dans le pays (119).

4. Favoriser une meilleure compréhension de la recherche sur les systèmes de santé de la part des pays et un soutien international accru au renforcement des capacités de recherche

La pensée systémique est fondamentalement tributaire de la connaissance du « système » par les acteurs clés ainsi que d'une meilleure appréciation de la recherche sur les systèmes de santé. Depuis quelque temps, les choses ont remarquablement progressé sur ces deux points, notamment par une intensification de l'action de

renforcement des capacités visant à affiner les compétences des chercheurs pour la recherche sur les systèmes de santé. Citons particulièrement:

- Consortium pour la formation supérieure à la recherche en Afrique (CARTA). Basé au Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique (APHRC) de Nairobi, (Kenya), le CARTA s'attache à développer les compétences des doctorants en recherche sanitaire, notamment par l'acquisition des méthodes pluridisciplinaires et de l'application des connaissances;

- Initiative de renforcement des capacités de recherche sur la santé (HRCS). Cette initiative qui est maintenant conduite au Kenya comme au Malawi a pour objet de coordonner les travaux nationaux de recherche sur la santé, et de favoriser le renforcement des capacités, notamment par la promotion de schémas de carrière pour les jeunes chercheurs.
- Initiative pour le renforcement des capacités de recherche sur la santé en Afrique (ISHReCA). Ce réseau de chercheurs sur la santé s'oriente vers des solutions radicales pour renforcer les capacités de recherche sanitaire des pays d'Afrique au moyen de nouveaux programmes destinés à développer et à intégrer les capacités au niveau individuel, institutionnel et systémique.

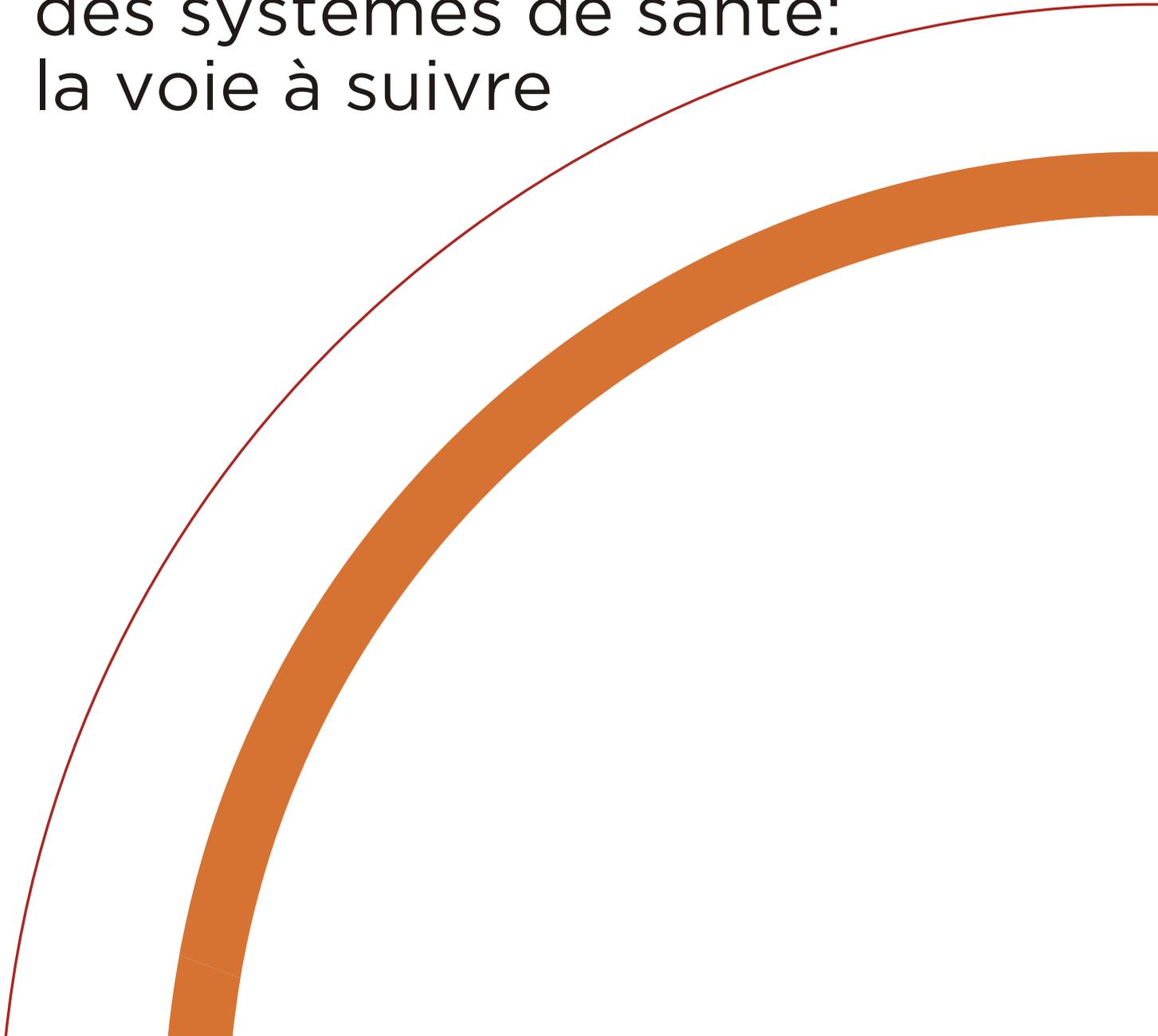
Conclusion

Des difficultés considérables contrarient, voire empêchent, la pleine application des démarches systémiques qui permettraient de comprendre et de résoudre les défaillances des systèmes de santé dans les pays en développement. Certains des obstacles majeurs ont été examinés dans ce chapitre qui expose parallèlement les solutions novatrices offertes par la pensée systémique et diverses réalisations notables dans ce domaine. Il est clair qu'un énorme travail reste à faire, mais si les approches systémiques peuvent faire la lumière sur la volonté et l'engagement des administrateurs des systèmes ainsi que sur les nouveaux partenariats forgés dans le domaine de la santé, elles ouvrent peut-être un nouveau chapitre pour le renforcement des systèmes de santé.

Rappelons que la pensée systémique n'est pas la panacée. Elle ne résoudra pas tous les graves problèmes liés au renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement. Elle constitue toutefois un outil essentiel parmi d'autres pour restructurer les relations au sein de ces systèmes. Plus les acteurs et exécutants de différents niveaux peuvent dialoguer, plus ils peuvent aller au fond des choses pour communiquer, partager et résoudre les problèmes, plus grandes sont les chances des initiatives lancées pour renforcer les systèmes de santé. Pour faire vraiment la différence, il faudra sans aucun doute du temps (92), des mutations profondes et un soutien à la dynamique engagée pour renforcer les capacités dans l'ensemble du système et promouvoir des démarches multipartites en vue de la conception et de l'évaluation d'interventions systémiques. Il est indispensable d'évoluer, et il faut le faire maintenant.

5

Approche systémique
du renforcement
des systèmes de santé:
la voie à suivre

The page features two decorative curved lines in the bottom right corner. The upper line is a thin, light orange arc, and the lower line is a thick, dark orange arc, both curving from the bottom left towards the right edge of the page.

"Un système ne peut s'ajuster à des changements à court terme quand il est depuis longtemps à la traîne. C'est pourquoi les systèmes majoritairement planifiés par l'administration centrale donnent nécessairement des résultats médiocres."
Donella Meadows, 1999 (53).

L'attention croissante portée aux systèmes de santé

Les initiatives de développement sanitaire et les interventions générales en faveur de la santé sont communément confrontées à des « obstacles systémiques » qui empêchent d'atteindre les objectifs généraux de santé. En fait, les piètres résultats obtenus par nombre de systèmes de santé au regard des objectifs fixés pour certains programmes ou maladies ne cessent de renforcer les solutions verticales qui éludent les aspects systémiques. Pourtant, les administrateurs des systèmes de santé nationaux doivent quotidiennement se frotter aux difficultés du monde réel pour mettre en place des systèmes efficaces, efficaces, équitables et viables afin d'atteindre les objectifs de santé nationaux. Fort heureusement, tout le monde s'entend sur le fait que les deux trajectoires, verticale et horizontale, visent les mêmes fins et qu'elles gagneraient l'une et l'autre à être réunies dans une seule et même approche cohérente. La plupart des initiatives en faveur de la santé menées dans le monde reconnaissent aujourd'hui que le succès suppose d'investir dans le renforcement des systèmes de santé. Les administrateurs des systèmes de santé nationaux veulent pour la plupart mobiliser des financements pour améliorer ces systèmes. La question est comment y parvenir.

Les auteurs de ce rapport préconisent le recours à la pensée systémique, une approche fondamentale permettant de comprendre comment les interventions exercent leurs effets sur l'intégralité du système et comment l'analyse systémique peut être utilisée pour améliorer la conception et l'évaluation des interventions visant les systèmes de santé.

Il n'y a jamais eu moment plus opportun pour appliquer les approches systémiques aux systèmes de santé. Les tentatives de définition de ces systèmes (83) ont permis l'élaboration de cadres détaillés explicitant les éléments constitutifs et les composantes des systèmes de santé modernes (83). Les financements alloués aux interventions sanitaires et aux actions de renforcement des systèmes de santé ont beaucoup augmenté. Un aspect essentiel des réformes des systèmes de santé dans les pays en développement consiste à développer les mesures qui ont donné de bons résultats. Parallèlement, les pays développés ont de plus en plus recours à la pensée systémique pour résoudre les complexes problèmes de grande envergure qui se posent au niveau des sous-systèmes, tels que les grandes structures organisationnelles (par exemple les systèmes hospitaliers (121), les systèmes d'information sanitaire (122)) ou les problèmes de santé complexes (par exemple le tabagisme (22), le diabète (27) et l'épidémie d'obésité (34)). Ce rapport prolonge la réflexion et examine la possibilité d'appliquer la pensée systémique au système de santé dans son ensemble, notamment les interventions visant à le renforcer, ainsi qu'à l'évaluation de ces interventions dans les pays en développement.

« Le programme mondial d'action sanitaire se détourne des approches axées sur des maladies spécifiques pour mettre davantage l'accent sur le renforcement des services de santé. ... Or, il est clair que les programmes de lutte contre des maladies spécifiques sont préoccupés par cette réorientation des ressources mondiales au profit des systèmes de santé. » Takemi et Reich, 2009 (120).

ENCADRÉ 5.1 RÉCAPITULATIF DE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE EN DIX ÉTAPES DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

I. Conception de l'intervention

1. Réunir les acteurs concernés
2. Réfléchir collectivement
3. Conceptualiser les effets
4. Adapter et remanier

II. Conception de l'évaluation

5. Définir des indicateurs
6. Sélectionner les méthodes
7. Sélectionner un modèle conceptuel
8. Établir un plan
9. Établir un budget
10. Trouver les financements.

Pour plus d'informations sur ces dix étapes, on se reportera au chapitre 3.

Pour appliquer l'approche systémique à des situations souvent dominées par une vision fragmentée par programme et par maladie, nous proposons dix étapes consécutives permettant de s'atteler aux complexes problèmes rencontrés à l'échelle du système dans son ensemble (voir l'Encadré 5.1). Aucune de ces étapes ne devrait être étrangère aux praticiens du développement des systèmes de santé et de la recherche dans ce domaine. Toutefois, les avantages sont majorés du fait des synergies produites lorsque les *dix étapes sont appliquées de manière consécutive*. L'exécution de ces dix étapes dégage l'espace nécessaire pour apprécier et résoudre les difficultés posées par la complexité, les connexions, les boucles de rétroaction, les retards et les relations non linéaires.

Écoles de pensée et expérience

Ce rapport se veut à la fois manuel d'introduction et d'initiation à la pensée systémique et ouverture à des notions et à des expériences inspirantes.

Les études sur l'approche systémique citées ici seront probablement inconnues pour beaucoup, mais nous encourageons les lecteurs à se pencher

sur la bibliographie fournie afin d'en apprendre davantage sur les démarches systémiques appliquées à la santé.

Il n'y a rien de complètement original ou d'inconnu dans les dix étapes. Il se pourrait que certains administrateurs de pays en développement en emploient quelques-unes, voire la totalité, dans le cadre d'équipes pluri-disciplinaires et multipartites. Loin de proposer quelque chose d'entièrement nouveau, ce rapport cherche à ce que l'application dans l'ordre voulu de toutes les étapes de la pensée systémique devienne la norme et non l'exception, et à faire en sorte que les occasions où l'on a eu recours à l'approche systémique de la conception et de l'évaluation soient mieux documentées. Cela étant, rares sont les exemples d'initiatives de renforcement des systèmes de santé où des activités ont été délibérément engagées simultanément dans les six grandes composantes d'un système de santé, lors même que d'importants effets de synergie ont été constatés dans ces cas-là (voir l'Encadré 5.2). Évaluer les effets produits par un train de mesures suppose une approche systémique complète, non seulement des interventions, mais de l'évaluation elle-même.

ENCADRÉ 5.2 EXEMPLE DES RETOMBÉES D'UNE INTERVENTION SYSTÉMIQUE SUR L'ENSEMBLE D'UN SYSTÈME

Il est rare que les initiatives de renforcement des systèmes de santé prévoient d'engager des séries de mesures simultanées dans chacun des éléments constitutifs du système. Un exemple nous est pourtant fourni par le projet Interventions sanitaires essentielles du Ministère de la santé tanzanien (TEHIP). Lancé en 1996, le TEHIP a produit de vastes effets de synergie sur la santé au niveau des districts (124). Il a ciblé la **gouvernance**, par une décentralisation à l'échelle des districts, une adhésion accrue au processus de planification et l'affectation de ressources budgétaires; le **financement**, en créant un fonds commun non lié pour l'adoption d'une approche sectorielle au niveau du district, et en fournissant un outil facilitant l'affectation des ressources et l'élaboration des comptes de la santé dans le district; **l'information**, en diffusant des profils annuels sur la santé dans les districts établis d'après les systèmes communautaires de surveillance sentinelle, et en fournissant des radios pour améliorer les communications entre les établissements de santé et les directeurs; les **ressources humaines**, en autorisant le recours aux fonds communs locaux pour financer la formation des directeurs, les communications et d'autres moyens d'améliorer le travail d'équipe et les conditions de travail en vue des nouvelles interventions sanitaires; les **médicaments** et les **technologies**, en autorisant l'accès aux fonds communs locaux pour remédier aux ruptures de stocks de médicaments et en relevant le plafond des engagements de fonds autorisés; et la **prestation de services**, par l'adoption rapide des nouvelles interventions telles que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et les moustiquaires traitées aux insecticides.

Toutes les interventions étaient totalement interdépendantes. La mise à disposition des financements était essentielle, mais des fonds n'auraient pas suffi à eux seuls à remporter de si bons résultats (dont une chute de 40 % du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans enregistrée sous cinq ans). Sans les changements de gouvernance qui ont permis une décentralisation des responsabilités et un pouvoir élargi d'engagement de fonds, la situation n'aurait guère évolué. En l'absence de nouvelles sources d'information faisant le lien entre priorités de dépenses et priorités sanitaires, il n'y aurait pas eu de réaffectation ultérieure des ressources, laquelle a permis de modifier les modalités de l'offre de services. Sans les retours d'information sur les progrès engrangés, il n'aurait guère été possible de savoir ce qui avait fonctionné et ce qui n'avait pas marché. Enfin, s'il n'y avait pas eu les autres changements de gouvernance qui ont favorisé une plus grande adhésion au processus de planification et la marge de manœuvre nécessaire pour allouer des fonds à la formation des ressources humaines, les nouvelles interventions d'une efficacité accrue n'auraient pas été adoptées si rapidement.

Il est impossible de dire laquelle de ce faisceau d'interventions a été la plus déterminante. L'évaluation pluridisciplinaire et multi-institutions, conçue selon un modèle de plausibilité, a fourni des informations irréfutables aux représentants de districts et aux décideurs. Le Ministère de la santé tanzanien a étendu l'application de nombre des innovations et enseignements du projet TEHIP, réalisé en 2000, et a constaté en 2004 des effets tout aussi notables à l'échelle du pays (124).

Dans ce rapport, nous avons pris pour exemple une vaste intervention récemment menée à l'échelle globale d'un système pour montrer comment l'application des quatre premières étapes permet de créer une communauté d'acteurs plus solide, à même de donner un tableau plus riche des incidences de l'intervention. Il en résulte un plus grand sentiment d'appropriation et une intervention de conception plus robuste qui a davantage de chances de produire des synergies nombreuses et d'atténuer les effets négatifs imprévus. Les étapes suivantes indiquent comment les chercheurs et les évaluateurs peuvent contribuer à contrôler et à affiner la conception de l'évaluation au fil de son déroulement. Ces approches de l'intervention et de l'évaluation sont peu fréquentes et rarement financées lorsqu'elles sont proposées. Comment donc peut-on favoriser l'adoption systématique d'une perspective systémique?

La voie à suivre

Il n'est guère surprenant que les praticiens de l'approche systémique se soient penchés sur les mesures susceptibles de développer les capacités dans ce domaine. Pour l'essentiel, elles visent à instaurer dans les milieux de la pensée systémique un climat propice délibérément axé sur un travail d'équipe dans la recherche et le développement. Ces actions visent généralement à : élaborer et appliquer des méthodes et processus systémiques; développer les capacités en matière de connaissance des systèmes; constituer et maintenir des relations dans le cadre de réseaux; et encourager une culture systémique (29).

Bien sûr, des difficultés pratiques freinent l'introduction et l'application de la pensée systémique dans le secteur de la santé (33), et elles ont été cartographiées par les experts en systémique. Elles touchent notamment à la nécessité de travailler selon les modalités suivantes:

- 1) envisager les problèmes d'un point de vue systémique;
- 2) démontrer le potentiel des solutions qui sont porteuses de résultats dans tous les sous-systèmes;
- 3) promouvoir des réseaux dynamiques entre différents intervenants;
- 4) susciter un désir d'apprentissage; et,
- 5) promouvoir une approche systémique de la planification, de l'évaluation et de la recherche.

On trouvera ci-après, à l'intention des personnes principalement visées par ce rapport (administrateurs des systèmes sanitaires, chercheurs et organismes intéressés à financer le renforcement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu), diverses réflexions sur les mesures ou étapes envisageables pour approfondir et développer les approches systémiques du renforcement des systèmes de santé.

Création d'un groupe de travail sur l'approche systémique des systèmes de santé.

Diverses initiatives doivent être associées pour développer un mouvement et une culture systémiques. La constitution, à titre provisoire, d'un groupe de travail ou de réflexion rassemblant les principaux praticiens de l'approche systémique des systèmes de santé – ainsi que les grands acteurs du renforcement des systèmes de santé – permettrait d'aller dans ce sens. Ce groupe de travail pourrait par exemple être convoqué sous les auspices du Département Systèmes de santé de l'OMS et de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé, avec le soutien d'autres parties intéressées.

Réseaux ou communautés de pratique en pensée systémique.

Ce groupe de travail mènerait naturellement à la création de réseaux ou communautés de pratique sur l'approche systémique des systèmes de santé dont seraient évidemment membres les exécutants nationaux et les bailleurs de fonds. Ces réseaux ou communautés

permettraient d'améliorer les compétences en systémique, développeraieent considérablement l'apprentissage horizontal entre les adeptes de la pensée systémique, constitueraieent une source d'information pour les nouveaux venus et faciliteraieent l'ajustement des dix étapes. Par ailleurs, ils pourraient entreprendre nombre des tâches énoncées ci-après.

Renforcer les capacités des administrateurs du système. Ces communautés de pratique pourraient avoir à intervenir pour développer les capacités des décideurs en matière de systémique. Elles pourraient être amenées à préparer des dossiers ou notes d'information afin de fournir des descriptions brèves et aisément assimilables des pratiques éprouvées dans ce domaine. Avec l'appui des membres des réseaux, l'une des tâches principales du groupe de travail pourrait être de concevoir des cours de renforcement des capacités au profit des administrateurs du système en s'appuyant sur des modalités de formation ayant déjà fait leurs preuves auprès des décideurs (par exemple le « programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) » dispensé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé).

Conférence sur la pensée systémique visant à diffuser les bonnes pratiques. Les expériences se multiplient en matière d'application de la systémique aux sous-systèmes ou aux éléments constitutifs du système, mais il n'existe pas de forum international qui pourrait faire office de catalyseur et réunir les spécialistes pour examiner l'ensemble de ces expériences et favoriser leur développement. Le groupe de travail ou les réseaux d'experts pourraient envisager d'organiser rapidement une conférence ou autre manifestation du même genre afin de rassembler les membres de cette communauté de pratique, de mettre en commun leurs expériences et d'élaborer de nouvelles méthodes.

Méthodes systémiques. L'élaboration de méthodes et d'approches conceptuelles est une nécessité permanente. Le groupe de travail, les réseaux et la conférence envisagés seront essentiels pour identifier les besoins, rompre l'isolement des acteurs de la systémique et faire progresser les travaux de développement dans ce domaine.

Modélisation dynamique des systèmes de santé. On constate une augmentation des activités et un intérêt croissant pour la modélisation dynamique appliquée à la prévision des effets des interventions sanitaires récemment engagées contre des maladies spécifiques (par exemple les vaccins antipaludiques) (125,126). Plus ces projets prennent de l'ampleur, plus les modélisateurs prennent conscience qu'il leur faut intégrer la modélisation de l'offre de services sanitaires et des systèmes de santé. Leurs modèles deviennent dès lors infiniment plus complexes, mais aussi particulièrement utiles à la dynamique des systèmes et aux exigences de la pensée systémique en matière de modélisation. Ces efforts pourraient faire l'objet d'une mise en réseau et contribueraieent ainsi considérablement à la conception des systèmes de santé (33,127).

Développer l'enseignement de la systémique dans les écoles de santé publique et le programme d'étude des licences de gestion des systèmes de santé. Certaines écoles de santé publique internationale ont déjà commencé à introduire les théories systémiques dans leurs programmes d'enseignement. Les communautés de pratique évoquées ci-dessus pourraient appuyer et promouvoir cet enseignement en vue du développement d'une nouvelle génération d'experts en santé publique.

Application des dix étapes. Un consortium regroupant les intervenants de la santé, des chercheurs et des bailleurs de fonds œuvrant pour le développement pourrait être constitué pour mettre à l'essai les dix étapes proposées ici

dans le cadre des initiatives de renforcement des systèmes de santé que commencent à financer différents organismes (par exemple le G8, le Partenariat international pour la santé, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, et d'autres encore).

Création d'une revue sur l'approche systémique appliquée à la santé. Il existe très peu de revues gratuites et soumises à un comité de lecture consacrées au développement des systèmes de santé. En outre, les recherches répondant aux exigences de la pensée systémique (qui nécessitent par exemple de décrire des interventions multiples aux effets multiples) se heurtent au parti pris exercé contre les longs articles qui sont jugés difficilement publiables. Une revue spécialisée dans l'approche systémique de la santé viendrait à point nommé.

Un dernier mot

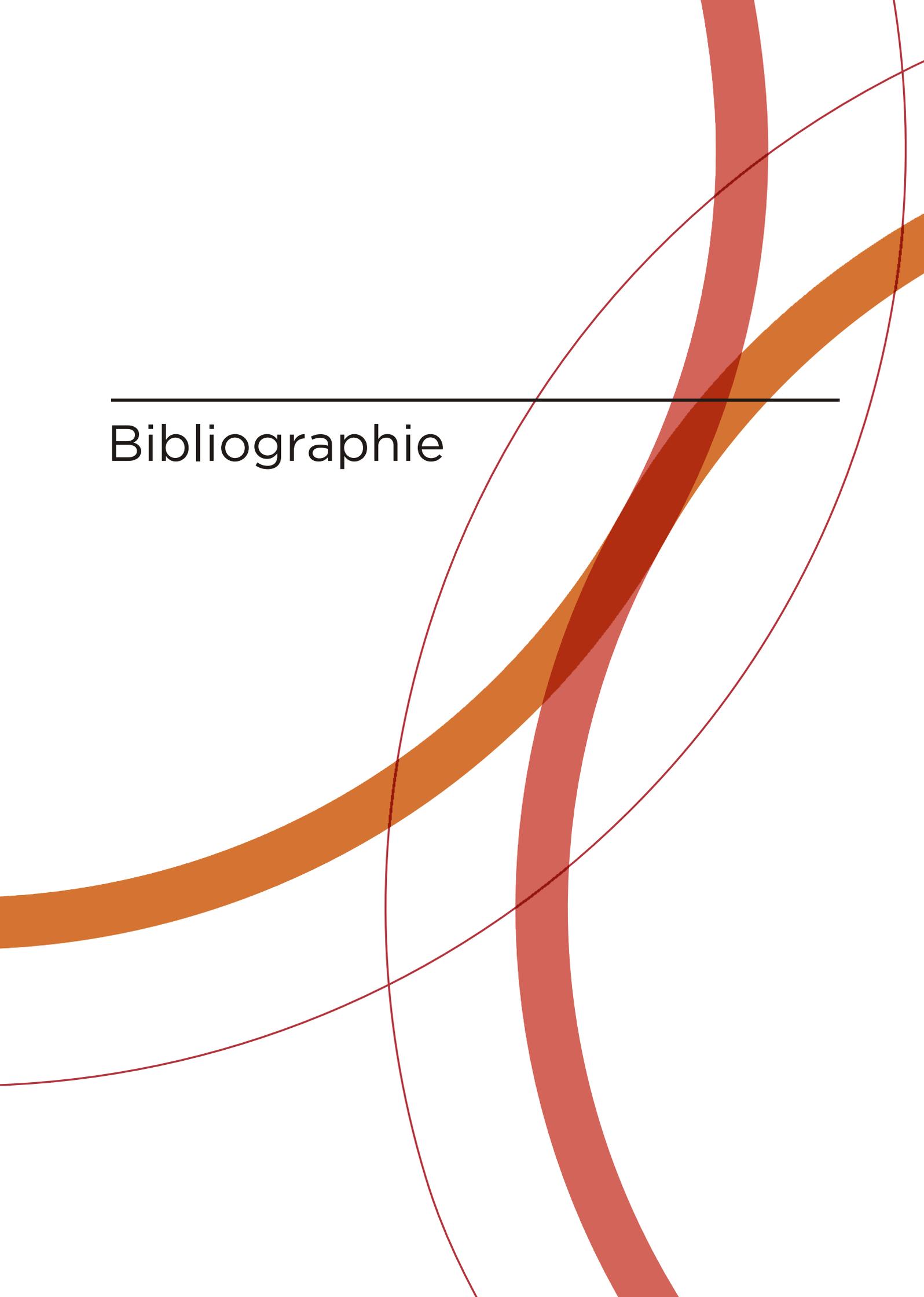
Le renforcement des systèmes de santé est entré dans une phase passionnante. Les possibilités sont immenses, tout autant que les défis. Faire plus de la même chose ne suffira pas à atteindre les objectifs ambitieux qui ont été fixés. Bien au-delà des démarches systémiques, nous devons innover en permanence, non pas en rompant radicalement avec le passé, mais en faisant preuve de créativité et en intégrant les expériences préalables. Ce rapport contribue à cette orientation en explorant l'immense potentiel que présente la pensée systémique pour tracer la route à suivre afin de construire de solides systèmes de santé et d'évaluer comment les progrès ont été réalisés. Les approches systémiques sont reconnues comme immensément utiles bien que sous-

exploitées. Nous en présentons les concepts et discutons en quoi ils peuvent intéresser le renforcement des systèmes de santé. Nous tirons parti des succès récemment remportés suite à l'application de démarches systémiques à petite échelle, et proposons différentes façons de les appliquer aux niveaux qui intéressent désormais les systèmes de santé des pays en développement. Nous avons donné une idée des résultats possibles au moyen d'illustrations provenant d'interventions très récentes. Nous avons passé en revue les défis et esquissé quelques options permettant d'aller de l'avant et d'appliquer ces approches en les associant aux possibilités nouvelles.

À n'en pas douter, les systèmes de santé futurs seront ancrés dans une architecture dynamique, de conception robuste et résolument systémique. Ces systèmes seront à même de remporter de vraies victoires en vue d'une santé fondée sur l'équité. La question est de savoir comment accélérer les progrès enregistrés dans ce sens. Nous espérons que ce rapport de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé viendra à la fois stimuler la réflexion et encourager des mesures concrètes favorisant des systèmes de santé plus robustes.

Comme toujours, le mot de la fin est adressé aux donateurs qui financent le renforcement des systèmes de santé et les recherches en la matière; ils devront reconnaître le potentiel des possibilités présentées ici, être prêts à prendre des risques en finançant ces innovations et à jouer un rôle actif pour promouvoir autant que soutenir l'action menée dans ce domaine afin de favoriser un développement sanitaire davantage fondé sur la systémique et les bases factuelles.

Bibliographie

The page features a minimalist design with abstract, overlapping curved lines in various shades of red and orange. A thin black horizontal line is positioned above the word 'Bibliographie', which is written in a clean, black, sans-serif font.

- (1) Nations-Unies. *Objectifs du Millénaire pour le développement: rapport 2009*. New York, Nations-Unies, 2009.
- (2) Bryce J et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet*, 2006, 368(9541):1067-1076.
- (3) Victora CG et al. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet*, 2005, 366(9495):1460-1466.
- (4) Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*, 2007, 85(3): 263-276.
- (5) Organisation mondiale de la Santé. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Genève, OMS, 2007.
- (6) Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364(9437):900-906.
- (7) Tugwell P et al. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *BMJ*, 2006, 332(7537):358-361.
- (8) Organisation mondiale de la Santé. Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet*, 2009, 373(9681):2137-2169.
- (9) Banati P, Moatti JP. The positive contributions of global health initiatives. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008, 86(11):820.
- (10) Yu D et al. Investment in HIV/AIDS programs: Does it help strengthen health systems in developing countries? *Globalization and Health*, 2008, 4:8.
- (11) Hanefeld J. How have Global Health Initiatives impacted on health equity? *Promotion & Education*, 2008, 15(1):19-23.
- (12) Schieber GJ et al. Financing global health: mission unaccomplished. *Health Affairs*, 2007, 26(4):921-934.
- (13) Murray CJ, Frenk J, Evans T. The Global Campaign for the Health MDGs: challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *Lancet*, 2007, 370(9592):1018-1020.
- (14) Buse K, Walt G. Globalisation and multi-lateral public-private health partnerships: issues for health policy. In: K Lee, S Fustukian, K Buse, editors. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
- (15) Lu C et al. Absorptive capacity and disbursements by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: analysis of grant implementation. *Lancet*, 2006, 368(9534):483-488.
- (16) Labonte R, Schrecker T. The G8 and global health: What now? What next? *Canadian Journal of Public Health*, 2006, 97(1):35-38.
- (17) Pawson R et al. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2005, 10 Suppl 1:21-34.

- (18) Golden BR, Martin RL. Aligning the stars: Using systems thinking to (re)design Canadian healthcare. *Healthcare Quarterly*, 2004, 7(4):34-42.
- (19) Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 2001, 323(7313):625-628.
- (20) Organisation mondiale de la Santé. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Genève, OMS, 2007.
- (21) Organisation mondiale de la Santé. *Primary Health Care: Now more than ever*. Genève, OMS, 2008.
- (22) Best A et al. *Greater than the sum: Systems thinking in tobacco control*. Bethesda, MD, National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2007.
- (23) Office of Social and Behavioural Sciences Research. *Contributions of Behavioral and Social Sciences Research to Improving the Health of the Nation: A Prospectus for the Future*. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2007.
- (24) Health Metrics Network. *Framework and standards for country health information systems*. 2ème Ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- (25) Craig P et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008, 337:a1655.
- (26) Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*, 2008, 336(7656):1281-1283.
- (27) Kalim K, Carson E, Cramp D. An illustration of whole systems thinking. *Health Services Management Research*, 2006, 19(3):174-185.
- (28) Richmond B. The "thinking" in systems thinking: *Seven essential skills*. Waltham MA, Pegasus Communications, 2000.
- (29) Leischow SJ et al. Systems thinking to improve the public's health. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 35(2 Suppl):S196-S203.
- (30) Pickett RB, Kennedy MM. Systems thinking and managing complexity, Part two. *Clinical Leadership Management Review*, 2003, 17(2):103-107.
- (31) Pickett RB, Kennedy MM. Systems thinking and managing complexity, Part One. *Clinical Leadership Management Review*, 2003, 17(1):34-38.
- (32) Sterman JD. Learning from evidence in a complex world. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(3):505-514.
- (33) Trochim WM et al. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(3):538-546.
- (34) Butland B et al. *Foresight: Tackling Obesities: Future Choices*. London, UK Government Office for Science, 2007.

- (35) Finegood DT, Karanfil O, Matteson CL. Getting from analysis to action: Framing obesity research, policy and practice with a solution-oriented complex systems lens. *Healthcare Papers*, 2008, 9(1):36-41.
- (36) Shiell A. The danger in conservative framing of a complex, systems-level issue. *Healthcare Papers*, 2008, 9(1):42-45.
- (37) Atun R, Menabde N. Health systems and systems thinking. In: Coker R, Atun R, McKee M, editors. *Health systems and the challenge of communicable disease: Experience from Europe and Latin America*. Berkshire, Open University Press, 2009: 122-140.
- (38) Holden LM. Complex adaptive systems: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52(6):651-657.
- (39) Rickles D, Hawe P, Shiell A. A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61(11):933-937.
- (40) Bierema LL. Systems thinking: a new lens for old problems. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2003, 23 Suppl 1:S27-S33.
- (41) Banque mondiale. *Développement sain: la stratégie de la banque mondiale pour obtenir des résultats dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population, Annexe L*. Banque mondiale, 2007.
- (42) Meadows D, Richardson J, Bruckmann G. *Groping in the dark: the first decade of global modelling*. New York, NY, Wiley, 1982.
- (43) Meadows D. *Thinking in systems: A primer*. White River, VT, Sustainability Institute, 2008.
- (44) The Lancet. Data fraud in: This week in Medicine. *Lancet*, 2009, 373[9671], 1222.
- (45) Adam T et al. Capacity constraints to the adoption of new interventions: consultation time and the integrated management of childhood illness in Brazil. *Health Policy & Planning*, 2004, 20(Suppl 1):i49-i57.
- (46) Kamuzora P, Gilson L. Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania. *Health Policy & Planning*, 2007, 22(2):95-102.
- (47) Partenariat international pour la santé. *Annual Monitoring and Evaluation of the Inter-national Health Partnership & related Initiatives (IHP+)*. OMS, 2009.
- (48) Shiell A, Riley T. Theorizing interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 2009, 43(3):267-276.
- (49) Hawe P, Bond L, Butler L. Knowledge theories can inform evaluation practice. What can a complexity lens add? *New Directions in Evaluation*, 2009; in press.
- (50) Hawe P, Ghali L. Use of social network analysis to map the social relationships of staff and teachers at school. *Health Education Research*, 2008, 23(1):62-69.
- (51) Hawe P et al. Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomised community intervention trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(9):788-793.
- (52) O'Conner J, McDermott I. *The Art of Systems Thinking: Essential Skills for Creativity and Problem-Solving*. San Francisco, CA, Thorsons Publishing, 1997.

- (53) Meadows D. *Leverage Points: Places to Intervene in a System*. White River, VT, The Sustainability Institute, 1999.
- (54) Leischow SJ, Milstein B. Systems thinking and modeling for public health practice. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(3):403-405.
- (55) Atun RA et al. Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 2006, 79(1):79-91.
- (56) Atun RA et al. Diffusion of complex health innovations – implementation of primary health care reforms in Bosnia and Herzegovina. *Health Policy & Planning*, 2007, 22(1):28-39.
- (57) Campbell NC et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*, 2007, 334(7591):455-459.
- (58) Craig P et al. *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. Medical Research Council, 2009.
- (59) Casalino LP et al. Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities? *Health Affairs*, 2007, 26(3):w405-w414.
- (60) Eichler R. Can Pay for Performance increase utilisation by the poor and improve quality of health services. Discussion Paper. Washington DC, Centre for Global Development, 2006.
- (61) Johannes L et al. *Performance-based contracting in health. The experience in three projects in Africa*. OBA Approaches [19]. The Global Partnership for Output-based Aid, 2009.
- (62) Liu X, Mills A. The influence of bonus payments to doctors on hospital revenue: results of a quasi-experimental study. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2003, 2(2):91-98.
- (63) Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Financement en fonction des résultats et modification du système de santé de district: expérimentation au Rwanda. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2006, 84(11):884-889.
- (64) Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *JAMA*, 2007, 298(16):1900-1910.
- (65) Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. *Health Policy & Planning*, 2000, 15(3):239-246.
- (66) Schmeer K. *Stakeholder analysis guidelines*. Bethesda, USA, Abt Associates, 1999.
- (67) Campbell M et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 2000, 321:694-696.
- (68) Graham A et al. Translating cancer control research into primary care practice: a conceptual framework. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2008, 2:241-248.
- (69) Victora CG et al. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations. *Health Policy & Planning*, 2005, 20(suppl_1):i18-i31.
- (70) Baltussen R, Leidl R, Ament A. Real world designs in economic evaluation. Bridging the gap between clinical research and policy-making. *Pharmacoeconomics*, 1999, 16(5 Pt 1):449-458.

- (71) Lemmer B, Grellier R, Steven J. Systematic review of nonrandom and qualitative research literature: exploring and uncovering an evidence base for health visiting and decision making. *Qualitative Health Research*, 1999, 9(3):315-328.
- (72) Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be? *BMJ*, 2004, 328(7455):1561-1563.
- (73) Bonell CP et al. Alternatives to randomisation in the evaluation of public-health interventions: design challenges and solutions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009 [epub ahead of print].
- (74) King G et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet*, 2009, 373(9673):1447-1454.
- (75) Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*, 1996, 312:1215-1218.
- (76) Smith PG, Morrow RH. *Field trials of health interventions in developing countries*. 2eme Edition. Londres, Macmillan, 1996.
- (77) Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28(1):10-18.
- (78) Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. *A framework for linking evaluation needs to design choices – with special reference to the fields of health and nutrition*. UNICEF, 1997.
- (79) Victora C, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(3):400-415.
- (80) Hanson K et al. Household ownership and use of insecticide treated nets among target groups after implementation of a national voucher programme in the United Republic of Tanzania: plausibility study using three annual cross sectional household surveys. *BMJ*, 2009, 339(jul02_1):b2434.
- (81) Hanson K et al. Vouchers for scaling up insecticide-treated nets in Tanzania: Methods for monitoring and evaluation of a national health system intervention. *BMC Public Health*, 2008, 8(1):205.
- (82) Richmond B. *Systems Thinking: Four Key Questions*. High Performance Systems Inc., 1991.
- (83) Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000: Pour un système de santé plus performant*. Genève, OMS, 2000.
- (84) Hanefeld J, Musheke M. What impact do Global Health Initiatives have on human resources for antiretroviral treatment roll-out? A qualitative policy analysis of implementation processes in Zambia. *Human Resources for Health*, 2009, 7.
- (85) Organisation de Coopération et de Développement économiques. *Enquête 2008 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. Une aide efficace d'ici 2010? Les actions à prendre*. Paris, OCDE, 2009.

- (86) Marchal B, Cavalli A, Kegels G. Global Health Actors Claim To Support Health System Strengthening – Is This Reality or Rhetoric? *PLoS Medicine*, 2009, 6(4):1-5.
- (87) Samb B et al. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet*, 2009, 373(9681):2137-2169.
- (88) Assefa Y et al. Rapid scale-up of antiretroviral treatment in Ethiopia: successes and system-wide effects. *PLoS Medicine*, 2009, 6(4):e1000056.
- (89) Biesma RG et al. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy & Planning*, 2009, 24(4):239-252.
- (90) Travis P, Bennett S, Haines A. Overcoming health-systems constraints to achieve the millennium development goals. *Lancet*, 2005, 365(9456):294.
- (91) Oomman N, Bernstein M, Rosenzweig S. *Seizing the opportunity on AIDS and health systems*. Washington DC, Centre for Global Development, 2008.
- (92) Organisation de Coopération et de Développement économiques. *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide*. Paris, OCDE, 2005.
- (93) Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. *Rapport d'activités 2008*. Résumé d'orientation. Genève, Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2009.
- (94) Penn-Kekana L, Blaauw D, Schneider H. 'It makes me want to run away to Saudi Arabia': management and implementation challenges for public financing reforms from a maternity ward perspective. *Health Policy & Planning*, 2004, 19:171-177.
- (95) Walker L, Gilson L. 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(6):1251-1261.
- (96) Kaler A, Watkins SC. Disobedient distributors: Street-level bureaucrats and would-be patrons in community-based family planning programs in rural Kenya. *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):254-269.
- (97) Lipsky M. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russell Sage Foundation, 1980.
- (98) The Commission on Health Research for Development. *Health research: Essential link to equity in development*. New York, Oxford University Press, 1990.
- (99) Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(3):400-405.
- (100) Bennett S et al. From Mexico to Mali: progress in health policy and systems research. *Lancet*, 2008, 372(9649):1571-1578.
- (101) White F. Capacity-building for health research in developing countries: a manager's approach. *Pan American Journal of Public Health*, 2002, 12(3):165-172.
- (102) The Global Ministerial Forum on Research for Health. *The Bamako call to action on research for health*. Geneva, Global Ministerial Forum on Research for Health, 2008.

- (103) Council on Health Research for Development (COHRED). *Supporting national health research systems in low and middle income countries. Annual Report 2008*. Genève, COHRED, 2008.
- (104) Harris E. Building scientific capacity in developing countries. *EMBO Reports*, 2004, 5(1):7-11.
- (105) Rathgeber EM. *Research partnerships in international health: Capitalizing on opportunity*. Stakeholders' Meeting Berlin, 16-18 March 2009, Research Partnership for Neglected Diseases of Poverty.
- (106) International Development Research Centre. *Working together to strengthen skills – IDRC's strategic evaluation of capacity development, phase 3: Developing the framework*. Ottawa, International Development Research Centre, 2007.
- (107) Pfeiffer J, Nichter M. What can critical medical anthropology contribute to global health? A health systems perspective. *Medical Anthropology Quarterly*, 2008, 22(4):410-415.
- (108) Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health Policy & Planning*, 2008, 23(5):294-307.
- (109) Trochim WMK. An Introduction to Concept Mapping for Planning and Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 1989, 12(1):1-16.
- (110) Lavis JN et al. Evidence-informed health policy 4 – Case descriptions of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science*, 2008, 3:56.
- (111) Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action. *PLoS Medicine*, 2005, 2(7):600-605.
- (112) Lomas J. Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: from summative to interpretive synthesis. *Healthcare Policy*, 2005, 1(1):55-71.
- (113) Hamid M et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet*, 2005, 366(9499):1758-1760.
- (114) Innvaer S et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2002, 7(4):239-244.
- (115) Lavis JN et al. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2006, 84(8):620-628.
- (116) Court J, Hovland I, Young J. *Bridging research and policy in international development*. London, ITDG Publishing, 2004.
- (117) Stone D, Maxwell M. *Global Knowledge networks and international development: bridges across boundaries*. Routledge, 2005.
- (118) Green A, Sara Bennett, eds. *Sound Choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy*. Genève, Alliance Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, OMS, 2007.
- (119) Hyder AA et al. Integrating ethics, health policy and health systems in low- and middle-income countries: case studies from Malaysia and Pakistan. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008, 86(8):606-611.

- (120) Reich MR, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet*, 2009, 373(9662):508-515.
- (121) Holland C, Lien J. Systems thinking: managing the pieces as part of the whole. *Clinical Leadership Management Review*, 2001, 15(3):153-157.
- (122) Rothschild AS et al. Leveraging systems thinking to design patient-centered clinical documentation systems. *International Journal of Medical Information*, 2005, 74(5):395-398.
- (123) de Savigny D et al. *Fixing Health Systems*. 2nd Edition. Ottawa, International Development Research Centre, 2008.
- (124) Masanja H et al. Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *Lancet*, 2008, 371(9620):1276-1283.
- (125) Homer JB, Hirsch GB. System dynamics modeling for public health: background and opportunities. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(3):452-458.
- (126) Smith T et al. Towards a comprehensive simulation model of malaria epidemiology and control. *Parasitology*, 2008, 1-10.
- (127) Sanderson C, Gruen RL. *Analytical models for decision making*. Open University Press, 2006.

Membres du Conseil de l'Alliance

Jonathan Broomberg

Discovery Health, Sandton, Afrique du Sud

Barbro Carlsson

Department for Research Cooperation at the Swedish International Development Cooperation Agency, Stockholm, Suède

Somsak Chunharas

National Health Foundation, Bangkok, Thaïlande

Carissa Etienne

World Health Organization, Genève, Suisse

Stephen Matlin

Global Forum for Health Research, Genève, Suisse

Anne Mills, Présidente

London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Sania Nishtar

Heartfile, Islamabad, Pakistan

John-Arne Røttingen

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norvège

Sameen Siddiqi

Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Le Caire, Egypte

Saul Walker

Policy and Research Division, Department for International Development, Royaume-Uni

Membres du Comité consultatif scientifique et technique de l'Alliance

Irene Akua Agyepong

Ghana Health Service, Accra, Ghana

Lucy Gilson

University of Cape Town, Afrique du Sud
Health Policy and Systems, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Sennen Hounton

WHO Multi Disease Surveillance Center, Ouagadougou, Burkina Faso

Soonman Kwon

Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University, Corée du Sud

John Lavis

McMaster University, Hamilton, Canada

Prasanta Mahapatra

Government of Andhra Pradesh, Inde
Institute of Health Systems, Inde

Göran Tomson

Karolinska Institute, Stockholm, Suède

L'Alliance remercie pour son soutien financier le Department for International Development (DFID, Royaume-Uni), the Australian Government's overseas aid program (AusAID), the International Development Research Center (IDRC, Canada), the Government of Norway, Sida-SAREC (Suède) et le Wellcome Trust (Royaume-Uni).

Notes

Notes



POUR UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

du renforcement
des systèmes de santé

"Les réponses du secteur de la santé à l'évolution du monde ont été inadéquates et naïves. ... car les carences du système exigent une solution d'ensemble, pas un rafistolage."
(OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2008).

Le rapport *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé* tente de déterminer comment l'**analyse systémique** peut contribuer à étayer les fondements conceptuels et pratiques des initiatives visant le renforcement des systèmes de santé. Publié par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé dans la série Flagship Reports, le rapport préconise une approche systémique du renforcement des systèmes de santé et se présente sous une forme aisément accessible à un large public pluridisciplinaire (administrateurs des systèmes de santé, agents d'exécution des programmes, chercheurs, évaluateurs et partenaires financiers).

On y trouvera:

- une analyse détaillée de l'approche systémique et de son applicabilité aux systèmes de santé;
- une étude de cas représentative des interventions axées sur le renforcement des systèmes de santé et illustrant « L'approche systémique en dix étapes », qui fournit des indications pratiques sur la conception et l'évaluation des interventions dans une perspective systémique;
- un exposé des difficultés et des possibilités liées à l'application de la méthode systémique dans des situations réelles;
- des suggestions sur les mesures envisageables pour étendre l'application de l'approche systémique du renforcement des systèmes de santé.



**Alliance pour la
recherche sur les politiques
et les systèmes de santé**

Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
CH-1211 Genève 27
Suisse

Tel.: +41 22 791 29 73
Fax: +41 22 791 41 69

alliance-hpsr@who.int
<http://www.who.int/alliance-hpsr>

ISBN 978 92 4 256389 4



9 789242 563894