

**10èmes Journées Nationales de Santé Publique.
Table ronde sur l'Assurance de Qualité.
Direction des soins de santé de base.
Nabeul, Tunisie 24-25 Octobre 2002.**

Les différentes approches de management de la qualité des soins : le potentiel et les limites de la mise en œuvre des programmes d'Assurance Qualité, études de cas en Afrique subsaharienne.

Dr Pierre Blaise, Dr G Kegels

Les différentes approches de management de la qualité des soins : le potentiel et les limites de la mise en œuvre des programmes d'Assurance Qualité, études de cas en Afrique subsaharienne.

Dr Pierre Blaise, Dr G Kegels¹

Résumé :

On assiste aujourd'hui à une montée en puissance des programmes de management de la qualité dans les services de santé en Afrique. A partir de trois études de cas au Niger, au Zimbabwe et en Guinée, nous examinons les expériences de management de la qualité dans les systèmes de santé africains.

Nous identifions cinq difficultés majeures communes à ces programmes. Premièrement la mise en œuvre verticale de ces approches de management de la qualité sous forme de projet ou de programme n'est pas de nature à favoriser leur intégration dans les pratiques de gestion courante. Deuxièmement, l'absence de référence à un modèle systémique limite la portée des interventions tant les systèmes de santé sont complexes et dynamiques. Troisièmement, le souci légitime de vulgarisation des méthodes à l'aide de boîtes à outils conduit à des simplifications réductrices de situations complexes. Quatrièmement, la généralisation de résultats obtenus dans des interventions pilotes est dangereuse et conduit à des effets pervers. Cinquièmement, la tension entre normalisation et créativité, qui agite le monde du management de la qualité entre en résonance avec la tension qui existe entre la culture bureaucratique de commande et contrôle des systèmes de santé publics africains et la culture d'indépendance professionnelle propre au monde de la santé.

En conclusion de cette analyse, nous proposons des pistes pour l'action : Promouvoir les initiatives innovantes et les appuyer par la guidance scientifique. Nous ouvrons également des pistes pour la recherche : d'une part articuler rationalisation des pratiques et réponses aux attentes du public et des professionnels, d'autre part mieux comprendre pour mieux gérer les tensions inhérentes au management de la qualité.

Introduction

Dès l'antiquité, Hippocrate, enracinait la notion de qualité dans l'acte de soigner. Cependant, longtemps restée implicite, aujourd'hui bien plus qu'hier, la qualité des soins se doit d'être objectivée. Les professionnels de santé, et les systèmes de santé qu'ils servent, sont désormais tenus d'en faire la démonstration. Venant du monde industriel, des outils et des systèmes d'évaluation et de management de la qualité ont été introduits dans le monde des soins de santé. Ce mouvement de "Management de la Qualité"², très prégnant dans les systèmes de santé occidentaux, concerne aussi l'Afrique. Sans qu'il ne soit très clair s'il s'agit d'une pression exogène internationale ou d'une dynamique propre résultant d'une prise de conscience interne, un nombre croissant de pays africains s'engagent dans la mise en œuvre de programmes de "Management de la Qualité". Il s'agit bien souvent, sous forme de projet, de l'adaptation de modèles et d'outils venant du monde du management. Comment se passe sur le terrain cette dynamique, quels en sont les potentiels et les limites, les succès et les échecs, et quelles leçons en tirer pour le futur, tel est le domaine que nous nous proposons d'explorer³.

Méthodologie

Cet article traite de la mise en œuvre du management de la qualité dans les systèmes de santé africains. Notre objectif est de comprendre comment certains systèmes de gestion de qualité donnent de bons résultats ? de quels résultats s'agit-il ? pourquoi des systèmes testés et bien pensés se pervertissent ? pourquoi des organisations de soins de santé -et lesquelles- adoptent ou rejettent des interventions -et lesquelles ? pourquoi certaines approches d'amélioration de qualité, parfois refusées au départ, se pérennisent au point de se fossiliser et d'autres qui ont bien fonctionné et ont été appréciées s'évanouissent sans laisser de traces ?

Le management de la qualité et la qualité dans les systèmes de santé sont des notions complexes. Nous nous intéressons dans ce travail plus particulièrement aux interactions entre systèmes de gestion de qualité, système de santé, et problèmes opérationnels de qualité. Pour étudier des interactions dans des systèmes complexes et dynamiques

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Leopold, Nationalestraat 155 B2000 Anvers, Belgique.

² En employant le terme général de "Management de la Qualité", nous entendons englober toutes les approches qui vont du "Contrôle Qualité" aux approches plus récentes de "Management de Qualité Totale" et "d'Amélioration Continue de la Qualité" en passant par "l'Assurance de Qualité".

³ Le travail présenté dans ce document a fait l'objet d'un mémoire présenté dans le cadre du Diplôme d'Etudes Approfondi Interfacultaire en Sciences de la Santé (DEA), Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles juin 2002. Promoteur Prof. B. Dujardin, Co-promoteur Prof.G.Kegels.

l'approche méthodologique appropriée est le recours aux études de cas. Dans le domaine des sciences du management, et c'est le domaine dans lequel s'inscrit ce texte, c'est effectivement l'approche méthodologique recommandée et suivie le plus souvent lorsqu'il s'agit d'étudier les dynamiques de management dans les organisations pour en comprendre les ressorts. (Pichault & Nizet 2000), (Armstrong & Baron 1998), (Mintzberg 1979).

Nous présentons donc trois études de cas, au Niger, au Zimbabwe, et en Guinée. Nous faisons appel à trois sources d'information dans notre travail. Tout d'abord la littérature dans les domaines du management de la qualité, des systèmes de santé (en particulier en Afrique), du management et des sciences du management des organisations. Ensuite nous utilisons les données et les documents disponibles concernant nos études de cas : il s'agit de rapports (de missions, d'évaluation, de programmation), mais aussi de publications, de présentations et de communications dont ces projets ont fait l'objet. Enfin nous faisons appel à notre expérience personnelle dans la mesure où nous même (étude de cas Guinée et Zimbabwe), ou nos collaborateurs proches (Etude de cas Niger) avons été acteurs. Certaines informations sous forme de communications personnelles proviennent également d'informateurs clés impliqués directement dans ces différents projets (étudiants, consultants). Les sources d'information sont précisées au cours de la présentation des études de cas et de la discussion.

Nos études de cas se déroulent dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. Les exemples, les illustrations et les réponses apportées sur le terrain sont bien évidemment fortement lié à un contexte local. Nous sommes cependant convaincus que les questions qu'elles soulèvent sont pertinentes et éclairantes pour les systèmes de santé des pays émergents, intermédiaires ou industrialisés.

Nous proposons dans un premier temps une présentation brève et générale des études de cas. Puis nous développerons cinq thèmes qui se dégagent lorsque l'on interprète les caractéristiques clé des approches suivies en particulier pour comprendre ce qui explique succès ou limites. Pour chacun de ces thèmes nous comparerons les approches suivies dans chaque étude de cas et nous interpréterons les résultats. Enfin nous dégagerons de façon synthétique les leçons que l'on peut tirer de cette interprétation, d'une part en terme de pistes pour l'action, d'autre part en terme de pistes de recherche.

Résultats : Etudes de cas

Le projet d'assurance qualité au Niger : une 'boîte à outils' utilisable par tous, des cercles de qualité à tous les niveaux.

Contexte

Le Niger a entamé depuis 1993 une démarche active d'Assurance Qualité (AQ) dans le secteur santé. Cette démarche s'est concrétisée à travers le 'Projet Assurance Qualité de Tahoua' (PAQ)⁴ qui a été conduit entre 1993 et 1997 dans le département de Tahoua. Il visait à introduire de façon pilote les principes et outils de l'assurance qualité dans les services de santé nigériens. Il repose sur deux notions clé du management de la qualité: d'une part ' la qualité doit être l'affaire de tous' et d'autre part, ' améliorer la qualité c'est résoudre des problèmes au plus près des prestataires et des clients'.

Logique de l'intervention : formation, standards et cycles de résolution de problèmes.

Au cœur du dispositif se trouvaient les cercles de qualité. 68 cercles de qualité ont été constitués qui ont mené 120 cycles de résolution de problème dans les services mêmes . Le projet a suivi le cycle classique de mise en œuvre de l'assurance de qualité, passant par la définition de standards, identifiant par le monitoring les écarts aux standards comme autant de problèmes à résoudre et justifiant la mise en œuvre de cycles de résolution de problème par les acteurs eux même des services. Pour permettre l'implication des acteurs, la stratégie reposait d'une part sur la diffusion d'une 'boîte à outils', et de leur mode d'emploi via la formation de plus de 500 agents et d'autre part sur le suivi par le coaching (centrée sur les cycles de résolution de problème) et la supervision (plus exhaustive) Figure 1. Il faut également noter que le projet disposait de ressources qui pouvaient être mobilisées pour la mise en œuvre de certaines interventions.

Réalisations et résultats

A la fin du projet, les équipes avaient gagné en capacité à agir et modifier leur environnement de travail, Les problèmes identifiés et les solutions mises en œuvre prenaient mieux en considération les patients. Les indicateurs de couverture montraient une amélioration des couvertures des activités préventives. Mais surtout, la dynamique a marqué les esprits, il s'est construit un véritable mythe (Dugas 2000). Mais aujourd'hui, si personne n'a oublié ce qui reste dans les mémoire comme une belle aventure, les outils semblent restés dans les tiroirs et ne sont plus utilisés. Ainsi, les

⁴ Projet financé par l'USAID et appuyé par le Center for Human Research de l'University Research Corporation, Bethesda, USA.

craintes évoquées par les évaluateurs du projet PAQ quant à sa pérennisation (Legros et al. 2000) semblent ne pas avoir été démenties. D'une part l'arrêt de l'instillation de ressources a rendu beaucoup plus difficile la poursuite du coaching, de la supervision et la levée de certains obstacles à la mise en œuvre de changements. D'autre part, même si le PAQ s'appuyait sur les équipes cadres de district, la dynamique a cessé assez rapidement d'être relayée du fait du turn-over rapide des personnels et surtout de la perception que ces interventions étaient liées à un projet spécifique qui n'existait plus (Dugas & De Brouwere 2001). Autrement dit, l'étape ultime de toute démarche d'Assurance Qualité qui vise à transformer la façon d'agir, de décider et de gérer, des acteurs et des équipes, ne s'est sans doute pas produite.

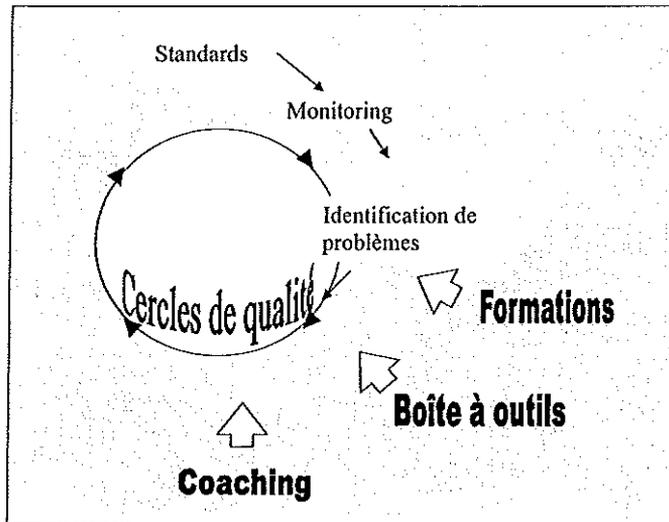


Figure 1: Le projet d'assurance qualité au Niger

Le projet de renforcement du management des services de santé au Zimbabwe.

Contexte

Le projet District Health Services Management (DHSM) été initié en 1992 dans deux districts du Zimbabwe⁵ et mis en œuvre avec l'appui de Medicus Mundi. Les objectifs du projet (Criel 1999) étaient d'améliorer les capacités en gestion en partant des pratiques de gestion de routine au niveau du district sanitaire, puis de disséminer les méthodes et les résultats. La méthodologie du DHSM est centrée sur la résolution de problèmes et suit une démarche de type 'recherche-action'. La stratégie du projet reposait sur le renforcement de la capacité de l'équipe cadre, le « DHE »⁶ à prendre des décisions. En dehors de l'expertise extérieure pour appuyer la recherche, tout ce qui a été réalisé et mis en œuvre pour améliorer le fonctionnement et la gestion des services devait l'être avec le budget ordinaire du district ou avec les ressources additionnelles qu'il était capable lui même de mobiliser.

Logique de l'intervention : la recherche-action pour renforcer le management.

L'approche suivie partait du principe que l'amélioration de la qualité des soins, des services et du management passe par l'introduction de changements. Ces changements passent par la prise de décisions empiriques considérées comme des hypothèses à tester. En effet les décisions ne sont pas prises au hasard. D'abord elles répondent aux problèmes émergents du management de routine. Ensuite, elles relèvent d'une mise en perspective systémique: pour pouvoir anticiper les interactions du problème identifié et les possibles effet des solutions envisagées sur le système dans son ensemble, on recourt d'une part à l'expérience accumulée de l'équipe, à sa connaissance du terrain, et aux connaissances scientifiques préalables documentée sur la question, et d'autre part à la modélisation qui permet de représenter le problème dans le système, de voir d'où l'on part et vers où on veut aller. Enfin, ces décisions empiriques sont considérées comme des hypothèses de changement à tester, et qui devront faire l'objet d'une évaluation qui permet de modifier la décision, d'enrichir l'expérience, de confirmer ou d'infirmer la validité du modèle de référence qui peut alors être amélioré (Grodos & Mercenier 2000), (Nitayarumphong & Mercenier 1994). Ce cycle de prise de décision - évaluation est tout à fait similaire au cycle plan-do-check-act propre au management de la qualité. Cette approche de management scientifique est délicate. L'équipe cadre était donc appuyée semestriellement par une guidance scientifique

⁵ Projet de recherche-action appuyé par le Blair Research Institute (BRI), Harare et l'institut de Médecine Tropicale d'Anvers et mis en œuvre par le Ministère de la Santé du Zimbabwe et Medicus Mundi Belgique et financé par la direction générale (DGVII).

⁶ DHE : District Health Executive

relevant de deux institutions académiques, l'une européenne, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, l'autre Zimbabweenne, Le Blair Research Institute (Figure 2).

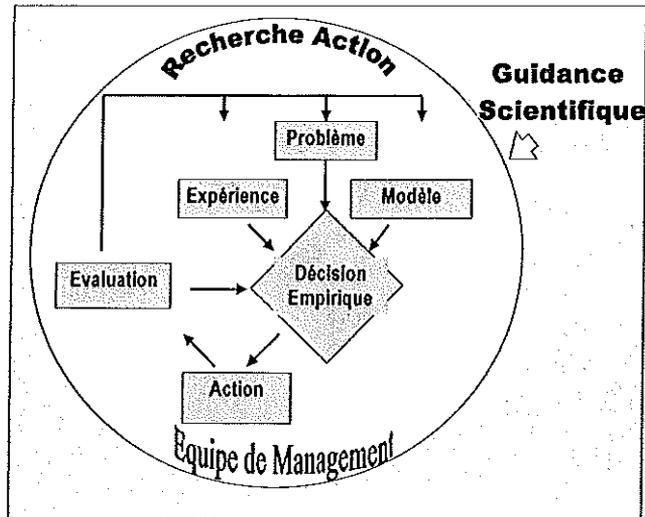


Figure 2: le projet DHSM au Zimbabwe

Réalisations et résultats : Les cycles de recherche-action, une équipe cadre renforcée, l'organisation du système modifiée, une influence sur la politique sectorielle.

Au total quinze thèmes de recherche-action qui ont fait l'objet de cycles de recherche-action ont été activés. Trois ont avortés après la mise en œuvre des décisions et n'ont pas été formellement évalués. Un seul cycle (contrôle d'épidémie de paludisme) a fait l'objet de trois processus cycliques successifs. Le types de problèmes considérés dans le cadre de ce projet sont caractéristiques des services de santé de district : encombrement des services d'urgences, couverture insuffisante des populations rurales par des services de proximité, gaspillage et dysfonctionnement dans l'utilisation des ressources, insuffisance de personnel, survenue d'épidémies etc. Les différents cycles sont articulés les uns avec les autres, une décision amenant à la suivante et concernant un élément différent du système (illustré Figure 3).

Les résultats les plus importants de ce projet portent sur le renforcement des capacités décisionnelles de l'équipe cadre de district . C'est en effet l'équipe de district qui a constitué le point névralgique de toutes les décisions qui ont été prises. Son pouvoir et sa crédibilité par rapport aux autorités provinciales de tutelle s'en est trouvé considérablement renforcée. Le renforcement des capacités en management a été en quelque sorte validé en 1995. Le district de Tsholotsho a remporté la compétition annuelle ('best district competition') organisée sous l'égide de l'OMS qui évalue par un comité d'experts indépendant tous les district du pays et désigne celui qui est le mieux géré. Cependant l'approche suivie présente de sérieuses limites (Chimbadzwa & Daveloose 2000) elle s'est essentiellement concentrée sur l'équipe cadre de district et a échoué à diffuser les principes dans le reste du système. Il n'est même pas sur que tous les membres de l'équipe cadre aient pu s'approprier le modèle qui est apparu comme imposé de l'extérieur

Le programme PEV-SSP en Guinée

Contexte

En 1987, le gouvernement de la République de Guinée mettait en œuvre le programme national PEV/SSP/ME (Programme élargi de Vaccination/Soins de Santé Primaire/Médicaments Essentiels) dans le cadre de l'Initiative de Bamako avec l'appui de l'UNICEF et de L'OMS. Le programme visait à étendre considérablement l'accès à un paquet minimum d'activités (PMA) comprenant consultation prénatale (CPN), consultation et vaccination des enfants de 0-11 mois, et consultation primaire curative (CPC) en revitalisant tous les centres de santé de sous préfecture du pays. La stratégie reposait sur le recouvrement des coût (RC) par la vente des Médicaments Essentiels (ME) et la participation communautaire à travers des comités de gestion représentant la population, et chargés de gérer les ressources ainsi générées et de participer au développement des actions du centre de santé.

Logique de l'intervention

Le programme a concerné en quelques années la totalité des centres de santé de sous préfecture du pays. Puis les hôpitaux ont suivi. Le challenge était de permettre une montée en puissance rapide en évitant tout dérapage qui aurait eu des conséquences de grande ampleur vu l'envergure du projet. Parmi les différentes composantes du programmes deux sont caractéristiques des outils du management de la qualité: d'une part la standardisation des

processus, des pratiques cliniques en l'occurrence, grâce au recours aux algorithmes décisionnels: les ordinogrammes; d'autre part le monitoring systématique de l'atteinte des objectifs, en l'occurrence des couvertures, pour procéder à une micro-planification participative de stratégies locales d'amélioration (Knippenberg et al. 1997).

Réalisation et résultats

Près de 15 ans après le début de ce programme, qui est devenu la politique nationale de santé, la pratique des ordinogrammes, pratiquement inchangés, est toujours présente et supervisée. Les ordinogrammes sont d'ailleurs intériorisés dans la pratique par les personnels. Mais s'ils ont permis d'assurer la maîtrise des consommations de médicaments essentiels et de garantir une qualité des prescriptions, ils ne permettent pas de répondre de façon individualisée aux attentes des patients. En trois questions standardisées l'agent de santé arrive à 'LA' décision sans appel. L'acte médical apparaît stéréotypé et ne laisse pas de place à l'interaction entre soignant et soigné.

La couverture sanitaire a connu un accroissement spectaculaire en Guinée. En 1993 la couverture effective en vaccination était de 61% pour la vaccination, 51% pour la consultation prénatale, mais la couverture en soins curatifs plafonnait à 0,29 consultation par an et par habitant (Levy-Bruhl et al. 1997). Depuis, même si les couvertures se maintiennent, ce qui n'est pas rien, la stratégie atteint des rendements marginaux et il n'y a plus de gains. Le monitoring est toujours effectué dans tous les centres de santé tous les six mois par des équipes qui en maîtrisent parfaitement la technique. Mais cette stratégie du monitoring, créative au début, devenue routinière ne parvient plus à développer de solutions innovantes. Plus inquiétant, si la mesure du déterminant 'couverture effective' est censé représenter la qualité des soins, force est de constater qu'il y a des problèmes majeurs de qualité, en particulier concernant la relation entre agents de santé et patients, qui ne sont pas abordés malgré les monitorages et autre micro planification (Jaffré & Olivier de Sardan 2002).

Discussion : les raisons d'un succès mitigé.

Nos études de cas nous permettent de cerner cinq types de problèmes qui ont limité l'impact ou compromis la pérennisation des changements introduits. Il y a d'abord le problème de la mise en œuvre verticale, programmatique, du management de la qualité, découplée des activités de gestion de routine et qui n'est pas de nature à favoriser l'intégration prônée par le mouvement pour la qualité totale. Il y a ensuite le problème de l'absence fréquente de vision de système dans la façon d'aborder les questions de qualité des soins et des services. Il y a également des simplifications réductrices de situations et de problèmes complexes résultant du souci légitime de vulgarisation des méthodes à l'aide de boîtes à outils. Il y a aussi des effets pervers résultants de la généralisation sans précaution de résultats obtenus dans des interventions pilotes. Il y a enfin les conflits de culture: la culture de transparence, de flexibilité et de partage des responsabilités promue par les modèles de management pour la qualité s'oppose à la culture d'organisation des systèmes publics de santé africains reposant sur des lignes hiérarchiques de commande et de contrôle

La mise en œuvre du management de la qualité sous forme de programme vertical ne favorise pas l'intégration prônée par le mouvement pour la qualité totale.

Le PAQ au Niger, a été introduit comme un « programme », et comme un projet avec ses ressources propres. Les acteurs et les institutions du système de santé ont été impliqués mais si de nouvelles structures ont été créées et les façons de travailler ont changé à l'intérieur du projet, les structures existantes et la façon de conduire les programmes n'ont pas été fondamentalement remises en cause. Quand le projet s'est arrêté, les anciennes habitudes ont pris le dessus. La transformation de l'organisation, pourtant revendiquée par l'assurance qualité ne s'est pas produite.

En Guinée le programme a été introduit comme un programme vertical de grande ampleur, mais il est totalement intégré, Il constitue lui même la politique de santé du pays. Pour le mettre en œuvre à une telle échelle et aussi rapidement, il a dû être extrêmement directif dans les processus de décision. Il n'y a aucune flexibilité même après 15 ans. Ce qui a été intégré, finalement, ce n'est pas une capacité décentralisée à prendre de bonnes décisions. Ce sont des décisions centralisées, elles mêmes, qui ont été internalisées et figées!

Au Zimbabwe, la stratégie était centrée sur l'intégration du projet dans les structures de routine du management. En effet la sélection des problèmes à traiter devait se faire au cours même du processus normal de décision. Et aucune ressources additionnelles n'ont été apportées. Il y a donc bien eu intégration et transformation de la façon de travailler et de prendre un certain nombre de décisions. Mais pour que cette transformation s'opère, tous les efforts ont été concentrés sur le renforcement de l'équipe de management qui apparaît comme une tour d'ivoire. Il n'y a pas de relais dans d'autres parties de l'organisation et les cadres qui ne font pas partie de l'équipe de management expriment leur frustration et leur sentiment d'exclusion d'un processus qui manque de transparence (Chimbadzwa & Daveloose 2000). Que l'équipe change brutalement, que surviennent des déplacements brutaux des centres décisionnels et de pouvoir dans le système et les acquis s'évanouiront.

Dans les trois cas, mais pour des raisons différentes, en particulier liées au contexte, l'intégration du management de la qualité qui doit transformer la façon même de faire du management ne s'est pas produite

L'absence de vision systémique conduit à des tâches aveugles tant les systèmes de santé sont complexes et dynamiques.

Dans le projet PAQ au Niger il n'y avait pas vision de système: les problèmes sont isolés de leur relation avec l'ensemble du système. Ils sont alors traités à l'intérieur du sous-système où ils se manifestent. Même s'ils sont analysés avec le modèle cause-effet d'Ishikawa, cet outil repose sur une vision linéaire et n'est pas suffisamment puissant pour capter de façon globale les multiples interactions auxquelles sont soumis les systèmes de santé complexes. Il ne considère pas non plus la grande variabilité dans la réactivité des systèmes de santé dans des situations où de grandes zones d'incertitudes prévalent. Or les systèmes de santé sont complexes et dynamiques comme nous l'avons souligné.

L'absence de raisonnement systémique est particulièrement bien illustré par la prise en charge des femmes enceintes en Guinée (Blaise 1997): d'un côté le monitoring de la CPN au centre de santé montre qu'avec une couverture effective de 48% les activités sont conformes aux indicateurs de couverture et aux normes de procédures. De l'autre côté, à l'hôpital, la chirurgie obstétricale est conforme aux standards en terme de sécurité et de qualité technique de prise en charge. Mais tout cela est finalement peu efficace, car les femmes opérées ne sont pas celles identifiées par le centre de santé, et les femmes à risque référées ne se sont pas rendues à l'hôpital. Finalement une évaluation rapide de la couverture en interventions obstétricales vitales à l'aide l'indicateur de besoin obstétrical non couvert développé par De Brouwere & Van Lerberghe (1998) révèle un déficit majeur, supérieur à 50%, ce qui signifie que la moitié des femmes enceintes qui ont présenté une complication potentiellement mortelle sont probablement décédées faute de soins. En dépit d'une prise en charge adéquate dans chaque segment du système, le résultat final est bien en deçà des besoins mais cela n'est pas mis en évidence par le monitoring. Ainsi en l'absence de mise en perspective systémique, l'analyse d'un problème dans des systèmes complexes reste aveugle à des dysfonctionnement majeurs.

Au Zimbabwe en revanche, le cycle de recherche-action du projet DHSM au Zimbabwe portant sur la réorganisation de la consultation externe de l'hôpital (cycle 'OPD reorganisation') illustre bien comment une stratégie et les décisions qui la structurent peut concerner l'ensemble du système et son évolution sur le long terme (Figure 3). Le problème de la surcharge à la consultation hospitalière est traité de façon systémique, il ne s'agit pas simplement de réduire à court terme le délai d'attente à la consultation mais d'offrir à long terme les soins requis à l'échelon du système le plus adéquat. L'analyse du problème ne s'est pas limitée au service où il se manifestait puisqu'elle a mis en évidence que le principal problème était celui du by-pass des services de santé de base. En ce sens elle était systémique. Ensuite elle envisageait des solutions à court, moyen et long terme. En ce sens elle était dynamique. En effet, même s'il est en équilibre, un système de santé n'est pas statique, il est en perpétuelle évolution sous l'effet des décisions prises mais aussi de l'évolution de l'environnement. Il faut donc non seulement voir le système de santé comme un ensemble complexe mais également en avoir une vision dynamique c'est à dire qu'il faut envisager la prise de décision sous les conditions présentes du système mais aussi sous des conditions futures. En faisant appel au modèle conceptuel du système de santé intégré, le DHE a pu définir une stratégie d'intervention sur l'ensemble du système par une série de décisions empiriques imbriquées portant sur l'ensemble du système: création d'une filière spécifique pour les références (cycle 'Referral system'); renforcement des services périphériques de première ligne reposant sur la supervision; développement d'un plan de couverture pour identifier les populations non couvertes et prévoir de nouveaux centres de santé (cycle 'coverage plan'); planification de la construction d'un centre de santé urbain, distinct de l'hôpital, et offrant de réels services de santé primaire à la population vivant à proximité de l'hôpital (cycle 'Tsholotsho Urban Clinic' et cycle Family files at Tsholotsho Urban Clinic'). Dans l'attente de la réalisation du plan d'ensemble, les populations ne nécessitant pas de soins hospitaliers mais n'ayant pas accès à des soins de premier échelon de proximité pouvaient être traitées à l'hôpital mais selon une filière distincte des malades référés (avec un plateau technique identique aux centres de santé périphérique afin de ne pas attirer une utilisation inappropriée de ce services par les populations déjà couvertes) (Cycle 'OPD Reorganisation'). Neuf ans après cette décision, comme le montre les évaluations analytiques de ces cycles (Criel & et al. 1995; DHSM team 1999), le plan de couverture existe et est un instrument de négociation avec les autorités locales, le centre de santé urbain a été construit et fidélise depuis trois ans remarquablement sa population, la consultation de référence, devenue une évidence, a permis de rendre à l'hôpital sa fonction première de soins hospitaliers et constitue pour les médecins une fenêtre sur les dysfonctionnements au niveau de la première ligne qui guide la supervision. Cette réorganisation d'ensemble s'est révélée d'ailleurs essentielle dans le succès des stratégies de contrôle d'épidémie de peste et de paludisme.

Nous voyons que le raisonnement sur des systèmes complexes est ... complexe.. Le seul moyen de le faire consiste à utiliser un modèle qui permet de décrire les interactions et d'anticiper l'effet potentiel de telle ou telle intervention selon les conditions du système (Van Dormael 1998). Le principal problème est alors bien évidemment celui de la difficulté d'une telle approche, bien plus délicate que la simple réalisation d'un diagramme de processus. Mais pour qu'une équipe soit capable de raisonner de façon systémique, il faut que ses acteurs aient la capacité de s'approprier le modèle. Dans le DHSM cela n'a probablement pas été le cas. C'est par la guidance scientifique externe qu'il a été possible de se référer à un modèle. Mais il faut reconnaître qu'il a été alors imposé de l'extérieur. La complexité du raisonnement systémique pose la question de la nature des structures d'accompagnement, d'encadrement, d'appui au management pour la qualité, de leur rôle, de leur place dans le système et de la pérennisation de leur

fonction. Considérer que cette fonction relève simplement de la supériorité hiérarchique n'est certainement pas suffisant. Le superviseur hiérarchique immédiat n'est pas, nécessairement, un coach en matière de qualité ou de management.

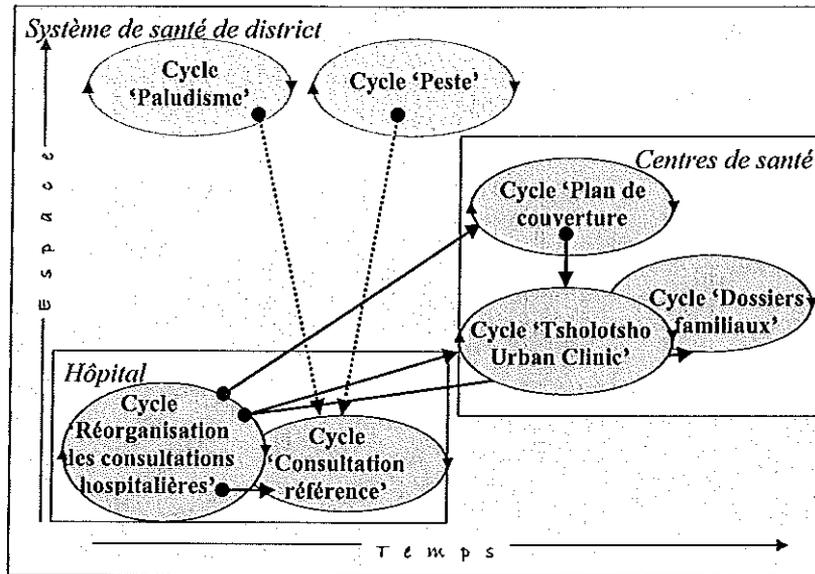


Figure 3: Prise de décision à long terme & enchâssement des cycles de résolution de problèmes:

Le souci de vulgarisation des outils du management de la qualité est trop souvent réducteur et véhicule l'idée fausse que le management de la qualité est facile.

Ce qui frappe dans la littérature sur le management de la qualité est l'importance accordée à la fourniture d'outils. En effet le principe fondamental du management de la qualité est que ce doit être l'affaire de chacun. Il est donc logique d'accorder une grande importance aux outils susceptibles de mettre la pratique à la portée du profane. Mais ce souci légitime de vulgarisation conduit à des simplifications réductrices et ne permet pas de gérer des problèmes complexes.

Au Niger la boîte à outils largement diffusée auprès des agents de santé comprenait deux outils classiques du management de la qualité : le 'brainstorming et la matrice de décision ont été presque systématiquement utilisés par les cercles de qualité pour l'identification des problèmes et l'établissement de priorités (Legros, Tawfik, Crespin, Djingarey, Goodrich, & Abdalah 2000). Mais il est paradoxal de constater qu'il faille recourir à de tels outils pour partir à la pêche aux problèmes alors que dans le même temps, les acteurs locaux sont quotidiennement confrontés à de multiples problèmes qu'il leur faut résoudre d'une manière ou d'une autre. In fine, les problèmes identifiés à l'aide des outils proposés se révèlent en fait répondre plus aux préoccupations des managers des programmes nationaux qu'aux difficultés rencontrées par les acteurs de terrain. C'est logique puisque l'identification de problèmes procède de l'écart avec les standards et que l'établissement des standards est fortement influencé par les programmes. Mais c'est d'autant plus paradoxal que ces difficultés trouvent souvent leur origine précisément dans les tensions, les conflits de priorités et les multiples procédures générées par ces mêmes programmes.

A l'inverse, au Zimbabwe, la stratégie était de partir des problèmes émergeant en routine. La résolution des problèmes ainsi sélectionnés a permis de sortir l'équipe de management de terrain de la gestion de crise qui faisait leur désespoir. Dans une telle approche, la difficulté, tout 'art', consiste à sélectionner le problème qui va avoir l'impact le plus important sur le système en saisissant les opportunités tout en tenant compte des contraintes. Plutôt que le recours à un outil simple comme le brainstorming ou un système matriciel de pondération pour la prise de décision, c'est le recours à un modèle qui a été déterminant dans la sélection des problèmes. En effet, comme nous l'avons souligné, seul un modèle conceptuel permet de projeter sur l'ensemble du système l'effet de tel ou tel problème et l'impact potentiel de telle ou telle solution (Van Dormael 1998).

La généralisation sans précaution de pratiques mises au point dans un contexte de projet pilote comporte un potentiel de perversion majeur.

En Guinée, l'application systématique à grande échelles des ordigrammes illustre les effets pervers qui peuvent résulter de la généralisation systématique d'un outil qui avait pourtant fait ses preuves dans un contexte donné. La nécessaire rationalisation de la consultation curative avec les ordigrammes stérilise aujourd'hui le dialogue entre

le malade et le clinicien. En réduisant le dialogue entre clinicien et patient à une série de questions qui appellent à une réponse dichotomique par oui ou non, afin de garantir la rigueur du processus clinique, l'ordinogramme ne laisse pas de place pour la négociation et réduit la capacité de réponses aux attentes des patients en particulier psychosociales. Et pourtant dans sa conception initiale cette approche visait à affranchir les agents de santé des difficultés cliniques pour leur permettre précisément d'ouvrir le dialogue (Equipe du Projet Kasongo 1982). Une telle perversion a deux origines. D'abord, l'outil a été généralisé dans un environnement qui ne mettait pas l'accent sur l'interaction individuelle entre patient et personnel de santé. Ensuite, au cours du processus de généralisation, il y a eu un changement non explicite d'objectif en passant d'un objectif de promotion du personnel à un objectif de contrôle des activités du personnel de santé.

Changer de culture en changeant les pratiques ? ou changer les pratiques en changeant de culture ? : la tension entre le management de la qualité et la culture organisationnelle.

Nos études de cas montrent comment les conflits de logique entre les différentes tendances du management de la qualité entrent en résonance avec la diversité des cultures organisationnelles des différents systèmes de santé (Figure 4). Il y a tout d'abord la tension entre les deux grands courants qui traversent le mouvement du management de la qualité et qui s'opposent et se mêlent tout à la fois. D'un côté il y a un courant normalisateur souvent associé à l'assurance de qualité (QA comme *Quality Assurance*) qui fait de la conformité aux normes de procédures et aux standards le moteur de la qualité. De l'autre côté, il y a le courant de la qualité totale (TQM comme *Total Quality Management*) et de l'amélioration continue de la qualité (CQI comme *Continuous Quality Improvement*) qui fait du changement et de la remise en cause permanente des processus et des structures le cœur même du management et pour lequel l'amélioration de qualité devrait être intégré dans le management (Kolb 2002). Au Niger comme en Guinée, la conformité aux standards étaient centrale, dans le projet DHSM au Zimbabwe, la mise en œuvre de changement était centrale. En réalité les deux approches s'entremêlent. Comme dit Kolb, « toute la difficulté du TQM consiste à bien articuler les phases: celle de explicitation des processus, celle de leur remise en cause et celle de la consolidation de nouvelles pratiques. Trop de rigueur et c'est la rigidité. Trop de créativité et c'est le désordre stérile. »

Il y a ensuite la tension entre les cultures organisationnelles. L'environnement organisationnel dans lequel se sont déroulées nos études de cas est celui des services publics de santé en Afrique. Ils ont en commun⁷ des procédures de gestion rigides, des prises de décisions traditionnellement centralisées, une gestion centralisée des ressources et du personnel, des relations qui s'établissent essentiellement sur un mode hiérarchique, et une très faible considération pour le service au client, ce dernier n'étant au centre que dans la mesure où l'état et ses services publics sont théoriquement le garant de ses intérêts. De tels systèmes de santé correspondent à ce que Mintzberg qualifie de « bureaucraties mécanistes »⁸: des systèmes reposant sur le principe de contrôle et de commande où les procédures sont décidées par des experts éventuellement de façon participative, et mises en œuvre par des opérateurs à travers une chaîne de commande et de contrôle (Mintzberg 1986). Une telle configuration est très différente de celle d'une bureaucratie de type 'professionnelle', caractérisée selon Mintzberg par la prédominance des professionnels qui fonctionnent de façon indépendante et assurent leur propre contrôle. Leur coordination repose sur la standardisation des connaissances et des comportements par la formation et la socialisation. Ce qui caractérise un professionnel, c'est sa capacité à prendre des décisions de façon autonome et dans l'intérêt du patient. Une telle configuration est en phase avec la culture dominante dans le monde de la santé qui est celle du professionnalisme où le professionnel revendique l'indépendance de ses décisions.

Il y a enfin la tension entre les approches du management de la qualité et les cultures organisationnelles. Une approche normalisatrice de la qualité reposant sur la conformité aux standards a toute chance d'être rejetée dans une culture professionnelle. De même, une approche qui suscite la créativité bouscule les rapports hiérarchiques dans

⁷ Il y a bien évidemment des différences entre le Zimbabwe où (jusqu'à ces dernières années au moins) les ressources et les infrastructures sont généralement adéquates et le personnel décentement payé, la Guinée, qui a bénéficié d'investissements considérables pour remettre à flot le système de santé à la fin des années 80 mais où le personnel est très mal payé et le Niger, beaucoup moins bien loti, dont les ressources humaines sont largement insuffisantes et pour lequel le projet PAQ avait du prévoir des ressources additionnelles pour permettre aux initiatives de qualité de se matérialiser. Il n'en reste pas moins que ces trois projets se déroulent dans le contexte du service public.

⁸ Weber (1864-1920) considère la bureaucratie comme le type d'organisation le plus adapté et le plus efficace pour moderniser la production. Nous considérons ici avec Mintzberg le terme de bureaucratie dans cette acception neutre. Ce sont ses dysfonctionnements, que l'on a pu caractériser par la suite, qui ont donné au terme un sens péjoratif. Pour Weber, une bureaucratie se caractérise par la prééminence de règles explicites et écrites, applicables de façon uniforme, sans personnalisation des fonctions (les personnes sont interchangeable dans une même fonction) où les fonctions sont divisées et réparties suivant une hiérarchie qui fonde la légitimité de la prise de décision. La recherche de l'efficacité justifie ce mode d'organisation pour une organisation complexe et de grande taille.

culture mécaniste reposant sur la hiérarchie. Inversement mettre l'accent sur la standardisation et la conformité aux normes aura tendance à renforcer une bureaucratie mécaniste (Blaise & Kegels 2001).

Faut pour autant éliminer ces tensions en recherchant à tout prix une harmonisation entre culture organisationnelle et système de management de la qualité? Assurément non ce serait renoncer à envisager le management de la qualité comme un outil de changement. En revanche il est important d'être conscient de ces tensions pour mieux les contrôler. En effet la question qui reste entière est de savoir si le changement de culture est un préalable à l'introduction réussie du management de la qualité ou si le management de la qualité peut en lui même contribuer au changement de culture et à quelles conditions.

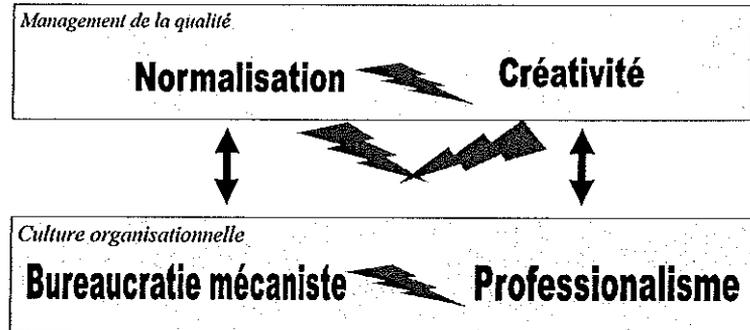


Figure 4: les tensions entre logiques du management de la qualité et cultures organisationnelles.

Conclusion

Nos études de cas illustrent à quel point le management de la qualité ne peut se concevoir comme une simple application d'une série de recettes standards en raison de la nature complexe des systèmes de santé. Comment alors concilier la nécessaire participation de tous et promouvoir les changements d'attitude tout en garantissant le professionnalisme nécessaire dans la mesure où il faut pouvoir faire preuve de capacité de réflexion et d'action indépendante. En effet ce dont il s'agit pour le management de la qualité c'est d'articuler la rationalisation des pratiques –et son risque de dérive bureaucratique- avec la créativité –et son risque de dispersion. L'analyse, l'interprétation et les leçons de nos études de cas permettent de dégager d'une part des pistes pour l'action, d'autre part d'identifier des domaines où la recherche est nécessaire.

Des pistes pour l'action : promouvoir les initiatives innovantes et les encadrer par une guidance scientifique.

Que ce soit dans le cadre des services publics, d'ONG, ou de projets, il existe presque toujours des acteurs qui expriment un profond désir de changement. Il faut pouvoir saisir les opportunités qui se présentent et ouvrir des espaces pour le développement d'approches créatives et innovantes, sans attendre que les systèmes de santé soit transformés. Pour éviter la dispersion et les dérives, il faut appuyer ces initiatives. Cet appui relève moins d'un transfert de connaissance (formations, boîte à outils) que d'un appui à long terme, que nous appelons 'guidance scientifique' et qui devrait se donner trois fonctions. Premièrement une fonction de personne-ressource: Il s'agit d'apporter sur le terrain le bon outil à la bonne personne au bon moment pour la bonne raison et de suggérer des modèles qui permettent de raisonner de façon systémique. Deuxièmement une fonction de facilitation, directement au contact des équipes sur le terrain, dans leur contexte même d'intervention, pour leur apporter un appui régulier. Troisièmement, une fonction essentielle de capitalisation des expériences qui consiste d'une part à mettre en réseau les acteurs pour qu'ils apprennent les uns des autres et d'autre part à documenter systématiquement les dynamiques pour les garder en mémoire, les mettre en relation, les mettre en perspective, les interpréter, dégager de cette collection d'histoires particulières des leçons utiles pour le système dans son ensemble, donner du 'sens' à la prise de décision et aller ainsi vers 'l'organisation apprenante'.

Des pistes de recherche : Mieux comprendre pour mieux gérer.

Deux domaines méritent d'aller plus loin dans nos connaissances et justifient à nos yeux des travaux de recherche. D'une part il faut mieux comprendre comment on peut articuler la standardisation des pratiques cliniques nécessaire pour garantir des pratiques conformes aux données les plus à jour de la médecine, avec la flexibilité requise pour répondre aux attentes individuelles, en particulier dans le domaine psychosocial. Le domaine de la médecine de famille offre les réponses à ces questions dans les pays industrialisés (Levenstein et al. 1986). Les conditions de leur application dans le contexte Africain sont très largement méconnues à ce jour. Même si des expériences se multiplient, leur documentation systématique reste à faire (Blaise, Kegels, & Criel 2002),(Blaise 2001). C'est là un premier thème de recherche.

Ensuite, nous avons montré d'une part que les systèmes de santé sont complexes et dynamiques, et d'autre part que le management de la qualité est également complexe et montre ses limites à trop le simplifier et le standardiser pour mieux le vulgariser. Cela justifie à nos yeux l'abandon de la quête universaliste d'un modèle idéal et généralisable d'assurance qualité au profit d'une démarche 'contextualiste' telle qu'elle est suggérée par Pichault et Nizet (Pichault & Nizet 2000) pour la gestion des ressources humaines. Une démarche contextualiste reconnaît que les pratiques du management de la qualité varient dans leurs modalités d'application, dans leurs résultats sur la qualité, et dans leurs effets sur les systèmes de santé en fonction du contexte dans lesquelles elles opèrent. Il n'y a donc pas une façon unique de promouvoir le management par qualité. Il n'y a pas non plus un type de management de la qualité qui correspondrait à un type de système de santé. Il y a plutôt une constellation d'outils et d'approches qui produiront des effets de natures très variables, susceptibles de conduire à des redistributions de pouvoir et à des changements structurels que l'on ne peut pas prédire de façon mathématique. Pour pouvoir encore faire du management dans une telle complexité, deux aspects nous paraissent importants. D'abord, il faut apprendre à modéliser pour pouvoir appréhender les dynamiques complexes et ainsi permettre de réduire l'incertitude et de prendre des décisions. La construction de modèles relève d'une approche empirique qui pourrait être systématisée par de la recherche-action. Il y a ensuite la question de l'interaction entre les systèmes de management de la qualité et la culture organisationnelle résultante de sa configuration et des jeux de pouvoirs qui la traverse. Nous avons vu que le management de la qualité est par essence une démarche de changement dans les pratiques et l'organisation d'un système de santé. Il est donc important de comprendre comment ces changements peuvent s'opérer et dans quelle mesure ils sont de nature à modifier la configuration et la culture d'un système de santé. De cette meilleure compréhension il sera possible de distinguer l'universel du particulier et d'en tirer non pas des recettes à multiplier mais une capacité à réfléchir dans des systèmes toujours complexes et des contextes toujours différents. Mieux comprendre ces interactions pour pouvoir mieux les gérer et être mieux capable de piloter le management de la qualité dans des contextes variables et constamment changeants, cela constitue également un thème de recherche qui reste à explorer

Références

Armstrong, M. & Baron, A., 1998. Critique of performance management, *Performance Management*, London, Institute of Personnel and Development. pp. 85-100.

Blaise, P., 1997. *Evaluation du projet ONG/PVD/93/116/F "Appui à un programme de soins de santé mené à Gaoual, République de Guinée" d'Entraide Médicale Internationale. Rapport de mission version finale* Bruxelles: COTA asbl.

Blaise, P., 2001. Remettre la relation au coeur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins, In: Y. Diallo et al., eds., *Réseau Anthropologie de la santé. Bulletin N°2 Les professionnels de santé.*, Marseille, Unité de Recherche Socio-anthropologie de la santé, SHADYC (EHES-CNRS), Institut de Recherche pour le Développement. pp. 175-183.

Blaise, P. & Kegels, G., 2001. Mintzberg, organisation's configuration and quality management in health care, *Quality in "professional organisations" - Higher Education and Health Care. Proceedings. Fourth "Toulon-Verona" Conference Polytechnic Faculty of Mons Belgium 30 and 31 Aug.2001*, Mons, pp. 25-41.

Blaise, P., Kegels, G., & Criel, B., 2002. Child-centred care in African Health Care Systems. Why is there so little of it? And what can be done?, *Proceeding of the International colloquium 'Promoting growth and development of under-fives' Antwerpen, 28-29-30 November 2001.*, Antwerpen, Belgium.

Chimbadzwa, T. & Daveloose, P., 2000. *District Health Systems Management Project (DHSM). Tsholotsho district (Matabeleland North Province), Murewa district (Mashonaland East Province), Zimbabwe. Evaluation Report, January 2000* Bruxelles: Ministry of Child Welfare, Zimbabwe, Medicus Mundi Belgium.

Criel, B., 1999. The district health services management project in Tsholotsho: objectives and methods, *The District Health Services Management Project. Tsholotsho District, Matabeleland North Province, Zimbabwe. Report of a seminar held in Esigodini. 8 May 1998.*, Brussels, Medicus Mundi Belgium.

Criel, B. & et al. 1995, *Report of a seminar held at Blair Research Institute, Harare, Zimbabwe. District Health Services Management (DHSM) project*, DHSM, Harare, Zimbabwe, Report of a Seminar.

De Brouwere, V. & Van Lerberghe, W., 1998. *Les besoins obstétricaux non couverts* Paris,Canada: L'Harmattan.

DHSM team, 1999. *The District Health Services Management Project. Tsholotsho District, Matabeleland North Province, Zimbabwe. Report of a seminar held in Esigodini. 8 May 1998.* Brussels: Medicus Mundi Belgium.

- Dugas, S., 2000. *Appui à la généralisation de l'approche qualité dans le secteur sanitaire du Niger. Rapport de mission d'orientation. 10-24 Avril 2000.* Niamey, Niger: République du Niger, Ministère de la santé.
- Dugas, S. & De Brouwere, V. 2001, *Appui à la généralisation de l'approche qualité dans le secteur sanitaire du Niger. Rapport de mission. Séminaire de synthèse du PAGENAQ. Mission du 12 au 25 juin 2001.* Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers., CREDES, Paris.
- Equipe du Projet Kasongo, 1982. Stratégies de diagnostic-traitement à la consultation curative primaire, *In: A. Meheus et al., eds., Santé et maladies au Rwanda*, Bruxelles, Administration Générale de la Coopération au Développement (AGCD). pp. 217-237.
- Grodos, D. & Mercenier, P., 2000. *La recherche sur les systèmes de santé: mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir. Studies in Health Services Organisation & Policy. N°14* Antwerpen: ITG Press.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J., 2002. Principaux résultats, *In: Y. Jaffré & J. Olivier de Sardan, eds., Les dysfonctionnement des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès au soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest*, Projet "Santé Urbaine" (UNICEF-Coopération française). pp. 11-60.
- Knippenberg, R., Alihonou, E., Soucat, A., Oyegbite, K., Calivis, M., Hopwood, I., Niimi, R., Diallo, M. P., Conde, M., & Ofosu-Amaah, S., 1997. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int.J.Health Plann.Manage.*, 12 Suppl 1 p. S29-S47.
- Kolb, F., 2002. Bilan général des démarches qualité, *La Qualité - Essai sur l'évolution des pratiques de management*, Paris, Vuibert. pp. 177-195.
- Legros, S., Tawfik, Y., Crespin, X., Djingarey, M., Goodrich, E., & Abdalah, H. 2000, *The Niger QAP/BASICS Project: Final evaluation. Evaluation report 1*, Quality Assurance Project (QAP), Bethesda, USA.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A., & Brown, J. B., 1986. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*, 3 (1), pp. 24-30.
- Levy-Bruhl, D., Soucat, A., Ossen, R., Ndiaye, J. M., Dieng, B., de Bethune, X., Diallo, A. T., Conde, M., Cisse, M., Moussa, Y., Drame, K., & Knippenberg, R., 1997. The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care. *Int.J.Health Plann.Manage.*, 12 Suppl 1 p. S49-S79.
- Mintzberg, H., 1979. *The structuring of organizations, a synthesis of the research* New Jersey: Prentice-Hall International Inc.
- Mintzberg, H., 1986. *Structure et dynamique des organisations* Paris: Éditions d'Organisation.
- Nitayarumphong, S. & Mercenier, P., 1994. Ayutthaya research project: Thailand experiences on health systems research, *In: J. Cook & A. Tursz, eds., Life sciences and technologies for developing countries; methodology and relevance of health systems research; research reports; contract holders meeting, 8, 9 and 12 April 1992, Paris*, Paris, Centre International de l'Enfance (CIE). pp. 55-78.
- Pichault, F. & Nizet, J., 2000. Une analyse contextualiste des pratiques de GRH, *In: Y. Winkin, ed., Les pratiques de gestion des ressources humaines. Approches contingente et politique*, Paris, Editions du Seuil. pp. 19-40.
- Van Dormael, M., 1998. De l'utilité d'un modèle de référence pour guider la recherche en systèmes de santé: illustration à partir du modèle de référence du système de santé intégré, *In: W. Van Lerberghe & X. de Béthune, eds., Intégration et Recherche. Studies in Health services and Policy N°8*, Antwerp, ITGPress. pp. 175-187.