Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé

Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique

Pierre BLAISE

Promoteur de thèse : Prof. Bruno DUJARDIN
Ecole de Santé Publique Université Libre de Bruxelles

Co-Promoteur de thèse : Prof. Guy KEGELS
Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold -Anvers

Thèse présentée en vue de l'obtention du titre
de Docteur en Sciences de la Santé Publique

Décembre 2004

Université Libre de Bruxelles
Faculté de Médecine
Ecole de Santé Publique

Let us dedicate ourselves to what
the Greeks wrote so many years ago:
o tame the savageness of man and
make gentle the life of this world.
Martin Luther King

A Sylvie ,

A Adrien et Mathieu

A mes parents

Remerciements

Merci à Guy Kegels, pour m'avoir accompagné au quotidien tout au long de cette thèse avec une disponibilité exceptionnelle, des encouragements précieux et un encadrement scientifique de grande qualité. Nos longues heures de discussions et d'échanges furent pour moi un réel plaisir et une opportunité quotidienne d'apprentissage réflexif.

Merci à Bruno Dujardin pour son soutien sans faille, ses encouragements et sa guidance efficace tout au long de ce processus qui mène au doctorat.

Merci à Pierre Lefèvre, Sylvie Dugas, Bruno Marchal, Vincent De Brouwere, Jean Van Der Vennet, Bruno Meessen, Jean Macq, Tom Hoeree Bart Criel, Monique Van Dormael et Nicole Boffin, pour leur inputs inestimables, souvent encourageants, parfois critiques, toujours constructifs. Merci à Pierre Lefèvre Bruno Marchal, Dominique Dubourg, Werner Soors, Nicole Boffin, Vincent De Brouwere et Sylvie Dugas pour leur relecture attentive des versions successives de ce travail. Merci à Christine Wynants, pour avoir m'aidé à organiser ma base de donnée bibliographique. Merci à Isa Bogaert, Rita Verlinden Vanessa De Kok et Greet Verhulst pour leurs encouragements. Merci à l'équipe de la bibliothèque de l'IMT et en particulier Sarah Buys et Noor Goemaere avoir alimenté en articles mon insatiable soif de lectures. Merci à l'équipe du service informatique de l'IMT pour leur support technique.

Merci à Guy Kegels et Vincent De Brouwere d'avoir accepté conjointement de m'accueillir comme assistant dans leur unité. Merci à l'Institut de Médecine Tropicale et à son directeur Bruno Gryseels pour m'avoir accueilli à l'IMT et donné l'opportunité de faire ces travaux de recherche et de contribuer à l'enseignement . Merci à Xavier de Béthune pour m'avoir un jour suggéré d'entrer en contact avec le département de santé publique de l'IMT. Merci aux professeurs Mercenier et Van Balen. Mon travail s'inscrit avec fierté dans la continuité de la voie qu'ils ont ouverte il y a plus de quarante ans. Leur enseignement reste pour moi une référence inestimable et représente une étape décisive de ma vie professionnelle.

Merci à toute l'équipe du district de Tsholotsho au Zimbabwe, Amara Anozié, Sr Gandari, Sr Nkomo, Mrs Manyemwe, Heather Moore et toute l'équipe d'infirmier(es) et de techniciens. Merci à Bart Criel et Guy Kegels pour leurs supervisions au Zimbabwe oh combien stimulantes. Merci à Ali Alaoui Belghriti et à Amina Sahel, de m'avoir accueilli au ministère de la santé du Maroc dans une ambiance de travail remarquablement constructive illustrant les exceptions à la rigidité bureaucratique évoquées dans cette thèse. Merci à Abdelwahab Zayyoun de m'avoir accueilli à l'INAS et fait partager son travail et sa connaissance du terrain. Merci à Rachida Afilal, et à Abdelaziz Wahid pour m'avoir accompagné sur le terrain et fait découvrir leur pays. Merci à Jannie Hugo, Sam Fehrsen et Otto Chabikuli d'Afrique du sud pour m'avoir fait découvrir comment conceptualiser et enseigner la relation médecin-malade: l'essence et le cœur de notre métier et de nos services de santé.

Merci à Joseph Kaumbu Mutshipule du Congo pour avoir guidé mes premiers pas en Afrique il y a près de 25 ans et pour m'avoir appris bien avant que je n'y soit confronté ce que signifiait le développement sur le terrain. Merci à tous les amis rencontrés au fil des missions sur le continent Africain, de Guinée, du Tchad, du Mali, du Cameroun, du Mozambique, du Maroc, de Tunisie, du Zimbabwe et d'Afrique du sud. Leur liste serait trop longue mais ils ne sont pas oubliés.

Merci à ma famille, à mes parents qui m'ont toujours soutenu dans mes études puis dans mes choix professionnels: mon père qui m'a donné le goût de la recherche et des grands espaces, ma mère qui nous a quitté trop tôt, dont le professionnalisme au sens décrit dans cette thèse fut et reste un modèle. Merci aux parents de Sylvie pour leur présence, en particulier dans les jours difficiles de fin de thèse.

Et bien évidemment, last but absolument not least, merci à Sylvie, à Adrien et à Mathieu pour m'avoir toujours soutenu et compris malgré mes longues absences sur le terrain et mon esprit lointain ces derniers mois.

TABLE DES MATIERES

Avant propos **11**

Résumé **15**

Introduction **19**
Le management de la qualité, incontournable aujourd'hui dans les systèmes de santé **21**
Les projets 'qualité' en Afrique : l'enthousiasme initial ne suffit pas à transformer la culture du système de santé **21**
Le résultat attendu de la démarche qualité: la qualité au cœur d'une organisation transformée **23**
Mieux comprendre l'interaction entre le management de la qualité et le système de santé. Objectif de recherche et plan de la thèse **23**

Chapitre 1 Préambule Quality in health care : a social construct **27**
Introduction **29**
Quality in health care **29**
Defining health care quality: several perspectives 29
Analysing health care quality: components 30
Putting them back together: frameworks for quality of care evaluation 30
Quality measurement: what's all the fuss ? **31**
Quality management in health care: a concept transferred from industry 32
Quality is not a 'thing': the semantic confusion 32
Measuring quality: the stakes of power control 33
Quality in health care: a socially constructed concept **33**
The fields of social tension in quality management: not just a study theme for sociologists but an integral part of quality management. **34**

Chapitre 2 L'évaluation réaliste : une méthodologie appropriée pour étudier l'introduction du management de la qualité dans les systèmes de santé **35**
Introduction **37**
Du paradigme de la recherche expérimentale au paradigme de la complexité: la nature de l'objet d'étude guide le choix de la méthode **38**
Relation linéaire de cause à effet: le paradigme de la recherche expérimentale 38
Des interactions multiples et instables échappant au contrôle du chercheur: le paradigme de la complexité 39
Quelle méthode pour l'étude des systèmes complexes ? **40**
Les limites de la méthode expérimentale pour l'étude des systèmes complexes 40
L'étude des interactions dans des systèmes complexes: 'grounded theory' et recherche sur les systèmes de santé 41
L'évaluation des interventions dans les systèmes complexes: l'apport des theory based evaluations 43
L'évaluation réaliste: une avancée méthodologique significative pour aller au-delà d'un contexte particulier 44
L'évaluation réaliste: comment ça marche ? 45
Notre objet d'étude: Les conséquences d'une intervention (la démarche qualité) dans un système complexe (le système de santé) **46**
Le système de santé: un système complexe 46
Le management de la qualité: un révélateur de la complexité du système 49
Notre proposition: l'évaluation réaliste de l'introduction du management de la qualité dans les services de santé **50**
Préciser les limites du contexte 50
Préciser les contours de la CMO que nous étudions 51
Conduire une évaluation réaliste dans des contextes variés 51

Chapitre 3 A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems : a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models 53
Abstract 55
Introduction 55
Method: a conceptual framework to compare European and African health care systems 56
Purpose: understanding interactions in complex health systems. 56
Epistemological paradigm: a realistic approach of evaluation of quality management in health systems 57
Sources of information 57
Analytical tool: Mintzberg's typology, a model to simplify complex interactions in organisations. 58
African and European health care systems have different organisational features 60
Most European health care systems correspond to a "professional" type of organisation. 60
Most African health care systems correspond to a "machine" type organisation 62
In Europe, the quality management movement increasingly standardises procedures. In Africa, excessive standardisation is part of the quality problem 66
In Europe, the quality management movement emphasises the standardisation of procedures, which is characteristic of a "machine" type of organisation 66
In most African health systems, the extreme standardisation of procedures hampers patient-centred care, an important characteristic of quality of care. 68
Undifferentiated application of quality management techniques is not a magic bullet 69
Standardisation and responsiveness: searching for a balance 69
Changing organisational culture and structure, a relevant task for the quality movement ? 70
Shifting to a professional model of health care as a blue print is not an option 70
Instilling elements of the professional model: is it feasible ? 71
Does oversimplified modelling betray the rich and complex reality of the quality movement ? .. 71
Conclusion 71
Acknowledgement 72

Chapitre 4 Management de la qualité et systèmes de santé : études de cas en Afrique sub-Saharienne 73
Résumé 75
Introduction 75
Objectif et Méthodologie 75
Les résultats des études de cas: Niger, Zimbabwe, Guinée 76
Le projet d'assurance qualité au Niger : une 'boîte à outils' utilisable par tous, des cercles de qualité à tous les niveaux 76
Le projet de renforcement du management des services de santé au Zimbabwe 78
Le programme PEV-SSP en Guinée 79
Analyse transversale des études de cas : les raisons d'un succès mitigé 80
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 81
L'absence de vision systémique conduit à des tâches aveugles tant les systèmes de santé sont complexes et dynamiques 81
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 83
La généralisation sans précaution de pratiques mises au point dans un contexte de projet pilote comporte un potentiel de perversion important 84
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 84
Conclusion et pistes de réflexion 86
Articuler standards de bonne pratique et réponse flexible aux attentes: le potentiel de la méthode clinique centrée sur le patient 86
Articuler conformité aux normes et prise d'initiatives innovantes : le potentiel de la guidance scientifique pour aller vers l'organisation apprenante 87
Mieux comprendre les interactions entre démarche qualité et culture organisationnelle 87

Chapitre 5 Bureaucratie et changement : le rôle de la Guidance Scientifique dans les services de santé de province au Maroc 89
Abstract 91
Introduction 92
Contexte 93
L'origine du projet de guidance scientifique 93
La mise en oeuvre de la guidance scientifique 93
Méthode 94
Les questions de recherche 94
Collecte d'information 95
Analyse des données 97
Résultats 97
Analyse des résultats 98
Synthèse des résultats 102
Conclusion 108

Chapitre 6 Managing change in bureaucratic health care organisations. A case study of a quality improvement project in Zimbabwe 113
Abstract 115
Introduction 115
Method 116
Context 117
The district health system in Zimbabwe 117
The District Health System Management (DHSM) project: managing change to improve quality 117
Results 119
Our analytical framework: bureaucratic and professional organisational models 119
Hierarchical, written rule-based and operating along externally produced guidelines, the district health system in Zimbabwe corresponds to a bureaucratic type of organisation 121
Coping mechanisms permit to overcome bureaucratic resistance to change 122
Conclusion 125

Chapitre 7 Ten years of quality projects and their effect on the organisational culture of the Moroccan health care system 127
Abstract 129
Introduction 129
Background and objectives of the research 129
Background of the quality movement in Morocco 129
Background of the research 130
Method 131
Materials and methods 131
Results 132
Quality is mainly perceived as compliance to programme expectations 132
Implementing quality improvement meets organizational constraints 134
The discovery of team work: a positive experience 135
Genuine ownership of the quality approach remains doubtful 136
The managerial perspective of quality is dominant. However, a professional perspective also emerges 138
Synthesis of the results 139
Discussion 139
Validity of the results 139
Interpretation of the results 140

Chapitre 8 Le management de la qualité dans les systèmes de santé en Afrique. Synthèse réaliste de cinq études de cas 145
Introduction 147
Rappel méthodologique 147
L'évaluation réaliste, une méthode adapté à l'étude des systèmes complexes 147

Les limites du contexte....148
Les contours du complexe Contexte - Mécanisme - Effet (CMO) que nous avons étudié....148
Synthèse des résultats....148
Management de la qualité et culture organisationnelle, comparaison Europe Afrique: la construction d'une théorie initiale....149
Etudes de cas en Afrique subsaharienne : la confrontation de la théorie initiale avec un premier jeu de contextes....150
Evaluation du projet Palinas au Maroc: la guidance scientifique légitime l'innovation....154
Le projet DHSM au Zimbabwe: Les responsables du district développent des stratégies de contournement....156
Dix ans de projets qualité au Maroc: La culture qualité appréciée mais pas de changement de culture organisationnelle....159

Chapitre 9 Discussion Management de la qualité, culture organisationnelle et réforme des systèmes de santé 163
Introduction....165
Limites des résultats, limites et potentiel de l'approche réaliste 165
Conséquences de nos résultats....168
La culture organisationnelle n'est pas une variable manipulable par une intervention managériale qui cependant l'influence....169
La logique de 'projet pilote' est mise en question....170
Les acteurs nous proposent des alternatives....171
La réforme du secteur santé: une stratégie pour sortir de la bureaucratie ?....172
Entre marché et bureaucratie faut il choisir ?....174
Faut-il continuer à promouvoir des interventions ?....175
Faut-il et comment reconfigurer l'organisation ?....176
Professionnalisme, réseaux informels: la dimension sociale complémentaire aux dimensions bureaucratique et économique, le contrôle par les valeurs internalisées complémentaire au contrôle par la règle et par la compétition....178
(Re)construire la confiance dans les services de santé....182
Conclusion....183

Références.... 185

Avant propos

Avant Propos

Cette thèse est le fruit d'un travail de recherche dans plusieurs pays et plusieurs projets. Au fil des pages, le lecteur comprendra que la recherche est construite à partir de travaux divers réalisés dans des cadres différents qui vont de l'évaluation formelle d'un projet pour une organisation internationale à l'expérience personnelle, en passant par des études nées des opportunités surgies lors de visites sur le terrain. Ce qui relie tous ces travaux, c'est leur orientation commune autour de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Notre but est de donner du sens à ces recherches et d'en faire la synthèse, une synthèse 'réaliste'. Le lecteur comprendra au fil du texte ce que ce terme signifie pour nous.

Le lecteur nous pardonnera de nous adresser à lui dans la langue dans laquelle les travaux ont été synthétisés ou diffusés. *Les* langues devrions-nous plutôt dire. Divers par leur situation géographique, les terrains visités le sont aussi par leur langue. Diverse également l'audience à laquelle s'adressent les textes rassemblés dans les chapitres de cette thèse. Les travaux présentés ont généralement été conçus dans la langue du pays où les recherches se sont déroulées. En revanche la langue dans laquelle ils ont été rapportés à leur commanditaire formel ou présentés dans des forums scientifiques a parfois été différente. Ainsi les chapitres des études de cas et le préambule alternent entre le français et l'anglais. En revanche, les chapitres introduction, méthode, synthèse et discussion, conçus plus spécifiquement pour cette thèse et assurant la cohérence d'ensemble sont tous en français. Enfin, lorsque des termes anglais n'ont pas d'équivalent aussi précis en français qu'en anglais et que leur usage est courant dans le monde de la santé publique internationale, le lecteur francophone nous pardonnera de conserver le *terme anglais*, signalé par des caractères italiques. Une explicitation du terme est proposée lors de sa première apparition.

Chaque chapitre a été rédigé dans la perspective d'une publication scientifique. Certains sont publiés ou en passe de l'être, les autres le seront ultérieurement après avoir été mis au format de la revue ciblée. Par conséquent chaque chapitre est conçu pour pouvoir être lu de façon indépendante. Cela amène à des répétitions en particulier lorsqu'il s'agit des paragraphes d'introduction, de justification de la méthode ou de présentation du contexte. Plusieurs études de cas distinctes se sont en effet déroulées dans le même pays ou le même projet. En outre, les articles / chapitres rapportant les études de cas ne mentionnent pas tous qu'ils font partie d'une recherche d'ensemble: ils ne mentionnent pas systématiquement la méthode de l'évaluation réaliste et ne font pas référence à la construction progressive d'une théorie. Le lecteur retrouvera la cohérence d'ensemble de la recherche dans le chapitre de synthèse, rédigé à cet effet, qui reprend les résultats principaux de chaque étude de cas et les met dans la perspective de l'évaluation réaliste et de sa construction progressive de théories.

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la santé publique. Or la santé publique est une discipline très vaste qui a ses propres domaines spécialisés comme l'épidémiologie et qui fait aussi appel à de multiples autres disciplines: statistiques, démographie, économie, sociologie, histoire, pour n'en nommer que quelques-unes. Notre background d'origine est celui d'un médecin qui a travaillé dans les services de santé africains, et notre travail s'inscrit volontairement dans une perspective *généraliste* de la santé publique ; par conséquent, il se veut *transdisciplinaire*, et c'est ce qui fait sa richesse potentielle. Nous faisons plus particulièrement appel aux sciences du management et à la sociologie des organisations. Nous mettons également nos travaux en perspective à l'aide de concepts et modèles politiques et économiques. Nous invitons le lecteur spécialiste d'une discipline particulière à considérer notre travail dans cette perspective du généraliste de la santé publique, qui tente une synthèse qui ne trahisse pas les différents langages scientifiques développés.

Résumé

Résumé

Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique.

Introduction

Depuis une quinzaine d'années en Afrique, cercles de qualité, audits cliniques, cycles de résolution de problèmes et autres 'projets qualité' ont été mis en oeuvre dans les services publics de santé pour améliorer la qualité des soins. Ces projets ont souvent mis l'accent sur des approches participatives, la résolution locale de problèmes et le changement, bousculant les pratiques managériales traditionnelles. A court terme, les évaluations montrent l'amélioration des résultats de programmes ou d'activités. Mais la pérennité de la dynamique reste largement à prouver. Le véritable aboutissement d'un programme d'assurance qualité devrait être apprécié à l'aune de sa capacité à mettre la préoccupation pour la qualité au cœur du management et du fonctionnement du système, et ce de façon continue. C'est en effet la vision moderne de l'assurance qualité déclinée dans les approches du management de la qualité totale, de l'amélioration continue de la qualité ou de l'organisation apprenante.

Méthode

La définition, la mesure et le management de la qualité en santé se révèlent être beaucoup plus qu'une simple procédure technique: c'est un processus social dans un système complexe dont l'étude requiert une approche méthodologique appropriée (Chapitre 1). Notre objectif est d'explorer dans quelle mesure les projets qualité ont permis aux systèmes de santé d'adopter les principes du management de la qualité.

Nous proposons de conduire une 'évaluation réaliste' de projets qualité en Afrique (Chapitre 2). Conceptualisée par Pawson et Tilley (1997) dans le domaine des sciences sociales, l'évaluation réaliste ('realistic evaluation') est une approche méthodologique de la famille des theory based evaluations. Au-delà du constat d'un effet produit par une intervention, l'évaluation réaliste cherche à comprendre ce qui marche, pour qui, dans quelles circonstances et comment. Alors que les résultats issus de la 'grounded theory', de la recherche action et d'autres méthodes de recherche sur les systèmes de santé restent très liés à un contexte, l'évaluation réaliste génère des théories intermédiaires ('middle range theories') qui permettent d'étendre la validité des interprétations au-delà d'un contexte particulier. Construite autour d'études de cas menées dans des contextes multiples et variés, l'évaluation réaliste met en effet l'accent sur l'interaction entre le contexte et la logique d'une intervention.

Résultats

Afin de construire une théorie initiale, nous comparons les systèmes de santé Européens et Africains à l'aide des configurations organisationnelles de Mintzberg (chapitre 3). Nous mettons ainsi en évidence le rôle joué par la nature bureaucratique ou professionnelle de la configuration des organisations de santé dans les résistances à l'introduction des principes du management de la qualité.

Nous menons ensuite une série d'études de cas au Niger, en Guinée, au Maroc et au Zimbabwe pour étudier cette interaction. Dans une première série comparative de trois études de cas (Chapitre 4), nous mettons en évidence la tension qui existe entre la logique de commande et de contrôle des organisations bureaucratiques et la logique de l'assurance qualité valorisant la prise d'initiative de changement par des équipes non hiérarchisées. Nous explorons ensuite cette tension dans trois études de cas distinctes au Zimbabwe et au Maroc. Laissées à la merci des contraintes bureaucratiques, les initiatives locales pour améliorer la qualité apparaissent dépendantes de la capacité des acteurs à développer des stratégies de contournement

(Chapitre 6). Faute de quoi elles doivent réduire fortement leurs ambitions à moins qu'elles ne bénéficient d'un soutien émanant d'une institution située hors de la ligne hiérarchique mais reconnue légitime (Chapitre 5). Les systèmes publics de santé de ces pays, conçus comme des organisations bureaucratiques structurées autour de relations hiérarchiques de commande et de contrôle tolèrent une démarche qualité, valorisant l'innovation, la créativité, la prise d'initiative locale et le travail en équipes non hiérarchisées, à la condition qu'elle se déroule à l'abri d'un projet. Force est de constater que ces dimensions clé de la culture qualité n'ont pas fondamentalement ni durablement imprégné des pratiques de management restées bureaucratiques. L'émergence d'une véritable 'culture qualité', un produit attendu de l'introduction de projets qualité, ne semble pas s'être produite au niveau organisationnel (Chapitre 7).

Nous procédons ensuite à la synthèse 'réaliste' de l'ensemble de nos études de cas (Chapitre 8). Nous en tirons les leçons sous la forme d'un enrichissement progressif de notre théorie initiale. Nous pouvons alors formuler une théorie améliorée, toujours intermédiaire et provisoire, dérivée de nos théories intermédiaires successives.

Discussion

Notre discussion s'organise autour de deux thèmes (chapitre 9).

Dans une première partie, nous discutons le potentiel et les limites de nos résultats et de l'approche réaliste de l'évaluation. Nous montrons que nos résultats sont des théories provisoires et incomplètes, deux caractéristiques d'une *middle range theory*. En dépit de ces limites, l'approche réaliste est potentiellement très riche pour interpréter les effets d'interventions dans des systèmes complexes. Elle se situe dans une perspective d'aide à la décision pour orienter l'action sur le terrain plutôt que dans une perspective de genèse de lois universelles. Elle représente une avancée méthodologique particulièrement pertinente pour la recherche sur les systèmes de santé dans un monde turbulent où de multiples initiatives se télescopent.

Dans une deuxième partie, nous discutons les conséquences de nos résultats pour le futur de l'assurance qualité dans les systèmes de santé. Les projets qualité étudiés ne parviennent pas à changer une culture organisationnelle bureaucratique qui compromet pourtant leur pérennisation. Nous envisageons alors les stratégies susceptibles de permettre à la culture qualité de s'épanouir et au contexte organisationnel d'évoluer en conséquence. Décentralisation et nouveau management public, en vogue hier et aujourd'hui, montrent leurs limites. Il faut probablement trouver un équilibre entre trois idéaux-types décrits par Freidson: l'idéal-type bureaucratique, malmené par les stratégies de débrouille locale, l'idéal-type du marché, valorisant l'initiative, et l'idéal-type professionnel, émergent mais encore embryonnaire en Afrique. Finalement, à côté des mécanismes du contrôle et de la compétition, un troisième mécanisme régulateur devrait prendre toute sa place: la confiance.

Introduction

Introduction

Dès l'antiquité, Hippocrate enracinait la notion de qualité dans l'acte de soigner. Cependant, longtemps restée implicite, la qualité des soins doit aujourd'hui 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.

Le management de la qualité, incontournable aujourd'hui dans les systèmes de santé

Dans les pays industrialisés, à partir de la fin des années 80 et durant la dernière décennie du 20ième siècle, le développement des mécanismes d'assurance qualité est venu répondre à la montée des exigences du public et de ses représentants pour plus de transparence, de responsabilisation et d'efficience de la part des acteurs de la santé (Arce 1998). Désormais ce phénomène concerne également les pays émergents (Huang *et al.* 2000). Tout laisse à penser que ce mouvement va perdurer et s'amplifier dans les années à venir.

Le mouvement de "*Management pour la Qualité*"[1], très prégnant dans les systèmes de santé occidentaux, concerne aussi l'Afrique (De Geyndt 1995). Malgré une remarquable extension de la couverture sanitaire au cours des 20 dernières années sous l'impulsion de l'Initiative de Bamako (Levy-Bruhl *et al.* 1997), des doutes ont été exprimés quant à la capacité des services de santé à répondre à la demande des populations (Van Lerberghe *et al.* 1993) Les dysfonctionnements de grande ampleur révélés par des études socio-anthropologiques récentes (Gilson *et al.* 1994; Haddad *et al.* 1998; Jaffré & Olivier de Sardan 2003; Jewkes *et al.* 1998) montrent que la qualité des soins et des services doit impérativement faire l'objet d'une attention toute particulière (Reerink & Sauerborn 1996).

Les projets 'qualité' en Afrique : l'enthousiasme initial ne suffit pas à transformer la culture du système de santé

Depuis le milieu des années 90, 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 projets de "Management pour la Qualité" (Massoud *et al.* 2001). Ces projets s'inscrivent dans la continuité d'initiatives de "*Renforcement des Systèmes de Santé*" (Health Systems Strengthening) (W.H.O. 1987a) et de "*Recherche sur les Systèmes de Santé*" (Health Systems Research) (Varkevisser *et al.* 2001), qui ont dominé la décennie 1985-1995 sous l'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé. Souvent inspirés de l'expérience des pays industrialisés, ces projets pilotes sont articulés autour des deux grandes dimensions de la qualité, d'une part l'objectivation d'un déficit de qualité grâce à la mesure des écarts par rapport à des standards préalablement définis, et d'autre part la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration reposant sur le travail en équipe et les cycles de résolution de problèmes (Franco *et al.* 1997).

[1] En employant le terme général de "*Management pour la Qualité*" ou de '*démarche 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".

En Afrique, tout comme en Europe d'ailleurs[2] [3], les résultats de ces projets de *Management pour la Qualité* sont décevants au regard de l'enthousiasme initial qu'ils suscitent le plus souvent (Bouchet *et al.* 2002a; Dugas & De Brouwere 2001). Les projets qui mettent l'accent sur la mesure de la qualité ont tendance à s'enliser dans une collecte très large de données multiples dont l'interprétation et l'utilisation posent problème. Ils ont alors du mal à enclencher l'étape suivante d'amélioration proprement dite. D'autres projets enfin se concentrent sur la mise en place de structures de gestion de la qualité et sur la formation des acteurs. Ils peinent à passer au stade d'amélioration de qualité proprement dite, comme si l'existence d'une structure de gestion de qualité ou le résultat de la mesure de performance étaient considérés comme le produit du *Management pour la Qualité* et non un moyen pour améliorer la qualité. Lorsque les cycles de résolution de problèmes atteignent leur objectif, ils ont du mal à s'inscrire durablement dans un processus continu, intégré au fonctionnement de routine des services. Leurs acteurs expriment leur foi en la méthode mais s'avouent incapables de l'inscrire dans une pratique permanente. Enfin les tentatives de généralisation des projets d'assurance qualité à l'ensemble du système de santé n'ont pas jusqu'à présent été couronnées de succès.

Pourquoi des systèmes d'amélioration de la qualité testés et bien pensés se pervertissent ? Pourquoi des systèmes de soins de santé -et lesquelles- adoptent ou rejettent des interventions -et lesquelles ? Pourquoi certaines approches d'amélioration de la 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 ? Telles sont les questions qui se posent lorsque l'on veut tirer les leçons des expériences de terrain.

Si l'étude de ces questions abonde dans la littérature du *Management pour la Qualité*, dans l'immense majorité des cas leur analyse concerne les pays industrialisés. La capacité de ces approches à améliorer effectivement et durablement la qualité dans les contextes organisationnels spécifiques que l'on rencontre dans les pays en développement et en particulier en Afrique reste jusqu'à présent très peu documentée. La logique des projets pilotes qui a été suivie le plus souvent est de tester localement une intervention en vue de la diffuser puis de la généraliser si elle s'avère pertinente.

L'appréciation du potentiel de la démarche qualité pour l'amélioration du système de santé est donc essentielle pour les décideurs. La première question qui vient à l'esprit concerne l'appréciation du degré de réussite des projets pilotes. Autrement dit: *Est-ce que ça marche ?* La réponse à cette question est relativement aisée lorsque l'intervention a été menée comme un projet qui explicite ses objectifs et ses activités dans le temps et dans l'espace. La réponse, donnée par les évaluations des projets est souvent positive à cet égard. La question suivante, beaucoup plus délicate, concerne la diffusion de l'expérience. Que s'est-il passé réellement lorsqu'on a introduit le management de la qualité dans les systèmes de santé en Afrique ? Cela se reproduira-t-il si on reproduit l'intervention ailleurs ou à plus grande échelle ? Autrement dit: *est-ce que cela marche ?* mais aussi : *comment ? pour qui ? et dans quelles circonstances ?*

---

[2] A propos de la question du changement organisationnel Iles et Sutherland (2001) mentionnent dans un document du NHS*: In a review of TQM research, Hackman and Wageman (1995) found that over 80% of published assessments of TQM were descriptions of what happened when the programme was installed in one particular organisation. Less than 15% of the studies of TQM programmes documented actual behavioural changes following TQM adoption. Those that did address work behaviours relied on anecdotal descriptions of particular quality teams and their problem solving processes. Numerous case reports provide some evidence of a positive impact from TQM but they are almost all based on experiences in a single case, mostly written by a member of the focal organisation. In contrast, broad-based, large-scale surveys generally reveal dissatisfaction with the results of TQM (Little 1992; Shortell et al. 1995)*

[3] Tout en appellant à leur montée en puissance, Minvielle reconnaît que le développement des demarches qualité en France est embryonnaire (Minvielle *et al.* 1994). Il appelle à la prudence lorsqu'il s'agit d'articuler des techniques managériales de gestion de qualité dérivées de l'entreprise et l'amélioration de la prise en charge des patients. Etant donné la complexité des systèmes et des processus de soins, le défi est de *gérer la singularité à grande échelle (Minvielle 1996).* Constatant les bons résultas obtenus par les micro-projets d'amélioration de qualité, il reconnaît qu'il serait erroné de croire que les problèmes qui se posent à l'échelle du système de santé sont aussi simples à aborder que les améliorations très spécifiques obtenues à un niveau micro (Minvielle 1997). Nous discutons largement l'évolution du mouvement de la qualité dans notre première étude de cas (chapitre 3) qui compare ce qui se passe en Afrique et en Europe.

Le résultat attendu de la démarche qualité: la qualité au cœur d'une organisation transformée

Pour répondre à ces questions, il faut d'abords préciser ce que l'on peut attendre de l'introduction de la démarche qualité dans un système de santé.[4]. Nous nous plaçons dans le paradigme moderne du management de la qualité qui vise la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son management.

Minvielle *et al.* (1994) résument bien la vision moderne du management de la qualité : qu'elle soit mise en œuvre sous le modèle du management de la qualité totale[5], ou sous le modèle de l'amélioration continue de la qualité[6], '*la qualité est le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent s'organiser*'.

Concernant les pays en développement, l'équipe du Quality Assurance Project (QAP) intervenant dans de nombreux pays en développement exprime le même souci: "*the key question is not so much a technical one—how to 'do' QA activities—but rather, how to establish and maintain QA as an integral, sustainable part of a health system or organization, woven into the fabric of daily activities and routine*" (Askov *et al.* 2000; Silimperi *et al.* 2002).

Autrement dit la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de celle-ci et de son management est l'un des principaux résultats attendus d'un programme d'amélioration de qualité[7].

Mieux comprendre l'interaction entre le management de la qualité et le système de santé. Objectif de recherche et plan de la thèse

C'est donc autour de l'interaction entre la démarche qualité et le système de santé que se noue la question du potentiel de la démarche qualité pour améliorer le système de santé. Que se passe-t-il lorsqu'on introduit le management de la qualité dans le système de santé ? Quelles sont les conséquences sur le système de l'introduction de la démarche qualité et quelles sont les conditions favorables ou défavorables à l'adoption, l'appropriation et l'intégration de la démarche qualité dans le management des services de santé ? Dans quelle mesure les projets qualité ont-ils permis à ces systèmes de se transformer et d'adopter les principes du management de la qualité ? C'est à ces questions que la recherche menée dans cette thèse essaie de répondre.

Notre finalité ne se réduit pas à la seule construction de connaissances académiques. Il s'agit de contribuer à la décision concernant le développement, la diffusion ou la généralisation de la démarche qualité dans le contexte de systèmes de santé complexes. Nous avons besoin d'une théorie pour comprendre ce qui se passe lorsqu'on introduit la démarche qualité dans une organisation/système de santé. Donabedian lui-même le formulait ainsi après trente années consacrées à l'assurance qualité : "*From stories of experience, I conclude that success or failure does not depend on the [quality assurance] method of review and readjustment, in itself, but on an interaction between the method and the circumstances of its application. Unfortunately, we do not have a theory that can explain and*

---

[4] La réussite d'un projet s'apprécie au regard de la réalisation, au moment ou il s'achève, des objectifs qu'il s'était fixés au départ. L'appréciation du potentiel de la logique sous-jacente au projet,dans d'autres contextes ou pour sa généralisation est beaucoup plus complexe. Cela concerne la confiance que l'on peut avoir que les même effets vont se reproduire en dehors du contexte d'un projet pilote.

[5] TQM: '*Total Quality Management*' en anglais

[6] CQI: '*Continuous quality Improvement*' en anglais.

[7] Dans le mouvement de la qualité, on fait souvent référence à l'émergence d'une '*culture qualité*'. Nous utilisons aussi parfois le terme. L'utilisation du concept de culture quand on parle de changement organisationnel peut mener à des controverses . Ainsi que nous le précise Hudelson (2004): la littérature du management définit la culture comme *un attribut* qu'une organisation *possède,* considérée comme une variable indépendante que l'on pourrait manipuler par des interventions. Les anthropologues pour leur part définissent le mot culture comme le jeu de valeurs, d'idées, de concepts et de règles qui sont et partagées (souvent implicitement) par un groupe social, et qui résultent d'une dynamique sociale qui opère un processus normatif. Pour notre part, nous partageons cette dernière définition mais nous considérons que l'introduction du management de la qualité, comme toute autre intervention impliquant une dynamique sociale dans l'organisation, participe au processus normatif au niveau de l'organisation et influence l'évolution de la culture.

predict these interactions. Rather we have many theories, and have also a number of eclectic formulations, Total Quality Management for example" (Donabedian 2001b).

Etudier l'interaction entre l'introduction du management de la qualité et le système de santé, à partir d'études de cas sur le terrain, agir pour mieux comprendre, mieux comprendre pour mieux agir : tel était l'objectif de recherche que nous avons poursuivi.

Nous limitons la portée de notre étude au contexte africain et au domaine des systèmes de santé au sens restreint du terme: les organisations prestataires de services de santé. Pour des raisons pratiques d'accès au terrain, nous nous sommes intéressés essentiellement au secteur public. Nous étudions les interactions à l'intérieur de l'organisation, mais nous n'ignorons pas l'influence des agendas politiques nationaux et internationaux sur le système, ni celle (souvent trop limitée) des patients et des communautés. Nous nous concentrons sur le processus d'introduction du management de la qualité dont nous étudions l'impact sur l'organisation, sa configuration, son fonctionnement, sa 'culture'.

Notre travail sera présenté selon le plan suivant (Figure 1):

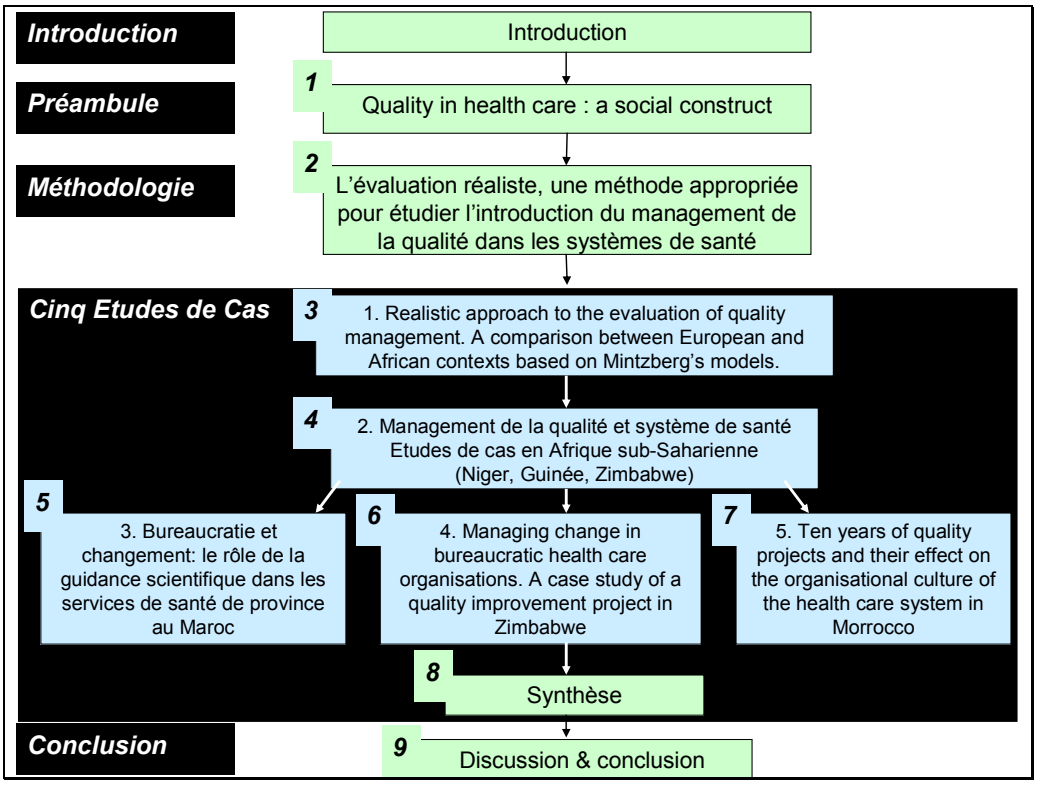


Figure 1: Architecture de la thèse

Cerner notre sujet, choisir la méthode appropriée

Dans un premier chapitre, nous rappelons en préambule que la qualité dans le domaine des soins de santé est un construit social. Par conséquent le management de la qualité en santé se révèle être beaucoup plus qu'une simple procédure technique: il s'agit d'un processus social dans un système complexe et dont l'étude requiert une approche méthodologique appropriée.

Dans le deuxième chapitre nous justifions par la nature complexe des systèmes de santé notre choix de la méthode de l'évaluation réaliste (*Realistic Evaluation*) proposée par Pawson et Tilley (1997) dans le domaine des interventions sociales. L'évaluation réaliste cherche à comprendre ce qui marche, pour qui, dans quelles circonstances et comment ? Construite autour de multiples études de cas dans des contextes différents, elle met l'accent sur les interactions entre le contexte et la logique d'une intervention. Elle génère des théories intermédiaires qui cherchent à expliquer et à aller au-delà d'un contexte particulier.

Générer une théorie initiale à travers des études de cas

Dans le troisième chapitre, afin de générer une **théorie initiale** qui soit notre point de départ, nous comparons des tendances suivies par le mouvement pour la qualité dans les services de santé Européens d'une part et Africains d'autre part (Blaise & Kegels 2001; Blaise & Kegels 2004)[8]. Nous mettons ainsi en évidence le rôle joué par la nature bureaucratique ou professionnelle de la configuration des organisations de santé dans les résistances à l'introduction des principes du management de la qualité.

Confronter cette théorie à des contextes multiples grâce à des études de cas

Dans le quatrième chapitre, muni de cette théorie initiale, nous focalisons notre étude sur l'Afrique, autour de trois études de cas, en Guinée, au Niger, et au Zimbabwe (Blaise & Kegels 2002)[9]. Nous mettons en évidence la tension entre la flexibilité des projets qualité et la rigidité bureaucratique des systèmes de santé.

Dans les cinquième, sixième et septième chapitres, nous explorons alors comment cette tension est gérée dans trois autres études de cas menées de façon indépendante, une au Zimbabwe et deux au Maroc.

Dans le cinquième chapitre, nous montrons comment la guidance scientifique telle qu'expérimentée au Maroc, légitime et reconnue, a permis aux équipes provinciales de santé de développer des initiatives (Blaise *et al.* 2003);

Dans le sixième chapitre nous montrons comment les équipes de management de district au Zimbabwe contournent les résistances bureaucratiques à l'innovation (Blaise & Kegels 2003) ;

Dans le septième chapitre, nous montrons comment le système de santé tolère la démarche qualité tant qu'elle se déroule à l'abri dans un projet, mais que les projets qualité ne transforment pas fondamentalement et durablement la culture du système de santé resté bureaucratique (Blaise *et al.* 2004).

Faire une synthèse 'réaliste' sous forme d'une théorie intermédiaire et en discuter la portée

Dans le huitième chapitre, nous tirons les leçons de nos études de cas dans une synthèse réaliste sous la forme d'une théorie améliorée, toujours intermédiaire et provisoire, dérivée de nos théories intermédiaires successives.

Dans le neuvième chapitre, nous discutons les limites de notre travail, puis nous en analysons la portée pour l'orientation future du management de la qualité dans les services de santé publics africains, et enfin nous mettons nos résultats dans la perspective des réformes des systèmes de santé.

[8] Une version éditée est acceptée pour publication dans *International Journal of Health Planning and Management* Vol 19 Oct-Dec 2004.

[9] Soumis et accepté avec révisions pour publication à *Sciences Sociales et Santé.*

Chapitre 1 Préambule

Quality in health care : a social construct

Dans ce chapitre nous montrons que la qualité en santé est un construit social.
Par conséquent les démarches d'amélioration de la qualité sont un processus social.

Diffusion :

Texte présenté au séminaire d'épidémiologie de l'Institut de Médecine Tropicale - Anvers ' Méthodes en santé Publique' :
Blaise P, 2003 Measuring Quality. *Epidemiology Seminar, Institute of Tropical Medicine. Antwerp, 13 March 2003*

Quality in health care : a social construct

Introduction

Today stating one's dedication to produce high quality care is not enough. Such quality now has to be demonstrated, hence a global quest for a fair, reliable and comprehensive measurement of quality of health care and services. This prevails in industrialised countries (resulting in an unprecedented growth of institutions promoting and ascertaining quality in health care) as well as in low and middle income countries. Policy makers in the latter are also increasingly aware that scaling up the coverage of health services or reaching higher numbers of the target population of disease control programmes does not suffice. The content and the process of care need improvement for the health system to contribute effectively to the well-being of individuals and populations.

For years, in developing countries public health services and disease control programmes have been collecting large amounts of data in order to monitor their activities. However, a major gap remains in transforming these data into meaningful information for quality improvement. An assessment of quality is required indeed to monitor services, to compare programmes or health services outcomes across the system, for accountability purposes or, more down to earth, to set up reward systems for good performance. Politicians ask health professionals to be accountable and to show that quality of care is up to their claims. Decision makers request evidence on the impact of their decisions on the quality of care or services delivered. Public health researchers and economists need a variable to include quality in their models. Programme managers need a comprehensive outcome measure. System managers want to compare quality over time and across the health system facilities. All managers want to check the impact of interventions on quality.

Therefore the case for measuring quality is made: we need an answer to the question how much of this quality there is in what we are doing. It appears straightforward. We need first to define quality, then identify its determinants or components and finally combine them in a valid and comprehensive framework that can produce the synthetic quality index that so many stakeholders request. Let us embark on this seemingly easy pathway to quality assessment.

Quality in health care

Defining health care quality: several perspectives

As early as 1933, Lee & Jones, quoted by Donabedian, defined quality as the kind of medicine practised and taught by recognised leaders of the medical professions: a *professional* perspective (Donabedian 1968; Health Services Research Group 1992). Berwick & Enthoven consider that offering a quality service is primarily meeting the clients' needs: a *customer* perspective(Berwick *et al.* 1992). Gray defines quality of a health service as the degree to which it conforms to preset standards of care : a *managerial* perspective (Gray 1997; Ovretveit 1998). Still the three perspectives offered by these definitions are not sufficient, apparently, to embrace the whole concept of quality. Ovretveit includes cost in his definition: an *economic* perspective (Ovretveit 1998). Lohr's definition adds a focus on *results* considering 'desired' outcome (Lohr & Harris-Wehling 1991). Steffen adds non-medical outcome, swinging the definition back to the *patient* perspective (Health Services Research Group 1992; Steffen 1988).

The above enumeration shows that none of these definitions is deemed to be comprehensive enough to generate a universal consensus. Indeed, Lohr (1991) identified more than a hundred definitions! Moreover, none of them actually tells us precisely what is to be measured. Let us therefore move on to the next step and identify quality determinants or components to see if this is a better starting point for measuring quality.

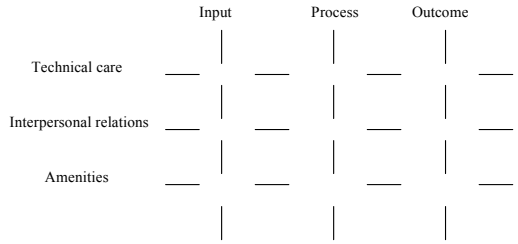
Analysing health care quality: components

Effectiveness is probably the first determinant coming to mind. Effectiveness is obviously related to the *technical competence* of the care providers and to the *safety* of their decisions. However, care is not delivered in a vacuum. The patient perspective is important and thus the quality of *interpersonal relations* must also be considered. Donabedian identifies three components of health care delivery: technical care (a professional perspective); interpersonal relationships (a patient perspective); and the amenities (Donabedian 1980). Likewise, Campbell considers that measuring quality can be reduced to two questions: (1) does an individual have access to the care he needs, and (2) when s/he gets it, is it effective both biomedically and in terms of the individual caring relationship? (Campbell *et al.* 2000). Care must be relevant not only to the *objective* but also to the *perceived* needs of the patient. Another element is cost. *Cost-effectiveness* and *cost-efficiency* are important issues. When it comes to costs, the issue of affordability and financial accessibility for all – and thus *equity* – is relevant.

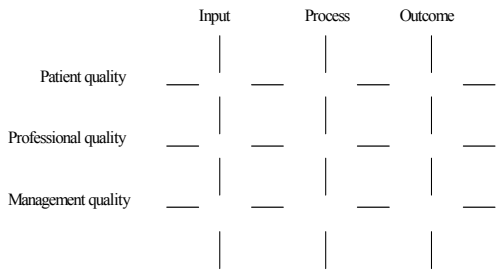
We could go on and refine these components or identify more of them. However, as with the definitions of quality, none of them is comprehensive enough to be an adequate 'proxy' indicator for quality of care. Obviously, we need to combine them in a valid quality measurement framework.

Putting them back together: frameworks for quality of care evaluation

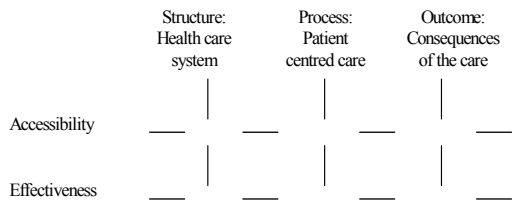
In 1966, Donabedian popularised the Structure - Process - Outcome framework (Donabedian 1966). He then suggested exploring these three levels in the three dimensions of his definition of quality: technical care, interpersonal relations and amenities (Figure 2). Ovretveit's framework (Figure 2) for health programme evaluation, building on Donabedian's model, spells out three slightly different dimensions: patient, professional and managerial perspectives (Donabedian 1980; Ovretveit 1998). Campbell's framework (Figure 2) is reduced to the two dimensions of his definition: access and effectiveness (Campbell *et al.* 2000). He considers the health care system as a structure and patient-centred care as the central process in general practice, and views outcome from a broader perspective than health only. Di Prete Brown's (1994) framework (Figure 2) keeps Ovretveit's three perspectives (patient, professional, managerial) and adds continuity and safety to the determinants already proposed by Donabedian (technical, interpersonal and amenities) and by Campbell (access and effectiveness). The Institute of Tropical Medicine of Antwerp proposes the IPOPOC (Input-Process-Output-Outcome) model for evaluation (Beghin *et al.* 1991; Tellier *et al.* 1991). This model makes a distinction between *outcome* (impact on health), usually difficult to relate to a particular action, and *output* (immediate, measurable product of an intervention: for example, immunisation coverage). The overarching dimensions of quality emphasized by their model are continuity and patient-centredness of integrated care. In addition care, for them, must be both effective and efficient and enhance the autonomy of individuals and population. The US Institute Of Medicine (IOM) offer another framework in their publication 'Crossing the Quality Chasm' (Institute of Medicine 2001a), that is composed of six aims (safety, effectiveness, patient-centredness, timeliness, efficiency and equity), to be brought about by applying ten cross-cutting rules or principles.



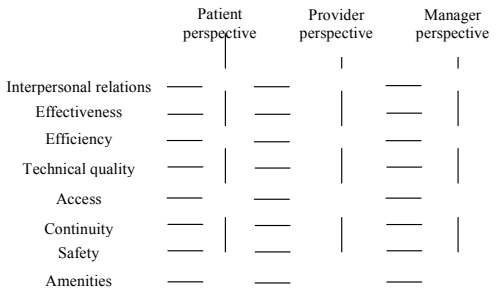
Representation of the framework proposed by Donabedian



Representation of the framework proposed by Øvretveit



Representation of the framework proposed by Campbell



Representation of the framework proposed by DiPrete Brown

Figure 2 : Four frameworks for quality of care evaluation

All these frameworks help to identify the areas that are worth attention and, more importantly, to put them in perspective. However, using these frameworks to compute the value of each dimension and combine them in one weighted synthetic indicator (as do the *balanced score cards* popular in commercial firms (Kaplan & Norton 1992), or the league tables in health care) raises a lot of controversies (Appleby & Thomas 2000; McKee *et al.* 1997; Nutley & Smith 1998). First, there is an inherent trend to overemphasise what is quantifiable at the expense of the more intangible (Casalino 1999). Second, it is questionable practice to compute and add up scores for 'things' as different as the number of operating tables or the number of post-operative infections, and the patient-centredness score of a consultation or the satisfaction score of a client. In the quality measurement domain, researchers assess the validity of one or another combination of indicators. However, there seem to be as many indicators and frameworks as there are authors and they are many. Moreover, a combination of indicators relevant to one context is not necessarily relevant to another. Finally, the technical difficulties in measuring several dimensions (satisfaction, quality of life, adequacy of clinical decision…) and how best to combine them are far from resolved indeed. The diversity speaks for itself: there is no agreement as to what could be a scientific, universally validated framework.

Quality measurement: what's all the fuss ?

So what can we answer to those who need to measure quality because they are urged to manage or to demonstrate the quality of their services ? What to answer to evaluators, programme and service managers, who need an indication of the 'quality' level of their programmes or interventions ? Is quality properly measurable at all ?

One way out might be to stop further examining sophisticated measurement models and to try to understand how we got into this blind alley (paraphrasing Anderson (1992) -discussing quality jargon- we may ask *'Quality measurement, why all the fuss ?'*). We believe three perspectives are useful to reach such an understanding: a historical perspective, a semantic perspective, and a human relations perspective.

Quality management in health care: a concept transferred from industry

Let us first recall the origin of the quality movement in health care. Before it gained momentum in the service industry and, later, in health care, quality management in its various forms was first developed in the manufacturing industry. Market forces put pressure on the quality of industrialised products and mere quantitative increase of output was no longer enough: products have to be reliable and variation reflects a quality problem. Quality management in the manufacturing industry is indeed essentially about conformity to preset norms, and standardisation of processes and output through process re-engineering (Berwick 1989). Moreover, subcontracting part of the production to external suppliers requires standardisation, thus the need to specify product properties. The ISO system derives from that. Standardisation and process re-engineering, emphasised in industrial quality management, were then adapted to the service industry in order to reduce waste, time, cost, administration, and to bring the customer closer to the service provider. From commercial services, it gained momentum in public services and health care.

Variation reduction and standardisation is relevant also for health care services: a normative approach goes along with the concept of Evidence Based Medicine (EBM), which seeks to align clinical and therapeutic decisions with best available evidence (Sackett *et al.* 1996). It is relevant indeed to consider variation of medical practice as a problem in medical care as well. Furthermore, standardisation is welcome to coordinate processes provided by interdependent teams of professionals, sometimes far apart in space and in terms of technical competence and specialisation. Likewise, process re-engineering is obviously relevant to many health care activities like, for instance, laboratory procedures, blood products management, sterilisation and infection control procedures, etc. After all, a surgical procedure is not that fundamentally different from assembling a car, infection control from cleaning a hotel room, or admitting a patient from handling a client at a hotel reception. And, as is the case in the service industry, the voice of the patients (clients) is increasingly getting attention, with more emphasis on customer satisfaction in health care as well.

However, delivering health care is obviously not the same as assembling products or offering commercial services. Variation can actually be good in health care (Thompson 2002), for care refers to a scientifically grounded process implemented through a human relation and embedded in a societal context. A patient-centred attitude, an important quality dimension, implies a level of participation in the medical decision, which obviously varies from patient to patient (Fehrsen & Henbest 1993; Mead & Bower 2000). The 'best-buy' decision coming out of a clinical trial carried out according to the EBM state of the art does not necessarily fit the singular illness experience of a particular patient seeing his family physician. Evidence based medicine has also been the object of hot epistemological debates(Gupta 2003; Miles *et al.* 2002). Moreover, the components of quality we identified earlier are beset with potential conflicts of interest: what is *effective* might not be *affordable* or *perceived as a need,* given a specific patient's profile or expectations. In addition, ethical considerations have always received high consideration in health care, adding even more intangible components valued through a very complex social process.

Quality is not a 'thing': the semantic confusion

A second aspect, which obfuscates the concept of quality in health care, is semantic in nature. Loughlin, an epistemology philosopher, explains that there is a language category mistake in assuming that the function of the term 'quality' in language is to *describe* a 'thing', possessing defined attributes, while in fact it is to *(re)commend* some thing as a good instance of its kind (Loughlin 2002). In other words, the word 'quality' is put in the wrong logical category. The former refers to a *descriptive* function , while the latter corresponds to a *commendatory* function. Placing the word in the wrong category gives rise to the indefinite search for the specific properties recognized as 'quality', externally defined in absolute, value-free terms, and applicable to anything from car to care. Another consequence is that by mixing the commendatory function with the descriptive function, there is no possibility to reject or discuss what has been stamped as 'standard quality care' under supposedly neutral scientific supervision. As a result, failure to

adhere to quality management is looked upon as reactionary resistance to be forcefully overcome. Non-believers are to be converted.

Measuring quality: the stakes of power control

Quality managers, in their relations with health professionals, often unknowingly perpetuate this confusion. This leads to a third explanation for the difficulties to measure quality in health care. The whole process of quality management is perceived as the struggle of managers to control professionals, triggering in turn the struggle of health professionals to regain control in the name of professional autonomy(Edwards *et al.* 2003; Leung 2000; Sutherland & Dawson 1998). This power struggle reveals a shift from implicit, internalized control by the professionals towards explicit externalized control by the management; hence the precedence taken by the tangible, the measurable and the quantifiable, all found in the current quality management paradigm.

The manager - professional struggle reflects the tension between rationalization of resource use and processes on one hand, and responsiveness to expectations on the other. There is indeed a profound rift between the managerial paradigm and the professional paradigm. The former refers to the application of a *homo economicus* rationality to human resources management -human behaviour responds to incentives- and to the application of a cost-effectiveness rationality to resource management. The latter refers to the need for independence and discretion in decision making justified by the specificity and the complexity of the medical task -claimed to be an art- and by the singular relation with the client whose interest is supposedly placed above self-interest (Freidson 2001).

Quality in health care: a socially constructed concept

In the above sections we have moved forward in our exploration, but we are still left with neither a universal definition nor a validated measurement instrument. Does this mean quality does not exist ? In our view, the way out is to step away from the descriptive function of the word and to accept that we have to live with its commendatory function. First we must accept that quality is multifaceted and that there is neither a universal definition nor a single synthetic quality index or universal measurement framework. Second, we must accept that quality is incommensurable. It is not sufficiently reducible to quantitative evaluation. All its dimensions and attributes are not equally measurable, and, moreover, measurement is biased towards what is easily quantifiable (Casalino 1999). Third, we must accept that quality of care is a socially constructed and thus a dynamic concept, continuously evolving over time and across groups of people.

From this new starting point, we can reconsider the issue of measuring and managing quality in health care. We do not actually measure quality. What we measure is the degree of presence of selected attributes, which 'we' consider relevant to recognize a service as being of quality. We refer here to the commendatory sense of the word. As there is no universal definition of quality in health care, it is precisely through this process of selecting attributes that we define what 'we' consider valuable attributes to praise a service as (re)commendable. We thereby recognize that this process is shaped by the context, by the actors' strategies and by the goal pursued. Just like we cannot define quality in absolute terms, we do not 'manage quality'. What we manage are resources and services. As a result, when we speak about 'quality management', it means that we manage services and resources to achieve results which 'we' agreed to be sufficiently valuable.

As a consequence, the validity of a quality framework only holds for those who built it or adopt it -the 'we' mentioned above. This means that the more participatory the process, the more validity the framework has for a given group of people. A quality of care framework cannot be isolated from the social process which gave it birth, reflecting a balanced set of values and societal goals. Making this process and the underlying values explicit should therefore be at the heart and start of quality assessment and improvement.

As a result, because quality is a socially constructed concept, measuring quality is more a social process than a technical procedure.

The fields of social tension in quality management: not just a study theme for sociologists but an integral part of quality management.

Applying this vision has consequences for the measurement of quality of care and for the design of the most appropriate measurement frameworks. The issue is no longer to extract from the literature a scientifically validated framework: it does not exist. The way forward then is to build a framework *together* with the users of the measurement, or to select an existing one *together*, which 'we' agree to adopt. The quality of the participatory process itself will determine the 'quality' and the 'validity' of the framework in and for a given context. Practically, this means that the start of the quality process is to clarify who is involved, why we measure and what we intend to do with the results. The decision of what to measure and how then only comes in a second stage - the reverse of what usually happens.

Applying this vision to quality improvement also has consequences for the management of the organisation: ensuring quality must include the management of the social process at work. This is implicitly acknowledged by the current quality movement, which often emphasises the overlap between people management and quality management. However, the issue is not to develop a strategy to 'enlighten', mobilise, and train people to adopt a supposedly universal and irrefutable approach to quality, but rather to help people build and own a shared and dynamic approach. The issue is not just to ensure that health care workers and managers properly apply universal quality assurance principles, tools and methods, but rather to ensure appropriate participation in the process, including patients and communities. Indeed, the blind and mechanical application of quality assurance techniques may very well be perverted and lead to another techno-bureaucracy far away from real quality principles.

Another important consequence of this line of reasoning is that the study, analysis, decoding, and management of the social processes at work in quality endeavours are not merely objects of research for sociologists. They are an integral part of quality management. It is also the job of quality managers and quality management participants alike. Methods must be developed to monitor this social process and tools must be designed for its management. This methodological issue is a transdisciplinary task for the medical, social and management sciences.

In line with these statements this thesis represents an attempt to apply such a transdisciplinary approach to the study of social interactions at work in the interface between quality improvement initiatives and health services organisations.

2

Chapitre 2

L'évaluation réaliste : une méthodologie appropriée pour étudier l'introduction du management de la qualité dans les systèmes de santé

Dans ce chapitre, nous justifions notre choix méthodologique.
Les systèmes de santé sont des systèmes complexes.
L'évaluation réaliste est une méthode appropriée pour étudier l'interaction entre l'introduction des démarches qualité et le système de santé.

L'évaluation réaliste: une méthodologie appropriée pour étudier l'introduction du management de la qualité dans les systèmes de santé

Introduction

Venu du monde industriel, les outils, les méthodes et les systèmes de management de la qualité ont été introduits dans les dernières décades du 20ème siècle dans les services de santé. On considère aujourd'hui qu'un programme d'amélioration de qualité vise la transformation[10] de l'organisation de sorte que, '*la qualité* [devienne] *le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent s'organiser*' (Minvielle *et al.* 1994). Par conséquent la question clé est moins celle du contenu de l'assurance qualité que celle de son installation et de sa pérennisation au cœur même de l'organisation, faisant partie intégrante de la routine des activités quotidiennes (Al-Assaf 2001a; Askov *et al.* 2000; Silimperi *et al.* 2002).

Le mouvement de "*Management pour la Qualité*"[11], très prégnant dans les systèmes de santé occidentaux, a aussi gagné l'Afrique (De Geyndt 1995; Reerink & Sauerborn 1996). Depuis le début des années 90, un nombre croissant de pays africains s'engagent dans la mise en œuvre de projets pilotes qui reposent souvent sur le travail en équipe et les cycles de résolution de problèmes (Franco *et al.* 1997; Massoud *et al.* 2001). A ce jour, les résultats de ces projets de *Management pour la Qualité* apparaissent décevants au regard de l'enthousiasme initial qu'ils suscitent et des résultats à court terme qu'ils obtiennent : les tentatives de généralisation à l'ensemble du système de santé n'ont pas jusqu'à présent été couronnées de succès (Bouchet *et al.* 2002a; Dugas & De Brouwere 2001). La capacité des démarches qualité à transformer durablement le fonctionnement et l'organisation des systèmes de santé que l'on rencontre dans les pays en développement et en particulier en Afrique reste jusqu'à présent très peu documentée.

Que se passe-t-il lorsqu'on introduit le management de la qualité dans un système de santé ? Dans quelle mesure les projets qualité ont permis à ces systèmes d'adopter les principes du management de la qualité ? Quelles sont les conséquences sur le système de l'introduction de la démarche qualité et quelles sont les conditions favorables ou défavorables à l'adoption, l'appropriation et l'intégration de la démarche qualité dans le management des services de santé ? Cela se reproduira-t-il si on reproduit l'intervention ailleurs ou à plus grande échelle ? Autrement dit: *est-ce que cela marche, comment, pour qui, et dans quelles circonstances ?*

Pour répondre à ces questions, nous devons mieux comprendre l'interaction entre le management de la qualité et le système de santé. C'est l'objectif de recherche que nous proposons de poursuivre. La première question qui se pose au chercheur est alors celle de la méthode appropriée à l'étude de cette interaction. Le but de ce chapitre est de discuter cette question méthodologique et de justifier notre choix de l'évaluation réaliste, une méthode proposée par Pawson et Tilley (1997) pour l'évaluation de programmes sociaux dans des systèmes complexes.

Dans une première partie, nous montrons que le choix de la méthode dépend de la nature complexe ou simple des systèmes (et des interactions qui y prennent place) que nous voulons étudier. Dans une deuxième partie, nous justifions le recours aux approches familières au monde

---

[10] Dans le mouvement de la qualité, on fait souvent référence à l'émergence d'une '*culture qualité*'. Nous utilisons aussi parfois le terme. L'utilisation du concept de culture quand on parle de changement organisationnel peut mener à des controverses. Ainsi que nous le précise Hudelson (2004): la littérature du management définit la culture comme *un attribut* qu'une organisation *possède,* considérée comme une variable indépendante que l'on pourrait manipuler par des interventions. Les anthropologues pour leur part définissent le mot culture comme le jeu de valeurs, d'idées, de concepts et de règles qui sont et partagées (souvent implicitement) par un groupe social, et qui résultent d'une dynamique sociale qui opère un processus normatif. Pour notre part, nous partageons la dernière définition mais nous considérons que l'introduction du management de la qualité, comme toute autre intervention impliquant une dynamique sociale dans l'organisation, participe au processus normatif au niveau de l'organisation et influence l'évolution de la culture.

[11] En employant le terme général de "*Management pour la Qualité*" ou de '*démarche qualité*', nous entendons englober toutes les approches qui vont du "Contrôle Qualité" aux approches plus récentes de "Management de Qualité Totale" (TQM)et "d'Amélioration Continue de la Qualité" (CQI) en passant par "l'Assurance de la Qualité" (AQ).

des sciences sociales pour appréhender les interactions dans des systèmes complexes, nous montrons l'intérêt des *theory based evaluations* et nous présentons la méthode d'évaluation réaliste proposée par Pawson et Tilley. Dans une troisième partie nous montrons que la nature de notre objet d'étude, les conséquences d'une intervention (l'introduction du management de la qualité) dans un système complexe (le système de santé), justifie le recours à l'approche de l'évaluation réaliste. Enfin dans une quatrième partie, nous expliquons comment nous avons mené notre évaluation réaliste à travers une série d'études de cas.

Du paradigme de la recherche expérimentale au paradigme de la complexité: la nature de l'objet d'étude guide le choix de la méthode

Nous proposons d'étudier une relation: la relation entre l'introduction du management de la qualité et ses conséquences sur le mode de fonctionnement de l'organisation. Le choix de la méthode est lié à la nature même de l'objet de notre étude. Il dépend du caractère linéaire ou non de la relation étudiée et de la nature complexe ou non du système dans lequel elle intervient.

Relation linéaire de cause à effet: le paradigme de la recherche expérimentale

La recherche expérimentale décrit des phénomènes et établit des relations de cause à effet. Sous le paradigme de la recherche expérimentale, le chercheur considère le système dans lequel il étudie ces relations comme un système d'interactions qui peut être simple ou bien compliqué, c'est-à-dire réductible à un enchaînement linéaire de multiples relations simples.

Dans les sciences de la santé, la recherche clinique vise à établir des relations de cause à effet. Il s'agit d'établir des relations entre des manifestations cliniques anatomiques ou biologiques et la probabilité de survenue ou d'existence d'une maladie, d'expliquer la maladie par des relations de cause à effet entre des phénomènes biologiques et leurs conséquences pathologiques; ou encore d'établir un lien de cause à effet entre l'administration de mesures thérapeutiques et la disparition des symptômes ou de la maladie.

La recherche en épidémiologie établit également des relations de cause à effet, relation entre l'exposition à un facteur de l'environnement et la probabilité de survenue d'une maladie ou d'une épidémie par exemple, et inversement relation entre la cessation de l'exposition et la disparition du phénomène. L'objectif est de pouvoir prédire ce qui va se passer dans une population si elle est exposée à un phénomène reconnu responsable de la survenue de phénomènes morbides ou d'établir cette relation.

La recherche en santé publique, elle aussi, établit des relations de cause à effet entre des interventions conçues pour influencer les conditions de survenue de problèmes de santé ou les modalités de leur prise en charge et les effets que celles-ci produisent. L'objectif est de pouvoir conclure à l'efficacité d'une intervention pour modifier des comportements, des pratiques ou un environnement.

Dans ces trois situations passant du corps biologique au corps social, il s'agit de prédire ce qui va se passer si un individu ou une population est exposé à tel ou tel phénomène, qu'il s'agisse d'un déterminant de la santé ou d'une intervention de santé publique. La démarche s'inscrit dans le paradigme de la recherche expérimentale. Il s'agit d'établir des lois qui permettent de dire avec quelle probabilité et sous quelles conditions un phénomène A produit un effet B de façon constante et reproductible. Si tel n'est pas le cas, la loi se trouve falsifiée (ou en langage épidémiologique, l'hypothèse qui la sous-tend est rejetée car l'hypothèse nulle ne peut être rejetée). Il faut alors reprendre la recherche et déterminer quel autre phénomène A' produit B ou bien si le phénomène A produit en réalité B' ou encore vérifier si des conditions supplémentaires ou alternatives sont nécessaires pour que A produise B. Il faudra alors vérifier la stabilité de survenue de la relation lorsque ces nouvelles conditions sont réunies - les conditions étant des variables ou des constantes contrôlées dans les conditions d'une démarche expérimentale dont la présence stable doit également se vérifier dans des conditions réelles pour que la loi 'A entraîne B' soit vérifiée.

On progresse ainsi dans la connaissance par vérifications - falsifications successives. Le paradigme de recherche expérimentale établit une causalité 'successionniste' (la cause précède l'effet et la produit de façon prédictible). Popper (1945 p222; in Tilley 2000) considère que cette approche est la seule approche scientifiquement acceptable et qu'elle devrait s'appliquer aussi aux sciences sociales: "*The only course for the social sciences is to forget all about the verbal fireworks and to tackle the practical problems of our time with the help of the theoretical methods which are fundamentally the same in all sciences. I mean the methods of trial and error, of inventing hypotheses which can be practically tested, and of submitting them to practical tests. A social technology is needed whose results can be tested by piecemeal social engineering.*" Cependant l'établissement d'une causalité successionniste qui peut être prouvée en appliquant la méthode expérimentale n'est possible qu'à la condition que les relations, même compliquées, soient linéaires et que l'on contrôle les variables contextuelles susceptibles d'interférer. Autrement dit, dans la démarche expérimentale, la relation de causalité est établie 'toutes autres choses étant égales par ailleurs'.

Des interactions multiples et instables échappant au contrôle du chercheur: le paradigme de la complexité

Comment procéder lorsque l'on sait par avance que d'un contexte à l'autre, 'toutes autres choses ne seront *pas égales* par ailleurs' ? Comment procéder lorsque des éléments du contexte interfèrent avec le phénomène étudié, que cette interférence n'est pas prédictible, ni reproductible, que ces éléments sont eux-mêmes affectés par le phénomène étudié et que par définition ils diffèrent d'un contexte à l'autre ? Comment établir une relation de causalité entre l'intervention et ses effets attendus, supposés ou observés (une question de validité interne) ? Comment extrapoler au-delà de la seule description d'un phénomène dans son contexte (une question de validité externe) ?

Il nous faut à ce stade introduire le paradigme de la complexité et distinguer les caractéristiques d'un système complexe.

Edgar Morin (1990) définit ainsi la notion de complexité: "*est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple*". Il cite Blaise Pascal (1670) "*Je tiens pour impossible de concevoir les parties en dehors de la connaissance du tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties*". Morin et Le Moigne (1999) énonce treize '*principes simplificateurs*' utilisés par la 'science' pour appréhender le monde, principes qui sont mis en question par la 'pensée complexe'. Le troisième de ces principes *est celui de la réduction. Il ramène la connaissance des systèmes à celle des parties simples ou unités élémentaires qui les constituent*. Or ce principe est mis en question dans les systèmes complexes ou *les éléments associés font partie d'ensembles organisés; au niveau de l'organisation de l'ensemble émergent des qualités qui n'existent pas au niveau des parties.*

Un système complexe met en jeu des relations non linéaires et possède une série de propriétés qui le distinguent d'un système simple ou compliqué. Ces propriétés sont synthétisées par Burton (2002). (Tableau 1)

Constitué de multiples éléments, un système complexe ne peut être compris qu'en observant l'interaction très riche entre ces éléments, la seule compréhension de chacun d'entre eux n'est pas suffisante.
L'interaction entre les éléments est non prédictible. Les systèmes complexes ont une histoire, ils procèdent des conditions initiales de leur émergence. Les systèmes complexes interagissent avec leur environnement qu'ils influencent à leur tour. Les effets d'une intervention extérieure au système sur le système seront amortis par les interactions qu'elle génère à l'intérieur du système. Les interactions entre les éléments d'un système complexe ne sont pas linéaires, de sorte que le résultat d'une quelconque action dépend de l'état des autres éléments au moment de l'action ainsi que de l'importance de l'action. Une intervention minimale peut avoir de très grands effets et vice versa. Un changement dans un élément du système (souvent d'ailleurs un sous-système) se répercute dans d'autres éléments du système, y compris d'éventuels feed-backs positifs ou négatifs sur ce changement même.

Les interactions génèrent de nouvelles propriétés du système, dites propriétés émergentes, qui lui sont propres et qui ne peuvent être expliquées par l'étude isolée des éléments du système quelle qu'en soit la minutie. Dans les systèmes complexes, ces comportements émergents ne sont pas prédictibles. On peut cependant observer des régularités. Les systèmes complexes sont des systèmes ouverts. Le chercheur qui les observe fait lui-même partie du système.

Tableau 1: Les propriétés d'un système complexe (Burton 2002)

Morin (1990) tire deux conséquences de la propriété d'ouverture des systèmes complexes: La première est que les lois d'organisation ne sont pas d'équilibre mais de déséquilibre, rattrapé ou compensé, de dynamisme stabilisé. La seconde est que l'intelligibilité du système doit être trouvée non seulement dans le système lui-même mais aussi dans sa relation avec l'environnement et que cette relation n'est pas qu'une simple dépendance, elle est constitutive du système.

Nous reviendrons dans un chapitre ultérieur sur la complexité des systèmes de santé et l'illustrerons dans un exemple (Tableau 2). Nous envisageons maintenant quelles sont les méthodes adaptées à l'étude des systèmes complexes.

Quelle méthode pour l'étude des systèmes complexes ?

Les limites de la méthode expérimentale pour l'étude des systèmes complexes

Dans un système simple et pour étudier des phénomènes simples[12], qui font intervenir des relations linéaires, et pour établir une causalité 'successioniste', nous avons vu que la démarche expérimentale est appropriée. Il s'agit de vérifier dans quelle mesure une action donnée produit le résultat escompté (relation causale) et identifier un par un (analyse univariée) ou simultanément (analyse multivariée) les paramètres (confondants et modificateurs d'effet) qui influencent cette relation.

Les méthodes statistiques et épidémiologiques appropriées sont connues et leur usage bien codifié. Elles obéissent à des règles de validité interne et externe. L'établissement de la causalité est bien codifiée, ainsi que la hiérarchie de l'évidence qui en précise la puissance. On est ainsi capable par une étude cas-témoin (rétrospective) d'établir un lien entre une ou plusieurs variables et un phénomène observé sans pour autant conclure déjà à la causalité. Une étude prospective randomisée en double aveugle permet en revanche d'argumenter un lien de causalité avec plus d'assurance. Une méta-analyse bien conduite permet ensuite d'en augmenter considérablement la puissance en montrant avec force la stabilité de relations linéaires dans des systèmes stables. Cependant le paradigme de la méthode expérimentale considère que le système dans lequel elle étudie des relations est un système compliqué c'est-à-dire réductible à un enchaînement linéaire d'interactions linéaires.

En revanche, l'étude de phénomènes qui mettent en jeu des relations non linéaires dans des systèmes complexes se heurte à des difficultés méthodologiques non surmontées lorsqu'il s'agit d'établir une relation de causalité. En effet, dans une situation de complexité, la démarche expérimentale est tôt ou tard condamnée car la relation 'A entraîne B' se trouvera tôt ou tard falsifiée puisqu'on ne peut contrôler les interactions. Le paradigme de la recherche expérimentale considère ces interférences comme des confondants ou des biais et ne propose pas d'alternative sinon leur élimination ou leur contrôle. Mais alors comment procéder lorsque notre objet d'étude sont précisément ces interactions non linéaires ? Comment étudier un phénomène (l'intervention A produit un effet B) quand il se déroule dans un système complexe et qu'il met en jeu des relations non linéaires ? Que nous propose la science ?

[12] Par simple, nous voulons signifier 'qui n'est pas complexe'. Un phénomène ou un système peut être *compliqué* s'il implique de multiples enchaînements linéaires de phénomènes simples, il n'est cependant pas complexe.

La démarche expérimentale n'étant pas adaptée, il est intéressant de se tourner vers les apports des sciences sociales. En effet les systèmes sociaux et les interventions sociales sont, par définition, caractérisées par ces jeux d'interactions complexes. C'est le cas lorsque l'on évalue par exemple une intervention sociale à plusieurs composantes mettant en jeu de nombreux acteurs qui suivent chacun leur propre logique et que l'on veut répondre à la question: est-il justifié, puisque l'intervention a produit des résultats jugés positifs, de recommander la multiplication/généralisation de cette intervention sociale ? Issues des sciences sociales, des approches existent qui permettent d'étudier des interactions dans des systèmes et environnements complexes.

L'étude des interactions dans des systèmes complexes: 'grounded theory' et recherche sur les systèmes de santé

Lorsqu'il s'agit d'évaluer les interventions de santé publique les sciences sociales proposent des approches variées. Lefèvre (1999), à partir de la littérature, identifie cinq approches évaluatives. **L'approche par les objectifs officiels** vérifie si les objectifs fixés ont été atteints avec les moyens mobilisés. Le cadre logique représente à cet égard un outil de référence. **Les approches expérimentales ou quasi expérimentales**, très influentes dans le monde de la santé comme dans celui de l'agronomie consistent avant tout à valider des inférences causales à l'œuvre dans les projets. Hors de ces domaines elles sont de moins en moins utilisées. **Les approches naturalistes ou inductives** s'opposent au paradigme expérimental, font référence à la phénoménologie, au constructivisme, et ont en commun d'être inductives, holistiques et de faire appel à des techniques de recueil et d'analyse de données qualitatives. Parmi elles, l'approche constructiviste suit une logique interprétative de la réalité, reconnue comme socialement construite et propre à chaque groupe d'acteurs. **Les approches par les acteurs** prennent en considération les acteurs, leurs perceptions et leurs stratégies et les associe au processus d'évaluation. Enfin **les approches par les théories** (*theory based evaluation)* développées en réaction aux insuffisances des approches expérimentales ou quasi exprimentales, trop centrées sur les problèmes méthodologiques de validité, mettent l'accent sur l'importance de l'explicitation des théories d'action ou causales qui sous-tendent les projets. Attardons-nous un instant sur l'une de ces *theory based evaluation*s.

La ***'grounded theory'***[13] (Strauss & Corbin 1994) est une méthode qui consiste à générer une théorie à partir de données collectées et analysées de façon systématique et à établir des relations plausibles entre des concepts à partir de 'patterns' d'actions et d'interactions entre différents acteurs. En pratique la théorie peut être générée initialement à partir des données de façon purement inductive ou empruntée à une théorie existante (également grounded) que l'on révise et modifie au fur et à mesure que des données contradictoires apparaissent au cours de la collecte éventuellement en associant les acteurs au processus de genèse de la théorie. Initialement purement inductive, née en opposition au paradigme -positiviste- de la recherche expérimentale, la *grounded théory* fait aujourd'hui l'objet d'un débat qui oppose les objectivistes aux constructivistes. Pour les constructivistes, il s'agit de montrer comment les acteurs construisent leur réalité et ainsi proposer une compréhension d'une dynamique sociale qui pourra être utilisée pour interpréter une autre dynamique sociale sans jamais pour autant chercher à générer quelque vérité généralisable. Charmaz (2000) qualifie d'objectivistes les chercheurs comme Strauss qui sont prêts à aller au-delà de la seule compréhension de la dynamique sociale étudiée pour être prédictif, adoptant en cela une posture empreinte de positivisme puisqu'ils vont jusqu'à proposer de tester les théories pour les confirmer ou les infirmer. Strauss (1994) se défend pourtant par avance d'être positiviste et rappelle que 'la théorie ne consiste pas à expliciter une réalité préexistante mais à formuler une interprétation qui émerge de l'observation des perspectives adoptées ou explorées par les chercheurs'. Quoiqu'il en soit, les auteurs s'accordent pour reconnaître que les observations ainsi générées ont une valeur limitée dans le temps et sont

[13] En français, la plupart des publications reprennent le terme anglais, les défenseurs de l'utilisation de la langue française ont proposé l'expression 'théorie basée sur les faits'. Cette traduction fait apparaître une analogie immédiate avec la traduction du terme *Evidence Based Policy*: politique basée sur les faits. Or *l'Evidence Based Policy* est fortement empreinte du paradigme de la recherche expérimentale. Le lecteur nous permettra de conserver le terme anglais *paradigmatiquement* plus neutre.

constamment remises en question par la nature changeante de l'environnement. *'Par conséquent lorsque les conditions changent […] la validité des théories est compromise, c'est-à-dire leur rapport à la réalité sociale du* moment'. La *grounded theory* répond finalement bien à notre souci d'étudier des interactions, et ce dans la complexité. Mais au nom de cette complexité, elle considère que les interprétations n'ont de validité qu'en fonction de ceux qui les proposent et qu'en fonction d'un contexte qui est caractérisé par sa fluidité[14]. En refusant ainsi la validité externe, la *grounded theory* montre ses limites lorsqu'il s'agit de projeter l'observation d'une intervention donnée dans un contexte donné sur des interventions futures dans un autre contexte.

Davantage centrée sur la prise de décision, et souvent mise en œuvre sous forme de recherche-action, la **recherche sur les systèmes de santé (RSS)** est une autre méthode qui propose de générer des connaissances utiles pour préparer les interventions futures. Pour Grodos et Mercenier (2000), la RSS consiste à tester des hypothèses portant sur les relations et interactions entre les éléments d'un système complexe. Ces relations et interactions sont modélisées. "*L'emploi d'un modèle de référence de nature systémique doit permettre […] de ne jamais perdre de vue l'objectif ultime […] de construction d'un modèle de l'objet organisationnel étudié, pris dans sa globalité*" (Boqué 1993). La modélisation permet de prédire comment les interactions sont susceptibles de se modifier lorsqu'un changement survient, ce changement pouvant être provoqué par une intervention ou bien résulter d'une évolution spontanée. Lorsqu'il est provoqué par une intervention, celle-ci fait l'objet d'un cycle planification - action - évaluation documenté. L'évaluation des résultats consiste à vérifier s'ils correspondent à ce que l'on attendait de l'intervention considérée comme une hypothèse à tester, cette hypothèse ayant été formulée sur base du modèle. La recherche consiste donc à (i) tester les hypothèses pour (ii) valider le modèle (iii) en explicitant les conditions de validité du modèle (éléments contextuels) (Grodos & Mercenier 2000). Il s'agit de répondre à la question: les interactions entre les éléments du système se produisent-elles conformément aux prédictions du modèle étant donné certaines conditions contextuelles ? Contrairement à l'approche précédente, on est dans une logique hypothético-déductive et non inductive. Les auteurs soulignent cependant les limites de l'approche concernant la reproductibilité des résultats: "*ce ne sont pas les résultats qui sont reproductibles (ils sont intimement liés à la situation concrète étudiée) mais les modèles qui ont été utilisés*". Mais les auteurs précisent également à juste titre que la validité externe des modèles est soumise à la reproduction de conditions constituées d'éléments contextuels. Or les conditions d'application de modèles systémiques complexes risquent d'être très difficiles à réunir lorsque l'on passe d'un contexte à un autre. Si cette approche représente un progrès vers la solution de notre problème méthodologique, elle n'est donc pas entièrement satisfaisante dans la mesure ou le problème méthodologique que nous posons est celui de la prédiction des effets d'une intervention dans des conditions qui peuvent être très éloignées des conditions de validité du modèle.

Boqué (1993) lie "*fortement les notions de modèle, d'hypothèses explicatives, et de théories organisationnelles systémiques - un concept trinitaire qui doit permettre un questionnement de la réalité* ". Nous considérons que le concept de 'modèle', central dans la RSS, s'apparente à une théorie sur le fonctionnement systémique des services de santé. Cependant, pour Grodos et Mercenier (2000), le modèle -ou la théorie- inclut également le contexte comme une condition de sa validité. Elle n'est par conséquent pas 'testable' dans d'autres contextes où ces conditions ne sont pas vérifiées. A défaut de tester la théorie au sens expérimental du terme, on peut observer des effets divergents, inattendus, indésirables et non prévisibles. Mettre en évidence ces observations peut être considéré comme un moyen d'apprendre dans et sur ce nouveau contexte. Il est également possible d'utiliser le modèle -la théorie- comme point de référence pour étudier dans d'autres contextes comment fonctionnent les systèmes de santé. Cependant les auteurs ne proposent pas de méthode pour confronter la théorie validée dans un contexte à ce qui se passe dans d'autres contextes très différents et surtout de faire la synthèse.

Qu'il s'agisse de la *grounded theory* ou de la recherche sur les systèmes de santé, deux approches différentes mais pertinentes pour notre recherche, nous nous trouvons dans la même impasse puisque nous ne pouvons projeter les résultats d'une théorie générée (*grounded theory*) ou

[14] L'auteur justifie l'utilisation du terme 'fluide' *'parce que les* grounded theories *réfèrent à des interactions entre de multiples acteurs et qu'elles mettent l'accent sur la temporalité et sur les processus'*.

testée (recherche sur les systèmes de santé) hors de leur contexte. En effet le contexte introduit un 'bruit de fond' qui gêne et l'utilisation de résultats antérieurs et la prédiction de situations futures parce que la relation établie entre la logique d'une intervention et les effets qu'elle produit dans le système n'est pas indépendante du contexte. Le véritable défi méthodologique pour le chercheur, puisqu'il ne peut ni éliminer ni contrôler l'interaction avec le contexte et son histoire, est de mettre cette interaction intervention - contexte au cœur du processus de recherche. '*Where we are faced with the task of evaluating policy interventions in complex dynamic social systems the key tasks lie in the conceptual specification of the system and its context, the specification of the programme logic/theory, and the crafting of an evaluation design that 'fits' this specification* (Sanderson 2002)'.

Dans la conclusion de son article, projetant le futur de la *grounded theory*, Strauss (1994) prédisait que la méthode sera améliorée : *'des adaptations spécifiques seront apportées par les chercheurs pour inclure un plus grand nombre de phénomènes. Cette amélioration et cette adaptation consistera aussi à inclure des études multi-sites dans une grande variété de lieux y compris en interculturel'*. C'est précisément ainsi que Pawson et Tilley (Pawson & Tilley 1997) proposent de procéder en développant ce qu'ils ont appelé l'évaluation, puis la synthèse réaliste ('*Realistic Synthesis*') (Pawson 2002a; Pawson 2002b; Pawson 2003; Tilley 2000). Leur apport fondamental consiste à déplacer le centre de gravité de la recherche: ce n'est pas tant la relation intervention – effet que l'on explore, mais la relation contexte - logique d'intervention.

L'évaluation des interventions dans les systèmes complexes: l'apport des theory based evaluations

Avant de préciser en quoi consiste l'évaluation réaliste, commençons par situer cette approche dans le courant des 'évaluations basées sur les théories'. Stame (2004) formule le problème en référant à la métaphore de 'la boîte noire': le mécanisme par lequel une cause produit son effet. Nous reprenons ici son argumentaire. Alors que le paradigme de l'approche expérimentale peut se passer d'ouvrir la boîte noire (on peut tester l'efficacité d'un médicament sans nécessairement en connaître précisément le mécanisme d'action), ce qui nous préoccupe, lorsque l'on étudie un phénomène complexe dans un environnement complexe, ce n'est pas seulement de savoir si une intervention A produit un effet attendu B, mais de comprendre ce qui se passe dans la boîte noire de l'intervention: Quelle logique a été suivie dans la réalité par l'intervention ? Autrement dit, l'intervention s'est-elle déroulée selon la théorie qui la sous-tend?

Pour Chen et Rossi (2004), dans l'évaluation classique (expérimentale ou quasi-expérimentale) la boîte noire est vide: les théories qui sous-tendent les interventions n'ont pas été explicitées et c'est précisément le rôle d'une évaluation de les expliciter. Une *'theory driven evaluation'* devrait donc commencer par expliciter la théorie sous-jacente à partir des points de vues des acteurs et/ou des chercheurs puis la confronter au terrain.

Weiss (1995) aborde le problème différemment. Pour elle, la boîte noire n'est pas vide. Elle est au contraire remplie de théories, qui prennent la forme de présupposés, de postulats, d'accords tacites, aussi nombreux qu'il y a d'acteurs. En effet, les opérateurs/acteurs ont généralement une « théorie d'action » qui sous-tend et justifie à leurs yeux l'intervention. Mais le fait que l'intervention marche ne valide pas cette théorie. Elle peut s'expliquer par d'autres raisons et d'autres mécanismes qu'il revient précisément aux évaluateurs/chercheurs d'expliciter. De plus, le mécanisme opéré par l'intervention ne consiste pas seulement en un jeu d'activités mises en œuvres mais également par les réactions que ces activités vont générer (Weiss 1997). C'est la genèse de ces réactions qu'il faut théoriser, puis tester: les réactions attendues se sont-elles produites selon la théorie ? L'évaluation contribue ainsi à générer de nouvelles théories à partir de la théorie initiale supposée d'une intervention.

Toutes ces approches reconnaissent la complexité des interventions et l'importance des interactions dans des systèmes complexes. Si elles dépassent les limites des approches expérimentales, de vérification/falsification de relations cause - effet linéaires, elles n'offrent pas de solutions pour établir une relation entre une intervention et ses résultats lorsque les interactions avec le contexte sont prépondérantes et interdisent l'extrapolation à des contextes différents.

L'évaluation réaliste: une avancée méthodologique significative pour aller au-delà d'un contexte particulier

L'apport essentiel de l'évaluation réaliste (*Realistic Evaluation*) proposée par Pawson et Tilley (1997) est d'introduire le complexe contexte - mécanisme - effet (CMO) dans lequel l'effet (O, pour '*Outcome*') d'une intervention procède de l'interaction entre un *mécanisme* (M) supposé (la logique rationnelle de l'intervention) et un *contexte* (C). Pour Pawson et Tilley, une intervention ou un programme représente une opportunité qui pourra être ou non saisie par les acteurs. L'effet dépendra de la façon dont le mécanisme supposé de l'intervention sera appliquée dans un certain contexte. Partant du constat qu'il est possible d'observer différentes interventions qui mettent en jeu la même logique -une même famille de mécanismes (M, M' etc.)- , dans différents contextes (C_1, C_2 etc.) que l'on est capable de décrire, ils postulent que l'on peut observer des régularités (*patterns*) dans les effets produits (O_1, 0_2 etc.), régularités qui sont liées à des caractéristiques du contexte (Figure 3).

En multipliant les contextes d'observation, on crée l'opportunité de voir apparaître ces régularités. On ne cherche pas à vérifier des effets, constants et reproductibles, en fonction de variables, mais à observer des régularités dans les effets produits (positifs, négatifs ou inattendus) dans des contextes semblables (ou différents (O_2) mais dont les différences sont identifiées et caractérisées dans une typologie).

Figure 3: Middle-range theories et complexes CMO [adapté de Pawson et Tilley (1997) page 73]

En d'autres termes, on recherche des régularités dans le comportement de 'familles d'interventions', puis on relie ces régularités à un type de contexte en générant à partir de ces observations une théorie intermédiaire ('*middle range theory*') et provisoire (T) qui explique pourquoi et comment le mécanisme d'une intervention donnée produit un résultat donné dans un type de contexte donné et un résultat différent dans un autre contexte. "*Realistic evaluation is simply an application of this insight to the examination of social programmes. Its concern is with understanding causal mechanisms and the conditions under which they are activated to produce specific outcomes*" (Tilley 2000). Le produit de la recherche n'est pas une réponse définitive sous forme de loi identifiant l'intervention la plus efficace dans tous les cas pour mettre en œuvre une intervention, le '*best buy*'. L'objectif n'est pas non plus de généraliser les interventions qui ont donné les meilleurs résultats. Il ne s'agit pas de répondre à la question *'Qu'est-ce qui marche ?'*. Il s'agit de comprendre *'Ce qui marche, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi ?'*.

L'élément central de la démarche expérimentale est la relation entre une cause et un effet, à la recherche d'une causalité 'successioniste' où l'effet 'succède' à la cause de façon constante. L'élément central de la recherche réaliste est déplacé vers la relation entre un mécanisme (produisant un effet) et un contexte. La causalité n'est plus *successioniste*, elle est *générative*: l'interaction entre les multiples éléments du contexte (qui varient d'un contexte à l'autre et qui interagissent aussi entre eux) et une cause *génère* l'effet qui a lui-même un effet rétroactif sur les interactions qui l'ont produite.

La variabilité de l'effet n'est pas en soi un problème. Ce que l'on veut comprendre c'est pourquoi un mécanisme produit des effets inattendus lorsqu'on change de contexte ou bien produit des effets identiques dans des contextes différents ou au contraire produit des effets différents dans des contextes identiques. "*The realist understands causality in terms of underlying causal mechanisms generating regularities*" (Tilley 2000). En identifiant les régularités qui surviennent dans cette relation, on peut regrouper dans une typologie des familles 'contexte - mécanisme - effet' (CMO), et construire une théorie explicative des régularités observées dans la relation (Pawson

2003). Ces théories sont provisoires. De théorie intermédiaire en théorie intermédiaire on enrichit continuellement notre compréhension des mécanismes d'action d'une intervention.

L'objectif de 'évaluation réaliste est en effet d'expliquer pourquoi 'telle approche fonctionne de telle façon pour tel type de personnes ou de systèmes et dans tel type de situation alors qu'elle fonctionne à l'inverse dans tel autre type de situation et pour tel autre groupe de personnes/systèmes'. Ces théories intermédiaires permettent, dans certaines conditions, de *prédire* ce que pourrait produire une intervention donnée dans un contexte différent de celui où elle a été testée. Cette prédiction reposant sur une théorie provisoire est relative. Il s'agit plus d'une plausibilité que d'une probabilité au sens statistique du terme. Pour l'acteur social, cela appelle à la circonspection et à la prudence dans l'application. Lorsque se pose la question de répliquer ou de généraliser une intervention, ce n'est pas le contenu de interventions qui est transférable, ce sont les théories intermédiaires qui expliquent comment elles fonctionnent. Pour le chercheur 'réaliste', la falsification éventuelle de la théorie intermédiaire et provisoire n'est pas un problème. Contrairement à la démarche expérimentale, la démarche réaliste considère la falsification de la théorie comme une opportunité bienvenue pour enrichir la théorie. La synthèse réaliste des observations dans une multitude de contextes s'apparente à une méta-analyse. Toutefois, elle en diffère fondamentalement en ce que la méta-analyse vise la généralisation d'une intervention qui produit un effet constant, alors que la synthèse réaliste vise la généralisation d'une théorie qui explique pourquoi telle intervention marche dans telles circonstances et pour telles personnes.

Stame (2004) positionne l'évaluation réaliste dans le prolongement des *theory based evaluations*. Ce positionnement dissimule cependant une fracture. En effet, alors que les tenants des *théory based evaluations* et les puristes de la *grounded theory* adoptent une posture résolument relativiste, en opposition au positivisme , les 'réalistes' revendiquent une posture positiviste, dans la tradition de Popper (Pawson 2002b). Reconnaissant la complexité du monde social, les réalistes proposent de tester (adoptant en cela une posture résolument positiviste) non pas des lois reliant de façon stable une cause à un effet mais des théories explicatives intermédiaires, reposant sur l'observation de régularités, de phénomènes pouvant apparaître contradictoires en raison d'effets liés au contexte.

L'évaluation réaliste: comment ça marche ?

En pratique, une synthèse réaliste commence par circonscrire le mécanisme que l'on veut étudier (par exemple 'la mise en œuvre d'incitants permet d'augmenter la motivation et finalement la performance'). On formule une première théorie explicative du fonctionnement du mécanisme étudié, autrement dit de la logique d'intervention, sur base de la littérature, de l'expérience, et des hypothèses/théories d'action qui sous-tendent les programmes qui font appel à ce mécanisme (par exemple 'l'homme est rationnel, sa rationalité est économique, il recherche son intérêt, il répondra positivement aux incitants qui lui permettent de maximiser ses intérêts'). Il s'agit d'une première théorie intermédiaire (*middle-range theory*) telle que la définit Merton (1968; in Pawson & Tilley 1997): "*Theory that lies between the minor but necessary working hypotheses that evolve in abundance during day to day research and the all-inclusive systematic efforts to develop a unified theory that will explain all the observed uniformities of social behavior, social organization, and social change.*"

A l'aide d'études de cas, on confronte alors cette théorie initiale à différents contextes où ce mécanisme a été appliqué. En pratique, à ce stade, la collecte des données de terrain fait appel à une démarche inductive, à diverses méthodes de recherche sur les organisations et à des techniques de recueil propres à la recherche qualitative, sans s'interdire de recourir à des données quantitatives lorsqu'elles sont éclairantes (Ferlie 2001; Fulop *et al.* 2001; Meyer 2001; Murphy 2001)

Une première étude de cas portera donc sur une première situation, elle cherchera à expliciter comment le mécanisme à l'étude a fonctionné dans la réalité et les résultats attendus et non attendus qu'il a obtenus. On observera dans quelle mesure la théorie se vérifie dans le contexte particulier de cette situation. On pourra ainsi enrichir la théorie. (Par exemple : 'Les incitants n'améliorent la performance que dans la mesure où ce à quoi ils poussent contribue à la performance : des incitants qui poussent à augmenter le nombre de patients vus pour améliorer la productivité peuvent diminuer la qualité des consultations dans un contexte où la consultation est

déjà surchargée. On en déduit qu'il faut un alignement de l'incitant sur le résultat escompté pour que le mécanisme fonctionne positivement').

On procède à une deuxième étude de cas d'un type d'intervention similaire dans d'autres contextes. On pourra alors enrichir la théorie de nouvelles propositions. (Par exemple : des incitants financiers fonctionnent mieux dans des contextes où la raison sociale de l'organisation est économique que dans des organisations caritatives, où ils révèlent un conflit d'intérêt et une perte de sens qui démotive les personnels).

On multiplie ensuite les études de cas pour affiner et compléter progressivement la théorie initiale sur le fonctionnement des incitants. Il s'agit d'identifier des régularités de comportement d'un même mécanisme, sous-jacent à différentes interventions, dans des contextes différents. La synthèse se présente sous forme d'une théorie intermédiaire toujours provisoire qui peut être confrontée à de nouveaux contextes suivant un processus sans fin.

Réaliser une synthèse dans de multiples contextes pose un vrai défi: celui de passer d'un contexte à l'autre et d'une intervention à l'autre sans changer de 'lunettes' tout en ajustant la focale. Pour cerner le contexte il faut lui définir des contours, il faut également pouvoir l'appréhender. Il faut accepter de ne pas décrire la réalité dans toute sa complexité -ce qui serait d'ailleurs impossible- et se contenter de le décrire de façon suffisamment détaillée pour le rendre reconnaissable mais aussi de le réduire en le modélisant de façon à le rendre accessible à une typologie, une classification par 'prototypes' en quelque sorte, qui donne des repères pour passer d'un contexte à l'autre.

Cette théorie affinée, mais jamais définitive qui résulte d'une évaluation réaliste est alors utilisable, non pour diffuser ou généraliser telle ou telle intervention, mais pour inspirer le design d'interventions qui feront appel au même mécanisme. On évitera ainsi de répliquer des expériences à succès qui n'ont aucune chance de réussir si telle ou telle dynamique, possible dans le contexte expérimental, et essentielle pour le résultat, n'est pas réalisable dans le contexte dans lequel on veut intervenir. Enfin, disposer d'une théorie ainsi affinée (plutôt que testée pour une efficacité supposée universelle) permet aux décideurs de choisir, d'adapter et de piloter les interventions de leur secteur d'activité en tenant compte du contexte particulier dans lequel il évolue ou de la variabilité des situations auxquelles il est confronté.

Le paradigme de la synthèse et de l'évaluation réaliste nous apparaît donc particulièrement adapté lorsque l'on veut étudier des interactions non linéaires dans des systèmes complexes. Le chapitre suivant s'attache à vérifier si c'est le cas de la recherche que nous proposons de mener.

Notre objet d'étude: Les conséquences d'une intervention (la démarche qualité) dans un système complexe (le système de santé)

Revenons à notre sujet d'étude. Nous voulons mieux comprendre l'interaction entre le système de santé et le management de la qualité. Nous nous plaçons dans le paradigme moderne (TQM/CQI) du management de la qualité qui vise la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son management.

Le système de santé: un système complexe

Le système de santé est un système complexe. Si nombre de ses processus sont simples, en relation linéaire avec leurs conséquence, (mise en œuvre d'une procédure certifiée de lavage des mains et réduction des infections post-opératoires par exemple), d'autres ne sont pas linéaires et témoignent du caractère complexe du système de santé (Tableau 2). Un problème dans un élément du système peut trouver son origine à un autre niveau dans le système (Fontaine 1997a). La modification d'un processus peut avoir des répercussions multiples, non prévisibles, parfois très à distance dans l'organisation.

L'encombrement des services d'urgence est pratiquement toujours le reflet d'un dysfonctionnement en aval (hospitalisation) ou en amont (médecine ambulatoire). La fluidification du passage aux urgences peut avoir pour effet d'augmenter encore la pression qu'il subit en l'absence de changement en amont. L'effet d'un changement apporté dans les procédures d'admission directe dans l'hôpital n'est pas entièrement prédictible. Il peut avoir des répercussions en chaîne en modifiant le comportement des différents acteurs, y compris les malades. Des décisions prises en dehors du système de santé concernant par exemple le régime de prestations sociales de certaines catégories de la population peut modifier profondément l'équilibre entre les secteurs de soins de première ligne et de soins hospitaliers, entre l'ambulatoire et l'hospitalisation.

L'importance du fonctionnement en système est particulièrement bien illustré par la prise en charge des femmes enceintes en Guinée. Lors de l'évaluation d'un projet de développement d'un district sanitaire, nous avons mis en évidence l'absence de coordination des interventions entre le sous-système hôpital et le sous-système centres de santé (Blaise 1997). D'un côté le monitorage 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 termes 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 du besoin obstétrical non couvert, mesuré par l'indicateur BONC (Besoin Obstétrical Non Couvert)[15] développé par De Brouwere et Van Lerberghe (1998), révèle un déficit majeur en interventions obstétricales vitales 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 dans chaque segment du système jugée adéquate selon les standards du programme, 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 dysfonctionnements majeurs.

Cet exemple peut être porté à un degré supplémentaire de complexité. Le contenu même de la consultation prénatale est probablement en cause. Dujardin (2003 p 134) montre de façon saisissante que la stratégie de l'approche de risque dans la prise en charge prénatale établissant une relation linéaire entre la présence d'un facteur de risque et la probabilité de présenter une complication a eu pour conséquence de réduire la consultation à la seule recherche de facteurs de risque pour la grossesse et l'accouchement parce que l'on pensait avoir démontré une puissance prédictive suffisante. Cette démonstration scientifique falsifiée, le mythe de l'approche de risque à perduré et fait obstacle au développement d'une consultation prénatale conçue comme une opportunité de dialogue entre le prestataire et la femme qui réponde à ses attentes, instaurant un climat de confiance, et transmet une information équilibrée afin de lui permettre de faire face de façon appropriée en cas de survenue d'un problème. Si une telle consultation avait été promue dans notre exemple Guinéen, le résultat aurait peut-être été différent.

Tableau 2: Le fonctionnement en système des services de santé: exemples.

Ce caractère complexe est bien reconnu aujourd'hui. Aux Etats-Unis *L'Institute of Medecine* (2001b), dans un rapport qui a fait grand bruit concernant les dysfonctionnements du système de

[15] En Anglais UON(*Unmet Obstetrical Need*

santé américain, construit toute son argumentation pour une reconstruction du système à partir du constat que le système de santé est un système complexe 'auto-adaptatif'.

Health care organizations as complex adaptive systems

A health care system can be defined as a set of connected or interdependent parts or agents—including caregivers and patients—bound by a common purpose and acting on their knowledge. Health care is complex because of the great number of interconnections within and among small care systems. For example, office practices and critical care units in hospitals are linked to other units (such as laboratories and emergency departments) and are often embedded in even larger "umbrella" organizations such as hospitals, health plans, and integrated delivery systems.

Health care systems are adaptive because unlike mechanical systems, they are composed of individuals—patients and clinicians who have the capacity to learn and change as a result of experience. Their actions in delivering health care are not always predictable, and tend to change both their local and larger environments. The unpredictability of behavior in complex adaptive systems can be seen as contributing to huge variation in the delivery of health care. If such a system is to improve its performance—that is, improve the quality of care it provides— some of these actions need to be specified to the extent possible so they are predictable with a high level of reliability. Other actions are not specifiable because their relationship to outcomes is not well understood.

The task for clinicians and managers, then, is not to treat all situations alike, but to understand when specification and standardization are appropriate and when they are not. The challenge of improving quality lies in understanding that in situations lacking high levels of certainty and clinical agreement, flexibility that results in variation based on patient needs is appropriate. The converse, overspecification, can result in too many handoffs, unnecessary steps, and a lack of the ability to customize.

On the other hand, variation should be minimal in situations in which the levels of certainty and clinical agreement are high and the science base is consistent. In health care today, many processes are underspecified and understandardized. Many irrational variations in practice cannot be justified as better meeting patients' needs, and they represent lost opportunities for benefit.

A surprising finding from research on complex adaptive systems is that relatively simple rules can lead to complex, innovative system behavior. An understanding of complex adaptive behavior has been advanced by studies of biological systems, such as the flocking of birds or schooling of fish to avoid predators. These studies and computer models have confirmed that a few simple rules can guide complex behavior toward a goal. Such systems move toward their goals by having (1) a common purpose (in this case, avoiding predators); (2) internal motivation (surviving another day); and (3) some simple rules that guide individual behavior (keeping up with the group, moving toward the center of mass of the group, and avoiding collisions). Two more familiar examples of simple rules that have given rise to great variety and complexity in social systems are the Ten Commandments and the Bill of Rights, both of which have been interpreted flexibly but remain remarkably robust over time. Good rules describe how the system should function, but do not need to specify this functioning in detail. This insight can help inform the work of redesigning health care as well.

Tableau 3: The health system a complex adaptive system according to the Institute of Medicine (2001a) page 63

Le rapport de Iles et Sutherland (2001) du service recherche et développement du National Health Service britannique (NHS) considère le système de santé comme un système complexe dont les éléments sont en interaction permanente: *'In terms of understanding organisations, systems thinking suggests that issues, events, forces and incidents should not be viewed as isolated phenomena but seen as interconnected, interdependent components of a complex entity. Applied to change management, systems theory highlights the following points: A system is made up of related and interdependent parts, so that any system must be viewed as a whole; A system cannot be considered in isolation from its environment; A system which is in equilibrium will change only if some type of energy is applied; Players within a system have a view of that system's function and purpose and players' views may be very different from each other.'*

Dans le premier article d'une série traitant de la complexité en santé, Plsek et Greenhalgh (2001) "*acknowledged the complex nature of health care in the 21st century, and emphasised the limitations of reductionist thinking and the 'clockwork universe' metaphor for solving clinical and organisational problems. To cope with escalating complexity in health care, we must abandon linear models, accept unpredictability (and utilise) autonomy and creativity, and respond flexibly to emerging patterns and opportunities*".

Dujardin dans son livre 'Politiques de santé et attentes des patients' (2003) va plus loin. Il confirme qu'il faut s'éloigner d'une vision simpliste, mécaniste des systèmes de santé, dépasser la recherche d'une relation simple, mécanique de causalité entre intervention et système, pour déboucher sur la transversalité, le lien entre les dynamiques créées par les individus et les communautés. Il appelle à la confrontation de deux paradigmes: *le paradigme pasteurien*, une cause - un effet - un traitement, qui a donné naissance aux grands programmes de contrôle des maladies et *le paradigme systémique* acceptant la complexité, basé sur une approche globale des problèmes de santé (les problèmes de santé pris dans leur ensemble comme causes de souffrance), qui appelle à une réponse systémique des services de santé centrée sur l'interaction avec le patient considéré dans sa globalité et non réduit à sa maladie. Il nous prévient que l'acceptation du paradigme systémique n'est pas sans conséquences. Cela signifie s'éloigner de la fausse sécurité des solutions simples universelles et reproductibles, de renoncer à la visibilité d'interventions faciles à expliquer qui permettent la justification humanitaire d'intérêts scientifiques, économiques et politiques et d'abdiquer une partie de la puissance que confère la détention du savoir. Si la synthèse entre les paradigmes systémique et pasteurien (on ne peut se passer du paradigme pasteurien et des méthodes expérimentales évidemment) est l'objectif, cela signifie dans la situation actuelle le renforcement du paradigme systémique et une redéfinition plus étroite du champ du paradigme pasteurien. Or les paradigmes font partie de l'inconscient collectif et de la culture dominante. Il faudra donc convaincre intelligemment, le monde politique, le public en général et le monde scientifique en particulier de la nécessité et de l'intérêt de faire coexister les deux paradigmes.

Enfin, accepter la complexité, c'est reconnaître que le système de santé n'est pas le produit de manipulations managériales. Il émerge des actions et des interactions de tous ses acteurs. C'est autour des interactions que la recherche doit aussi s'articuler. C'est d'abord en en observant les actions entreprises que l'on commence à les comprendre: il s'agit tout à la fois de d'agir pour comprendre et de mieux comprendre pour mieux agir une dualité cohérente avec la notion de complexité. Dujardin (2003) nous rappelle les mots du poète espagnol Antonio Machado "*Pèlerin, il n'y a pas de chemin, c'est en marchant que se fait le chemin.*"

Le management de la qualité: un révélateur de la complexité du système

L'introduction de la démarche qualité dans le système de santé en révèle la complexité. Bien sûr elle s'intéresse à l'amélioration de phénomènes simples (s'assurer de la régularité dans le suivi des procédures de commandes de médicaments ou des procédures de stérilisation pour le bloc opératoire, par exemple). Ces phénomènes simples sont parfois intriqués dans des chaînes de processus qui peuvent être très compliquées (le contrôle qualité des laboratoires d'analyse d'un grand hôpital en Europe par exemple concerne des milliers d'examens différents, justifiant des procédures de contrôle strictes, dépendant de centaines de machines dont la maintenance obéit à des procédures très codifiées, et utilisant des centaines de réactifs différents, eux-mêmes soumis à des contraintes de qualité). Néanmoins, cette intrication *compliquée* peut être découpée en une chaîne de processus linéaires articulés entre eux de façon également linéaire. Mais le management de la qualité doit aussi s'occuper de résoudre des problèmes complexes d'origine systémique (modifier le comportement des généralistes en charge de la permanence des soins en ville pour rendre au service des urgences sa fonction vitale par exemple, ou modifier les comportements relationnels des cliniciens - une interaction très complexe - pour améliorer l'adhésion au traitement des malades).

La définition même du concept de qualité n'est pas univoque. Lohr (1991) identifie environ 100 définitions déclinant différentes perspectives. La qualité n'est pas une somme de caractéristiques bien définie d'un 'produit'. La définition de la qualité en santé ne relève pas de l'identification d'un jeu de caractéristiques techniquement définies. Dans le monde des soins de santé, la définition de ce qui est 'reconnu' comme étant 'de qualité' résulte d'un processus social

(chapitre 1). Et bien entendu cette définition varie en fonction des acteurs de cette reconnaissance, et évolue avec le temps. Elle est indissociable du contexte qui lui donne naissance.

Si la qualité est socialement construite, son amélioration relève également d'un processus social. La démarche qualité fait appel à l'interaction entre de multiples acteurs, dont les intérêts peuvent être divergents, face à l'instauration de mécanismes d'assurance qualité. Les interactions résultantes de la mise en œuvre du management de la qualité peuvent modifier l'équilibre des relations de pouvoir au sein de l'organisation. L'amélioration de la qualité implique le changement et tout changement est potentiellement générateur de conflits de pouvoir. Les changements dans les processus de soins mettent en jeu la communication entre des groupes d'individus, communication jamais parfaite et source de quiproquos par définition non prévisibles. Le management de la qualité est traversé par des logiques d'interventions divergentes. Il consiste en effet à faire deux choses potentiellement contradictoires. D'une part mettre en œuvre des changements pour aligner les pratiques sur les standards préalablement définis et d'autre part assurer et maintenir la conformité à ces standards. Comme le dit Kolb (2002b), il s'agit d'osciller constamment entre deux phases: celle de l'explicitation des processus et leur remise en cause et celle de la consolidation des nouvelles pratiques.

Nous avons considéré que la logique du management de la qualité vise la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son management - un changement de culture[10]. Hudelson (2004) considère que les chercheurs qui étudient qualité et culture sont confrontés à des questions de nature complexe: '*Culture is a complex and multi-faceted concept, and its study requires conceptual models and research methods that can reflect this complexity and which acknowledge the existence of multiple views and voices.'* Elle insiste sur l'importance du contexte: '*context and the ways in which features of a specific situation or settings impacts upon the phenomenon under study.'* Elle souligne l'intérêt des approches qualitatives: '*Qualitative research [*which*] tends to be flexible and iterative allows for the discovery of unexpectedly important topics*.'

Notre objectif est donc bien d'étudier la survenue (ou son absence) d'un phénomène - le changement de culture organisationnelle - résultant d'une intervention - l'introduction du management de la qualité - dans un système complexe -le système de santé-. C'est donc bien la nature même de notre objet d'étude -complexe- qui nous amène à faire le choix de l'approche réaliste pour la mener à bien. construire une théorie

Non seulement elle est pertinente en raison de la nature même de notre objet d'étude, mais elle est également pertinente en raison du but que nous poursuivons. Notre finalité ne se réduit pas à la seule connaissance académique. Il s'agit de contribuer à la décision concernant le développement, la diffusion ou la généralisation de la démarche qualité dans des contextes en évolution permanente. Nous avons besoin d'une théorie pour comprendre ce qui se passe lorsqu'on introduit la démarche qualité dans une organisation/système de santé. Après trente années consacrées à l'assurance qualité, Donabedian disait : "*From stories of experience, I conclude that success or failure does not depend on the [quality assurance] method of review and readjustment, in itself, but on an interaction between the method and the circumstances of its application. Unfortunately, we do not have a theory that can explain and predict these interactions. Rather we have many theories, and have also a number of eclectic formulations, Total Quality Management for example*." (Donabedian 2001b)

Notre proposition: l'évaluation réaliste de l'introduction du management de la qualité dans les services de santé

La méthode réaliste étant retenue, il nous faut maintenant préciser comment nous proposons de la mener à bien.

Préciser les limites du contexte

Nous concentrerons progressivement notre étude au contexte africain. Cependant pour pouvoir en identifier les spécificités nous ferons appel lorsque cela est pertinent à la réflexivité par rapport à des expériences d'autres continents. Nous limiterons également notre étude au domaine des systèmes de santé au sens restreint du terme: les organisations prestataires de

services de santé. De plus, pour des raisons pratiques d'accès au terrain, nous nous sommes concentrés sur le secteur public. Ici également il n'est bien évidemment pas inutile de se référer lorsque cela est pertinent à des constats relevant d'autres secteurs que celui de la santé. L'explicitation de ces limites fait partie de la définition du contexte.

Préciser les contours de la CMO que nous étudions

Nous nous inscrivons dans le paradigme moderne du management de la qualité totale et de l'amélioration continue de la qualité: qu'elle soit mise en œuvre sous le modèle du management de la qualité totale, ou sous le modèle de l'amélioration continue de la qualité, '*la qualité est le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent s'organiser*' (Minvielle *et al.* 1994).

Nous concentrons sur le processus d'introduction du management de la qualité dont nous étudions l'impact sur l'organisation, sa configuration, son fonctionnement, sa 'culture'. Nous circonscrivons le mécanisme (M) [intervention - effet] à l'interaction des programmes de management de la qualité ou d'interventions d'amélioration de la qualité avec le système de santé dont l'effet attendu est de placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son fonctionnement (outcome O).

En revanche, on ne discute pas les résultats ni l'impact en termes d'efficacité. On n'étudie pas dans quelle mesure la qualité effective a été améliorée ni du point de vue technique, ni du point de vue des patients. En termes de résultats, on accepte ce qui en est dit par les acteurs et attesté dans les documents. Nous examinerons plusieurs 'configurations CMO' (études de cas) dans différents contextes (C_1,C_2,C_3).

Conduire une évaluation réaliste dans des contextes variés

Nous suivrons les étapes suivantes (Figure 4):

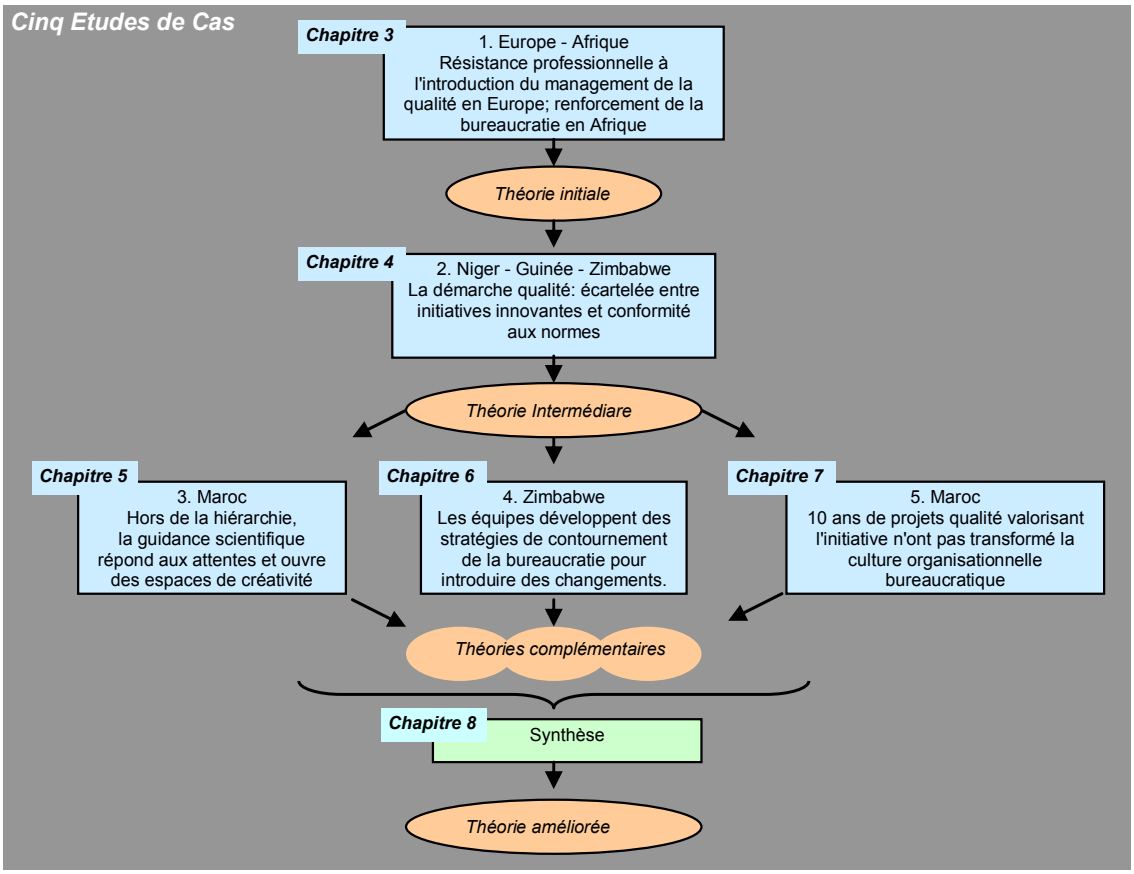


Figure 4: Evaluation réaliste de projets qualité en Afrique: architecture de la recherche

Générer une théorie initiale

Afin de générer une **théorie initiale** qui soit notre point de départ, nous comparons des tendances suivies par le mouvement pour la qualité dans les services de santé Européens d'une part et Africains d'autre part (Chapitre 3) (Blaise & Kegels 2001; Blaise & Kegels 2004). Cette étude qui n'est pas une étude de cas à proprement parler fait appel à de multiples sources d'information, articles scientifiques, littérature grise, articles de presse, communications et expériences personnelles.

Confronter cette théorie à des contextes multiples grâce à des études de cas

Muni de cette théorie initiale nous focalisons notre étude sur l'Afrique, autour de trois études de cas, en Guinée, au Niger, et au Zimbabwe (Chapitre 4) (Blaise & Kegels 2002)[16]. Ces études de cas reposent sur trois sources d'information: 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; les données et les documents générés par les projets concernés; enfin des communications personnelles d'informateurs clés (étudiants, consultants) ainsi que notre expérience personnelle dans la mesure où nous-mêmes (étude de cas Guinée et Zimbabwe), ou nos collaborateurs proches (étude de cas Niger) avons été acteurs. Grâce à ces études de cas, nous affinons notre théorie initiale dans une **théorie intermédiaire** et identifions trois phénomènes d'adaptation des systèmes de santé à l'introduction du management de la qualité.

Nous explorons alors ces phénomènes dans trois autres études de cas menées de façon indépendantes, une au Zimbabwe et deux au Maroc (Chapitres 5, 6 et 7) (Blaise *et al.* 2003; Blaise *et al.* 2004; Blaise & Kegels 2003). Chacune de ces études de cas repose essentiellement sur deux sources d'information. D'une part l'étude de la documentation générée par le projet : les rapports d'une part, mais également l'ensemble des documents produits dans le cadre des interventions mises en œuvre. D'autre part, le recueil et l'analyse qualitative d'entretiens avec les acteurs, au cours desquels ils ont décrit ce qui s'est passé, exprimant leur perception et leur vécu, afin de progressivement affiner notre compréhension des phénomènes à l'oeuvre, en interaction avec les acteurs selon les principes énoncés par Strauss concernant la *grounded theory*. Ces trois études de cas contribuent à l'enrichissement de notre théorie sous forme de **théories complémentaires**.

Faire une synthèse réaliste sous forme d'une théorie intermédiaire

A l'issue de ce travail, nous tirons les leçons apprises (Chapitre 8). Nous sommes en mesure de faire une synthèse sous la forme d'une **théorie améliorée**, toujours intermédiaire et provisoire, dérivée de nos théories intermédiaires successives. Nous en discutons la portée pour l'orientation future du management de la qualité dans les services de santé publics Africains. Nous discutons également les limites de notre travail tant sur le plan méthodologique que sur le plan des conclusions. Enfin nous proposerons des axes d'orientation de futures recherches.

[16] Soumis et accepté avec révisions pour publication à *Sciences Sociales et Santé.*

Chapitre 3

A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems : a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models

Dans ce chapitre, nous comparons les évolutions suivies en Europe et en Afrique par le mouvement de la qualité.
Nous montrons l'influence de la culture organisationnelle dans les résistances au changement.
Nous générons ainsi une théorie initiale pour expliquer l'interaction entre management de la qualité et systèmes de santé.

Article publié:
Blaise P & Kegels G 2004 A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems : a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models *Int J Health Plann Mngt* (19) 337-364

A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models.

Abstract

The quality movement is gaining momentum worldwide in the field of health care. Initiated in industrialised countries, it steadily grows in Africa. However, there is no evidence that approaches designed to address issues in a given organisational context have the same effect in another one where issues present differently.

Along the epistemological paradigm of realistic evaluation proposed by Pawson and Tilley, we use Mintzberg's organisational models to compare the configurations of European and African health care organisations and the trends followed by the quality management movement in both contexts. We illustrate how European health systems traditionally emphasize professional autonomy while African health systems are structured as command and control hierarchical systems. We illustrate how the quality movement in Europe emphasises standardisation of procedures, a characteristic of a mechanistic organisation, while excessive standardisation is part of the quality problem in Africa.

We suggest that instilling professionalism may be a way forward for the quality movement in Africa to improve patient focus and responsiveness of responsible professionals. We also suggest that our interpretation of broad trends and contrasts may be used as a useful departure point to study the wide contextual diversity of the African experience with quality management.

KEYWORDS: Health Services Research; Quality Assurance, Health Care; Organizational Culture; Europe; Africa.

Introduction

All over the world, health systems are under pressure. With the exploding development of health care technology, health systems face new challenges in industrialised countries while developing countries still struggle to develop a health system able to meet the growing needs and the rising expectations of an increasing population hit by new strains of epidemics.

In Europe, health care expenditures rise and undermine its social financing. The pressure put on professionals for more accountability and effectiveness increases. Scandals such as the Shipman or the Bristol cases in UK (Coulter 2002; Dyer 2000; Frankel *et al.* 2000; Horton 1998) and the blood transfusion HIV contamination or the growth hormone scandal in France (Coignard 2002; Dumay 2002) put into question the regulation frameworks (Klein 1998). The recurrent near bankruptcy of social insurance systems in France calls for drastic cost containment measures (Dorozynski 1995b; Dorozynski 1997; Garcia 2000; Mandraud 2001). Health care reforms are presented as inevitable but provoke fears and resistance (Dorozynski 1995a; Dorozynski 1996a; Dorozynski 1996b; Dorozynski 2000; Dorozynski 2002; Fonfria 1997). Quality improvement has become the rallying point called upon to bring together proponents and opponents of subsequent waves of measures(Charvet-Protat *et al.* 1997; Guélaud 2004; Jarlier & Charvet-Protat 2000) . The rising concern for quality was soon followed in Europe by a strong movement to implement various models of quality management in health care organisations, although it is not clear whether it reflects a genuine concern of health care professionals or a reaction to external pressure. Adapted from industry, the quality movement followed various approaches ranging from audit and accreditation (Klazinga 2000; Shaw 2000) to clinical governance and guidelines development (Bohigas & Heaton 2000; Buetow & Roland 1999; Campbell *et al.* 2001; Grol 2000; Scally & Donaldson 1998).

In most African countries, despite significant and successful efforts over the past twenty years to extend health care coverage, increase access and improve efficiency through rationalisation of resources, curative services remain poorly functioning and under-utilised.

Quality of care remains questionable and is questioned indeed by service users when they can voice their concerns (Haddad *et al.* 1998; Jaffré & Olivier de Sardan 2003). There is a growing awareness that increasing access to health infrastructures will serve little purpose if quality of care is not addressed (Criel & Waelkens 2003).

In this time of globalisation, it is tempting to propose the transfer of the quality management approaches developed in the North to address the quality challenges in African health services. Various quality management projects have been implemented in many countries in African health systems during the last decade (Dwyer & Jezowski 1995; Silimperi *et al.* 2002; Whittaker *et al.* 1998). However, health systems are complex organisations and there is no evidence that an approach designed to address issues in a given organisational context have the same effect in another context where issues present differently, as was already suggested by Criel (1999) about health insurance.

This paper intends to explore the reciprocal impact of quality management on health care organisations by identifying broad trends in the quality movement as well as in the organisational configuration of health care systems.

Our premise is that the interaction between the quality movement and organisational culture and structure vary from one context to another. Therefore comparisons are likely to highlight contrasting features whose interpretation will give rise to a better understanding of this interaction. We compare the organisational configurations of European and African health care organisations and the trends followed by the quality management movement in both contexts. Such a comparison represents a challenge given the complexity of both the quality management dynamics and the organisational configuration of health care systems. We deal with this complexity with a modelling approach using the organisational models developed by Mintzberg (1979). We recognise that our methodology oversimplifies heterogeneous situations. Not all health care organisations are the same, neither in Europe nor in Africa, of course. However we believe that the identification of broad trends and contrasts proposed in this paper will be useful as a departure point to later study more in detail the African experience with quality management and explore the wide contextual variation, along the epistemological paradigm of realistic evaluation proposed by Pawson and Tilley (1997).

In a first part we describe the main organisational features of European and African health systems. In a second part, we describe the main features of the quality movement in both systems and identify how it impacts organisational culture and structures. We then propose and discuss an interpretation of these trends. We argue that the organisational configuration of health care systems is not neutral to, and interacts with, the quality management movement. We illustrate how in Europe, the emphasis on clinical practice standardisation and external control to increase accountability may reflect a shift towards a mechanistic type of organisation, challenging professional autonomy, and triggering reactions from professionals to regain control or to resist, while in Africa, it reinforces the extreme standardisation and rigidity of hierarchical command and control systems where lack of responsiveness is part of the quality problem. We argue that this calls for more flexibility, patient-focus and responsiveness from responsible providers in Africa and suggest that instilling professionalism may be a way forward for the quality movement in Africa.

Method: a conceptual framework to compare European and African health care systems

Purpose: understanding interactions in complex health systems.

What happens in health care organisations when they embark on quality management? Our purpose is to gain insight in the dynamic interactions between the quality movement and the organisational configurations of health care systems. Embedded in a broader research, this paper represents a first step in understanding these interactions in various contexts. It synthesises, puts in perspective and interprets the current trends in the quality improvement movement in health care organisations. In this paper, we compare the configurations of health systems and the trends

of the quality movement in Europe and in Africa and we analyse the interaction of quality management with the organisational culture and structures of these different health systems.

In order to study organisational changes - or resistance to change - in various contexts, we need an understanding of the overall trends in organisational configurations as well as in the quality management movement. In other words, we need an initial yet provisional theory as a departure point that serves as an analytical framework for further studies. This is what this paper intends to outline.

Epistemological paradigm: a realistic approach of evaluation of quality management in health systems

Our approach belongs to the realistic evaluation epistemology proposed by Pawson and Tilley (Pawson 2002b; Pawson & Tilley 1997)). In a nutshell, a realistic evaluation starts from the description of the logic of an intervention, where a mechanism (M) produces an outcome (O) in a given context (C). This 'CMO configuration' works according to an initial provisional theory (T). Applied in a different context (C'), the same mechanism will produce expected and unexpected, even adverse effects (O'). The analysis of these effects and their relation to the context leads to a refined, yet still provisional, theory (T'). By multiplying contexts, we end up with a fairly good understanding of the mechanism at work, useful for further implementation. This approach differs from classical evaluation of interventions that address the question 'what intervention works best?', by extending the question to 'for whom, how and in what circumstances?' It moves away from applying a linear vision of causality towards building intermediate theories on the actual functioning of interventions, taking into account the contextual complexity of both quality management and health care delivery. Such intermediate theories do not represent universal laws to be verified or rejected by falsification in a bias controlled environment. Their falsification in a different context represents a welcome opportunity indeed for their continuous revision, update and refinement.

The aim of our broad research is to draw transferable theories indeed on how quality management interacts with organisational structures and cultures in various contexts. In this paper, to draw a first, yet still provisional theory, we describe how the implementation of quality management principles and methods (mechanism M) changes managerial and clinical practices (outcome O) to improve quality of care in two different contexts, the European health care systems (context C) and the African health care systems (context C'). To describe the mechanisms, the outcomes and the contexts, we resort to a broad range of information sources and to a modelling approach, in order to simplify the observation of complex systems and interactions.

Sources of information

Assimilating multiple observations and reports of a range of experiences in various organisational contexts represents a major challenge. Our observations draw on a wide variety of information. A first information source is represented by the experience of the authors as actors in, and consultants for various projects in health services mainly across Africa, both in Francophone and Anglophone countries. A second information source is the grey literature on quality projects made available by organisations in the field of development, public administration and policy. A third information source is the literature over the past ten years on health care reforms and quality assurance in Europe, especially France and the UK, as well as in Africa. The content of several peer reviewed journals on quality in health care were scrutinised over the last years. Together with the scientific literature, we browsed the lay press, especially for opinions and movements in the medical profession. We adopted a pragmatic approach to collect relevant information from the abundantly available material. Since our concern is to formulate a background model through reasoning rather than to validate this model by empirical measurement, we restricted ourselves to a quasi-systematic and purposeful review of the literature. We exercised reflective praxis, with field observations continuously triggering purposeful subsequent literature searches.

Analytical tool: Mintzberg's typology, a model to simplify complex interactions in organisations.

Another challenge is to characterise the overall features of health systems across a variety of western as well as African countries. To draw an overall picture, and to identify general features and trends, we need a model to simplify a complex reality. We rely on the organisational model developed by Mintzberg after extensive studies of the structure of organisations (Mintzberg 1979). Used as an analytical framework to characterise the configuration of an organisation, this model is sufficiently generic and at the same time specific enough to identify general features and trends across a wide variety of organisational and managerial situations. In this section, we briefly present the framework and the typology proposed by Mintzberg to describe the structure and the coordinating mechanisms of organisations.

According to Mintzberg, "*every organised human activity…gives rise to two fundamental and opposing requirements: the division of labour into various tasks to be performed and the co-ordination of these tasks to accomplish the activity*". Therefore *" the structure of an organisation can be defined simply as the sum total of the ways in which it divides labour into distinct tasks and then achieves co-ordination among them"*. From this statement, he proposes a model to describe an organisation and 6 different co-ordinating mechanisms corresponding to six types of organisational structure.

According to Mintzberg, the structure of an organisation has five basic parts (Figure 5).

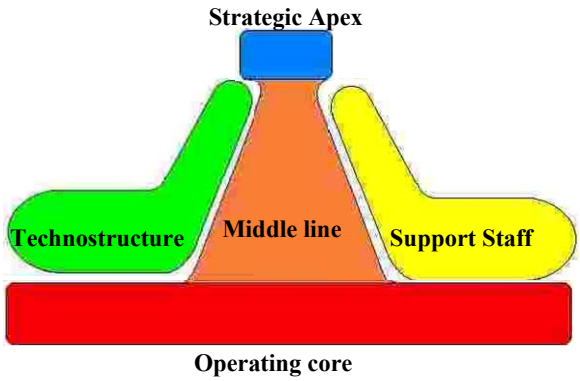


Figure 5 : The five basic parts of organisations (adapted from Mintzberg (1979))

"*The* ***operating core*** *of the organisation encompasses those members -the operators- who perform the basic work related directly to the production of products and services. […] The* ***strategic apex*** *is charged with ensuring that the organisation serve its mission in an effective way, and also that it serve the needs of those people who control or otherwise have power over the organisation.[…] The strategic apex is joined to the operating core by the chain of* ***middle line managers*** *with formal authority. […]The control analysts of the* ***technostructure*** *serve to effect standardisation in the organisation; removed from the operating work flow, they may design it, plan it, change it or train the people to do it but do not do it themselves.* Eventually *[…]a great number of units, all specialised, exists where* ***support staff*** *provide support to the organisation outside the operating work flow.*" (Mintzberg 1979) If all these parts can be found in every organisation, their relative importance varies greatly from one organisation to another to the extent that one part may even be quasi virtual. The various parts have different roles, functions and tasks in order to achieve the purpose of the organisation and they co-ordinate their activities.

In the resulting structure, the relative importance of each part and the main co-ordinating mechanism of an organisation depends on four groups of "*contingency factors*" such as the *size and age* of the organisation, the *technical system* used in its operating core, the *environment* in which it evolves characterised by its level of stability, complexity, diversity and hostility, and the *power relationships* exerted within or over the organisation.

Mintzberg describes five co-ordinating mechanisms. *Mutual adjustment* with informal communication between operators; *direct supervision* when one person delegates tasks through instructions and controls the work; *standardisation of procedures* where analysts, external to the operating group design and program the tasks; *standardisation of outputs* where deliverables are fixed rather than how these should be achieved and *standardisation of skills* where the relevance, consistency and quality of the work produced relies on the high level of training and qualification of operators granted with a large degree of autonomy. Later Mintzberg (1989b) added a sixth co-ordinating mechanism, *standardisation of norms*, meaning that an organisation intentionally develops, with the contribution of analysts, a shared vision of the organisation's mission and expects the operators to comply with this vision.

Mintzberg then distinguishes six main organisational types, according to their structure and their co-ordinating mechanisms. Our analysis mainly refers to the machine type and the professional type (Figure 6).

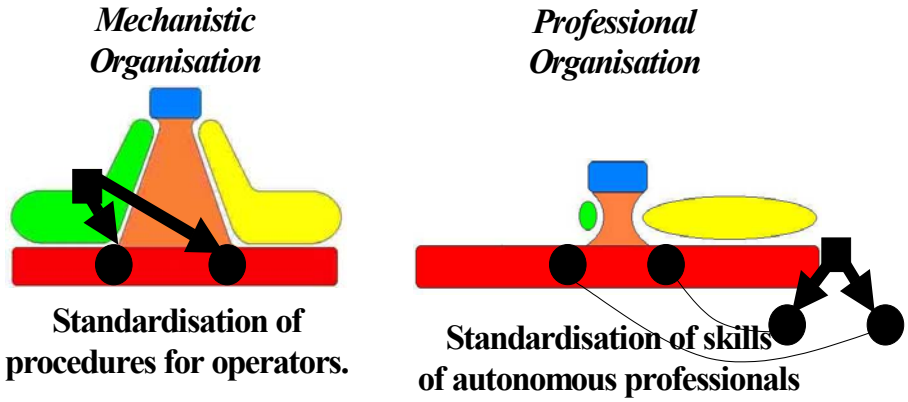


Figure 6 : The machine type and the professional type of organisation (adapted from Mintzberg (1979))

The *machine organisation* co-ordinates its activities through standardisation of work processes; the "technostructure" which designs procedures is its key part. The p*rofessional organisation* co-ordinates its activities through standardisation of skills and qualifications; the Operating core consisting of independent professionals is its key part. The *entrepreneurial organisation* co-ordinates its activities through direct supervision; the strategic apex is its key part. The *divisionalised organisation* co-ordinates its activities trough standardisation of outputs; the middle line, which takes overall responsibility for a set of activities, is its key part. The i*nnovative organisation (adhocracy)* co-ordinates its activities through mutual adjustment; the support staff and the input and opportunities for connections it provides is its key part. The m*issionary organisation* co-ordinates its activities through standardisation of norms; its key part cannot be associated with a specific group of people as "*each member is trusted to decide and act for the overall good of the organisation*" (Mintzberg 1989a).

Our reasoning follows a series of subsequent steps. We start by comparing European and African health care systems, relying on the models developed by Mintzberg. We then describe quality management practices and the trends followed by the quality movement in both systems. We finally propose an interpretation of the different impact the quality movement has on the different organisational structures and cultures of European and African health systems and

discuss the implication for the future orientation and evaluation of the quality movement in Africa.

African and European health care systems have different organisational features

Most European health care systems correspond to a "professional" type of organisation.

The shape taken by health care systems stems from the history of health care organisations as well as from the specificity of medical care. Historically, European health care institutions have been built around powerful and independent health professionals. When the medical profession re-emerged after the middle ages, the increase of medical practitioners was a source of concern. Guilds were set up to protect the profession from quacks and to regulate the right to practice and the boundaries of the medical practice (Haskell 1997). As medical practice developed, the concentration of docile patients in hospitals was seen as a good opportunity to test scientific hypotheses and therapeutic models. Medical doctors previously essentially visiting hospitals on charitable grounds started to invest in them. After the Second World War the power of in-house professionals in hospitals further increased by the development of new health care techniques and professionals started to exert an overall control over hospitals becoming fully recognised as teaching and research institutions.

This partly explains why most European health care organisations show the characteristic features of the professional organisation according to Mintzberg, namely standardisation of skills as co-ordinating mechanism, (related to the nature of the problems i.e. complex, but yet relatively stable and predictable in features and evolution); importance of the operating core of professionals, enjoying power to control the organisation; problems with regulation and power control resulting in tension between professionals and administrators; highly motivated operators personally responsive to clients' needs (Figure 7).

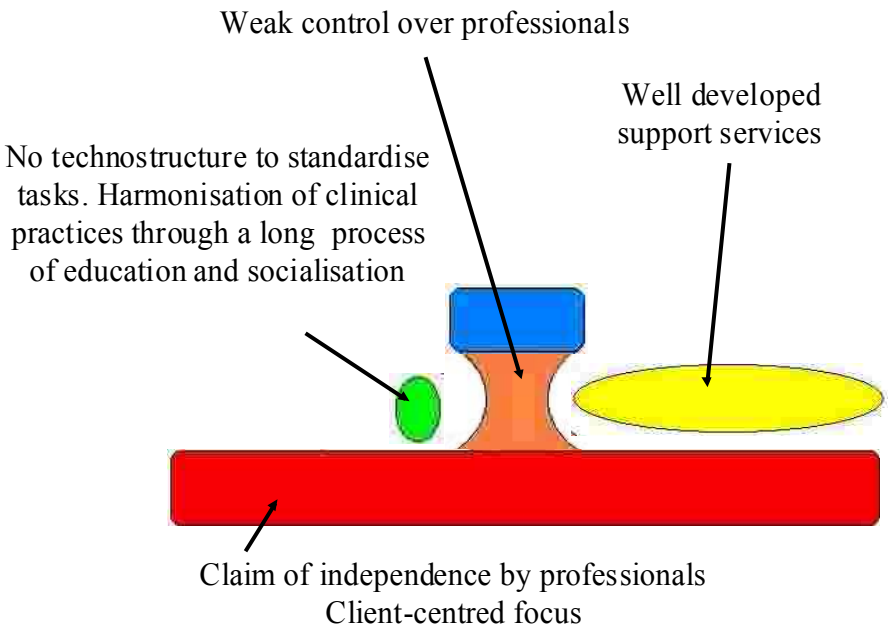


Figure 7: The European health care system: a professional type of organisation.

In European health care organisations, the co-ordination of health care activities mainly relies on the standardisation of the skills of health services providers, which is achieved primarily through formal education of highly qualified medical professionals enjoying considerable control over their work. The characteristics of the medical activities partly explain this health organisation's configuration (Freidson 2001; Mintzberg 1979). Basically, medical care requires

two basic tasks: identifying the demands and needs of the patient, which corresponds to the diagnostic procedure, and applying a therapeutic course. While the therapeutic task usually consists in the application of an appropriate standard protocol, the diagnostic phase requires the ability to deal with complexity, taking into consideration many factors together. Moreover, no matter how standardised the skills and the knowledge, this complexity requires considerable discretion. The challenge is to ensure the ability to deal with complexity and simultaneously prevent the risk of an over-creative attitude of autonomous medical professionals drifting away from the scientific rationality and reinventing their own medicine. To ensure that the personnel at the operating core perform in an appropriate and co-ordinated way, health care systems standardise professional skills through the combination of initial medical education followed by a long period of on-the-job training, i.e. internship, combined with a very strong socialisation. The result of this process allows what Mintzberg describes as "pigeonholing". Health problems are categorised as belonging to a specific cluster, be it a speciality or primary care. In this cluster, professionals are free to decide on behalf of their patient what is best to be done. As Mintzberg points out, this "pigeonholing" process is specific to the professional organisation.

The most distinctive part in European health care organisations is their powerful operating core: professionals provide medical services and concurrently exert to a large extent control over the organisation. Unlike in manufacturing organisations, where a specific department designs the tasks and procedures to be implemented, in European health care services there is no formal structure that prescribes how various clinical situations should be managed, although this is now changing. Each professional is expected to know from his extensive education what he has to do and thus to take responsibility for the clinical decision-making process. Still, doctors do not work in isolation and support services such as laboratory, ambulance services, maintenance, ancillary and catering services are also well developed. In addition to controlling their own work, professionals equally seek to control administrative decisions that affect them. They do so by either appointing peers in administrative positions or by occupying powerful positions in various decision making committees. Of course, administrative managers in professional organisations are not completely powerless but their position is much more one of a "go-between" than is the case in a machine type of organisation.

The description above equally applies to hospitals, one of the most visible health care organisation types, as to primary care services. One can consider the whole of primary care services in most European countries as one single virtual organisation. The apex, using Mintzberg's terminology, is represented by the National Health Service (NHS) in Beveridge health systems and virtually by the National Health Insurance (NHI) together with the government and other regulating bodies in Bismarckian health systems. A contractual relationship binds the providers with this apex by describing the rights and obligations of each party, by defining the boundaries of the care which may be provided and by monitoring quantitatively, and to some extent qualitatively, the services delivered. From this point of view, the professional status of primary care providers gives them considerable power over their own work comparable to that of professionals in hospital settings. Here as well, it is the standardisation of skills through initial and continuous education under peer control that ensures the co-ordination of tasks in order to guarantee safety and conformity to standards designed by the profession. In primary care provision, support services such as emergency and ambulance services, laboratory facilities, investigation centres and community services are equally developed. And again, there is no middle line management to co-ordinate their activities. At most, financial arrangements in the contractual agreement define what can be done under which conditions. Most regulations are outlined and controlled by professionals through their professional organisations. Within the NHS (in Beveridge systems) or the national health insurance (in Bismarckian systems), the guidelines streamlining prescriptions are equally controlled by professionals. Although the medical profession vigorously contests the cost control measures taken by managers, they must admit that so far they haven't been subject to significantly effective sanctions. Using Mintzberg's terminology, this shows rather loose middle line management and conversely a strong operational core. Again this is a typical feature of a professional type of organisation. Another feature of such a professional configuration as pointed out by Mintzberg (1989) is that "*professionals tend to emerge as highly motivated individuals dedicated to their work and to the*

patient they serve." Indeed patient-centredness and responsiveness to their demand are key issues in health care ethos. At the same time, here lies its weakness. Such a configuration offers little possibilities for control. Today, this is the prime concern of health care policy makers facing increasing expectations. Health care is indeed undergoing a profound evolution: decades ago care was rather cheap, relatively safe yet not very effective; today it is becoming increasingly expensive, rather effective but also potentially harmful.

For Mintzberg, the conditions for a professional configuration are a complex yet stable work context, the recourse to relatively simple technical systems and the possibility for the operators to control most of the medical processes. For years, these conditions have been met in European health care but the evolution of medical practice is accelerating. Practising medicine is less and less an art and becomes more and more an engineering process (Le Pen 1999). The amount of knowledge can no longer be mastered by one professional even in his own specialisation, hence the development of sub-specialisations to keep the medical practice model going. Nevertheless there is more and more need for sharing the knowledge among professionals and develop team management of clinical problems. This evolution challenges the professional configuration of health care organisations where professionals act independently from each other. Moreover, the synthesis of experiences can no longer be disseminated among the medical profession exclusively through initial and continuous education. The influence of the emerging evidence based medicine rests on the synthesis of numerous and large studies that cannot be dealt with by any single professional (Davidoff *et al.* 1995; Straus & Sackett 1999). Hence standards are designed by analysts, often from the medical profession, but no longer practising medicine, launching their guidelines and recommendations from institutions and through channels that are no longer necessarily controlled by health care professionals. The potential danger of new technologies together with the growing concern of the public for safety, effectiveness and refusal of uncertainty raises issues of independent quality assurance, accreditation and revalidation of health care providers. The control of rising costs calls for collective action, which professionals so far have refused to endorse on the account that it would threaten their professional independence as agents for their individual clients. This refusal opens up space for managers to gain control over strategic decisions in health care. In this context, the issue of the regulation of medical care is becoming pivotal and quality management represents a powerful strategic instrument to regulate health care provision.

Most African health care systems correspond to a "machine" type organisation

Like for European health institutions, the organisational configuration of African health services partly stems from its historical background. For a long time and largely up till now, African health systems have been dominated by public services. During the first half of the 20th century, the colonial power shaped the health system around three elements (Van Lerberghe & De Brouwere 2000). Vertical services were set up in a military way often associated with mobile teams to deal with major endemic diseases ("*service des grandes endémies*" in French speaking Africa). Relatively sophisticated hospitals were built in towns to offer appropriate care to the elites and the colonial cadres. A network of small hospitals and dispensaries, staffed by the government, by missions, by the army or by commercial firms, were developed to deliver care to the rural population somehow connected with the owner institution. After independence, the further expansion and adaptation of the health system legated by the colonial era was strongly influenced by two groups of people. The medical elite perceived the hospital as central in the provision and promotion of modern health care and to answer the demand of the post-independence elite. The control of endemic diseases was considered as the most effective strategy to address the health needs of the population. This history accounts for the particular role attributed in Africa to the government vis-à-vis the health needs of the population. Today, expensive hospital-centred health care and centrally planned programmes of disease control still predominate in Africa, and the latter entail a fertile ground for bureaucratic health care management with rigid hierarchical lines of command and control and poor responsiveness to health care demands.

Today, the health administration in most African countries remains highly centralised despite strong advocacy for decentralisation since decades. In most African countries, strategic policy decisions as well as operational instructions still are largely under the responsibility of the central

administration even if they attempt to involve peripheral levels in the decision making process, usually through consensus building processes. Health care systems, embedded in the ministries of health administration, are generally organised along very hierarchical lines of command. In most instances decisions are taken in central divisions of the ministry, then conveyed top-down through the provincial (or regional) health administration to the operational services at district level (department, prefecture…): hospitals, health centres and vertical programme centres. Information on performance indicators is collected at health care level to feed central services through cumbersome vertical reporting procedures while data relevance, data accuracy and feedback is often neglected.

Since the mid-eighties the health sector of many African countries saw an expansion of its network of health facilities[17] (Levy-Bruhl *et al.* 1997; Maiga *et al.* 1999) Financial investment and resources increased thanks to international aid agencies, trying to buffer against the social impact of structural adjustment programmes, and to the launch of the "Bamako Initiative"[18], which set up drug revolving funds and community financing. Yet there was a serious concern for efficient use of resources and strategies have been deployed to ensure rational use of resources, especially drugs (Knippenberg *et al.* 1997). Administrative and financial management of resources have been subjected to tight control measures. Considering the poor qualifications of available staff and the limited time available for retraining, standardisation was seen as key to allow safe delegation of tasks to low qualified staff (Van Balen & Mercenier 1989). Together with the emergence of the concept of essential drugs, supported by WHO, the availability of cheaper generic drugs on an international scale and the world-wide evidence-based medicine movement paved the way for the development of diagnostic and therapeutic protocols.

The resulting health service organisations present features predominantly of a "machine type" (and in part of a "divisionalised" type), in Mintzberg's terminology. Indeed, these features are standardisation of procedures as co-ordinating mechanism together with standardisation of outputs from disease control programmes; importance of a technostructure elaborating standardised instructions; the pre-eminence of a strong hierarchical middle line; control by direct supervision; and low focus on the direct patient- provider interaction (Figure 8).

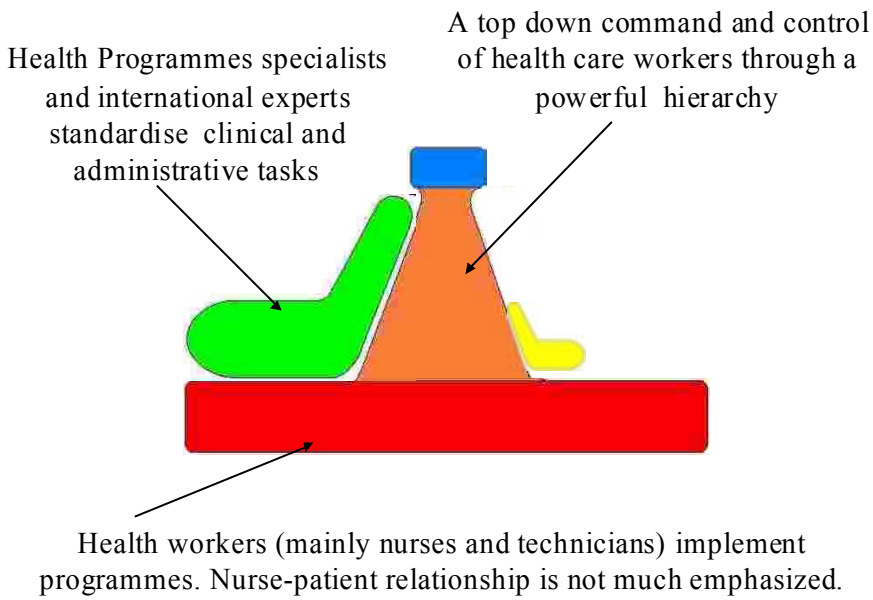


Figure 8: The African health care system: a machine type of organisation.

[17] In Guinea more than 256 sub-district health centres have been renovated, equipped and staffed between 1989 and 1993. In Mali about 200 community health centres have been created or renovated between 1993 and 1996.
[18] The "Bamako Initiative" was launched in 1987 by WHO and UNICEF to revitalise primary care services and was implemented in most African countries during the last decade.

Standardisation, a precondition for tasks delegation, is the strategy often chosen to deal with the scarcity of medical doctors, concentrated in hospitals and reluctant to work in remote rural areas or in primary care services in many African countries. The delegation of clinical tasks and responsibilities to health workers other than physicians is seen as a method to improve health care. If well designed, the clinical and therapeutic decision making process can be sufficiently standardised to reduce uncertainty and allow lower qualified health personnel to address many complex clinical situations and cover most of the need. (Equipe du Projet Kasongo 1982). Clinical aids such as decision trees, flow charts, algorithms, "ordinogrammes" or more simply protocols are regularly used in many health programmes and services. In Guinea and Benin, all the health centres routinely refer to such algorithms, called "ordinogrammes", for all their diagnostic and therapeutic acts (Knippenberg *et al.* 1997). Those tools are even connected with the information system and the payment system. Indeed, the fee for a service can only be determined against a standardised clinical management decision issued from the "ordinogramme". The latter synthesises in a linear relation the complaint, the clinical decision taken, the epidemiological record, the drug prescription, and the financial income of the facility. Such an approach has reduced dangerous, inappropriate or abusive prescription dramatically. At the same time, it improved the management of resources, especially drugs, since drug consumption became much more predictable. But it also drastically reduces the boundaries for negotiation with the patient and thus the typically professional autonomy and responsiveness to a patient's needs and demand.

Additionally, most development programmes in Africa emphasise a tight stock control of drugs and medical equipment. Authorised lists of drugs and equipment are established for each facility level, manuals and guidelines provide detailed procedures and tools for ordering drugs and recording stock movements and financial and book keeping procedures are tightened. As a result, the availability of essential drugs has dramatically improved where these procedures have been effectively applied, even on a large scale as evidenced in Guinea, in Benin or in Mali (Knippenberg *et al.* 1997). Moreover, Disease Control programmes, the Extended Programme of Immunisation, Mother and Child Health programmes, Family Planning programmes are equally strongly regulated by protocols and standard procedures and largely use standardised data collection tools.

All these approaches to rationalise the efficient use of resources and to ensure an acceptable level of quality of care correspond to what Mintzberg refers to as "standardisation of procedure". It ensures co-ordination within the clinical activities and between the resources management activities and the clinical activities.

Furthermore, these programmes set coverage targets, usually conforming to international standards such as the common 80% coverage rate set as target for most immunisation programmes[19], or in Mintzberg's terminology "standardisation of output". In these programmes, as well as in the curative consultation, there is often a division of labour among staff for each clinical case. Take for example the case of the well-baby clinic organised as a chain. First the baby is registered by a person able to read and write. Secondly, the baby is weighed and then pushed forward for the control of its immunisation status and if necessary immunised. Then a discussion will follow, usually with the nurse about nutrition, risks factors or medical complaints. Eventually the child is discharged with an appointment for the next visit. It is not exceptional that a problem noticed at one stage of the chain will remain unnoticed at the stage where it should be dealt with. It is up to the mother to decide if an appropriate action is required.

The process of standardising procedures and output does not stem from the needs of the operators in the front line. It reflects a strategy of the ministry of health striving for efficiency of its service provision, often under strong influence of international agencies involved in the financing of the services. The service providers are only marginally involved, usually in national or regional workshops designed to familiarise the staff with standards rather than to set them up. These standards are indeed often pre-designed by experts from specialised divisions in charge of

[19] 80% is a mythical number for immunisation programs. It is indeed the immunisation coverage rate which permitted the successful eradication of smallpox, the only communicable disease so far eradicated in the world.

specific programmes. Since they are involved with the design of standards and more generally the technical follow-up of the activities, they constitute a powerful "technostructure" in Mintzberg's terminology.

Public health services in Africa are characterised by a strong hierarchical structure. The ministries are usually organised in divisions in charge of specific programmes or services like hospitals, primary care services, immunisation, mother and child services or family planning services. They usually operate under the responsibility of a national director of health, whose strategic decisions are then conveyed to the operating services trough the provincial or regional offices. These middle line offices normally reflect the divisions of the ministries albeit more lightly staffed. Structured around programmes, they stress output achievements to the operating staff of peripheral health services. The structuring of the ministry along these specific divisions with a strong hierarchy but relatively independent from each other, corresponds to a divisionalised configuration in Mintzberg's terminology. In the periphery, the district services, operating core of the ministry, are composed of a district hospital and a set of primary care health centres. The district office, sometimes embedded in the hospital services, has administrative responsibilities and is equally structured along vertical lines of command and control. The health centres and often the hospital are supervised by the district office, which plays a major role as it is responsible for co-ordination of the health services delivery by the health centres, the hospital and the programme specific services if any (mobile team for immunisation, family planning unit and so on). Within the divisionalised structure of the ministry, the district services with the district office and the set of two tiered clinical services (the hospital and the health centres) represent a machine type of organisation with strong hierarchical lines. However, among these services, the hospitals run by physicians, share similarities with the professional type of organisation in Mintzberg's terminology, comparable to European hospitals by their historical origin. The predominance in all these subsystems of a powerful hierarchical line of command and control with little effective decentralisation of decision making power is also a characteristic of the "machine" type of organisation, still according to Mintzberg typology.

The organisational control strongly emphasizes supervision of auxiliary personnel along hierarchical lines. Theoretically enhancing problem solving, and staff development, supervision most often consists, in reality, of a systematic control of conformity to standards and instructions with a strong focus on written records rather than on the actual observation of the activities. This mode of control is again very typical for a "machine" type of structure.

Client satisfaction is only recently emerging as a concern in African public health services (Baltussen *et al.* 2002). So far accessibility, equity and efficiency were targeted with a strong focus on priority health problems. These concerns were central in the design of strategies by the apex and the technostructure as they were thought to guarantee meeting the population's needs. Patient-staff interaction was largely neglected. Responsiveness to the population needs and demands was supposed to be addressed through the community participation in health committees and the like. Unfortunately their power in the decision making process has remained marginal. Some problems clearly arise after more than ten years of such a revitalisation of public health services in some African countries. Studies now reveal a strong dissatisfaction of the population with health services. Especially the patient-staff interaction is rather problematic (Haddad *et al.* 1998; Jaffré & Olivier de Sardan 2003; Jewkes *et al.* 1998). The public complains of the little attention to their individual health problem and they reject the extreme standardisation of the diagnostic and treatment process offered. Providers often develop strategies on their own to circumvent the rigid procedures in order to negotiate more personal care off-the-record (Olivier de Sardan 2003). If this may sometimes benefit to the patient, it is mainly a coping strategy to increase health workers revenue (Ferrinho *et al.* 2004; Macq *et al.* 2002; Van Lerberghe *et al.* 2002) . This weak attention to client-operators interaction is also mentioned by Mintzberg as a typical feature of a machine-like organisation.

Despite these structural constraints, there is an emerging concern for the quality of services provision, and attempts to address poor quality of care are high on the agenda. Approaches like quality assurance, total quality management, continuous quality improvement and the like are very appealing to the decision makers of the African public health services.

In Europe, the quality management movement increasingly standardises procedures. In Africa, excessive standardisation is part of the quality problem

In Europe, the quality management movement emphasises the standardisation of procedures, which is characteristic of a "machine" type of organisation

For years, the industry has developed sophisticated means to control the quality of their products. In European countries, though quality has always been claimed, it is only recently that a systematic approach to quality assurance emerged in the health sector through the implementation of accreditation procedures and the emphasis on evidence-based medicine and clinical guidelines (Laplace *et al.* 2002; Le Pen 1999; Schyve 1998). Two factors may have contributed to this. First, the pre-eminence of market regulation increasingly tends to consider health as a commodity and health care as a commercial service. In such a paradigm, reducing asymmetry of information is crucial; thus transparency to allow fair competition is necessary. The public disclosure of performance is on the rise and pushes for the development of accurate indicators and models for quality assessment and management in health institutions (Davies & Marshall 1999; Houdart *et al.* 1998; Houdart *et al.* 2001; Houdart *et al.* 2003; Malye *et al.* 1997; Nutley & Smith 1998). In France, the publication by the magazine "Science & Avenir" of a league table of French hospitals revealed that the French paradigm of equality in health care was an illusion. The considerable differences between hospitals in terms of outcomes means that there is room for quality improvement (Malye & Houdart 1997). Secondly, in Europe, scandals revealed by the press raised questions on the appropriateness of leaving the regulation of health care in the hands of professional institutions such as the General Medical Council (GMC) in the UK or the *Conseil de l'Ordre* in France. In the UK, the uproar following what was called the "Bristol case" revealed the weakness of the professional control and urged the NHS to accelerate the formalisation of its performance assessment and quality management mechanisms. Several institutions were created such as the National Institute for Clinical Excellence (NICE) and the concept of "clinical governance" emerged (Baker *et al.* 1999). Under this concept, managers enforce the setting up of formal quality management activities in all health care institutions coordinated by a quality manager (Buetow & Roland 1999). Tools, method and indicators are provided while professionals decide on the content of quality management activities (Campbell *et al.* 2001).

Quality management in European health care stresses the formulation of explicit standards of care to reduce uncertainty and variation in medical practice of health professionals. Standards are derived from clinical and managerial evidence translated into guidelines. Much effort goes to the development of input, process or outcome indicators including patient satisfaction, to encompass all aspects of health care provision. In the UK this trend results in the production of numerous guidelines inundating overworked professionals and piling up while their management and implementation remains problematic (Cranney *et al.* 2001; Feder 1994; Freeman & Sweeney 2001; Grol 2000; Hibble *et al.* 1998). In the nineties, protocols called *Réferences Médicales Opposables* (RMO) have been produced in France (Durand-Zaleski *et al.* 1997). On the basis of available scientific evidence, RMOs state what professionals cannot do in given clinical situations. In case of non compliance, the National Health Insurance can "oppose" these protocols to doctor's prescription and apply financial sanctions. These RMOs had an impact on prescriptions and their subsequent bill (Le Pape & Sermet 1998). However the inapplicability of sanctions resulting from two decisions issued by the *Conseil d'Etat* in April and July 1999 will probably reduce this impact.

If we refer to Mintzberg, one can view the European quality management movement in Europe with its focus on guidelines, indicators, setting up local quality management teams, and training in-house quality managers, as a trend towards standardisation of procedures, a typical feature of a "machine" type of organisation. The managers' role in guidelines development brought them closer to clinical decision making and subsequently increased their influence. External organisations like the Cochrane collaboration play an increasing role in the design of evidence based recommendation and serve as a reference for designing guidelines. This externalisation of the control of clinical processes, moving away from clinicians, can be seen as the emergence of a technostructure focusing on the design of good medical procedures. The

importance of such a technostructure is a key element of a machine type of organisation in Mintzberg's terminology.

Of course, this view contrasts with the modern vision of quality assurance labelled Continuous Quality Improvement/Total Quality Management. The quality management movement today emphasises a comprehensive approach to quality and views it mainly as a dynamic process, involving a whole organisation and focusing on client satisfaction rather than a mere collection of standards and measurement of results (Minvielle 1997). Still, in its application such a comprehensive and dynamic approach is not the most commonly perceived.

This process of quality management and rationalisation gave rise to a very hot debate (Gupta 2003; Loughlin 2002; Miles *et al.* 2002). Health professionals question the validity of the indicators chosen arguing that the complexity and the individual character of medical acts cannot be encompassed by a set of proxy indicators or procedures (Campbell *et al.* 1998; Casalino 1999; Edwards *et al.* 2003; Leung 2000; Malmesbury 2000; Shekelle 2002). They discuss whether it truly aims at clinical excellence or whether it is an instrument of managers to identify poor performers (Hall 1998). Moreover, they are suspicious that the hidden agenda of managers is merely the control of health expenditures rather than a genuine commitment to improve quality, which would require increase of resources rather than rationalisation[20]. Eventually they see the quality movement as an intolerable shift of regulating power from professionals to managers, which threatens their professional autonomy (Sutherland & Dawson 1998). The reaction however was different in both side of the Channel (Laplace *et al.* 2002). In France the health profession is represented by three kind of institutions: the Ordre des Médecins, the trade-union organisations and the scientific societies. The discourse of the French "*Conseil National de l'Ordre des Médecins*" (the French equivalent of the "Health Professions Council") in their journal has changed dramatically over the past three to five years and they now lobby for the development of formal quality management procedures (Chabrol 1999). However, this shift is contested within the organisation and one can query whether their troops will follow. On the other hand, the health professional trade unions opposed the movement although the appreciation of the situation varies across professional groups. Professional scientific societies exist but are weak in France, especially at primary care level, and are not vocal in the policy debate. They contribute to the design of good practice recommendations but rather as followers than as leaders. In France the *Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé, ANAES,* leads the quality movement. Although set up as an independent institution, ANAES is a government creation (Boissier Rambaud *et al.* 1998). In the UK, as in northern Europe, the reaction was different. Medical scientific societies and professional associations are traditionally very strong. Health professional organisations try to get back in the driving seat to control the threat over professional autonomy. They do not question upfront the need for reform and call for a new professionalism (Husser 2003; Irvine 1999; Irvine 2001; Kirk-Smith & Stretch 2003; Rothman 2000; Southon & Braithwaite 1998). The GMC is deeply involved in the process of revalidation of doctors (General Medical Council 2000) and GPs negotiated a new contract and are supported by the British Medical Association (2000; Beecham 2001; BMA 2002; Shekelle 2003). Clinicians participate actively in the design of guidelines, mostly locally designed . However professional journals reflect hot discussions about the best way to go about these changes (Hellbruck 1997; Miles *et al.* 2002; Shekelle 2002; Wakeford 2000). Delvosalle, describing the same attempt in higher education (equally a professional type of organisation), suggests that it may be seen as an attempt by professionals to keep control over renewal of the modalities for standardizing skills. Looking at it from a less cynical point of view, it could also be that professionals *discover the virtue of quality management (Delvosalle & Lorent 1999).*

From this analysis and on the basis of Mintzberg's models, one can wonder to what extent the European quality movement reflects a shift from a professional type of organisation towards a machine type of organisation. If this holds true, the question remains as to whether the quality management trend reveals and accompanies an underlying shift of paradigm for the European health systems moving away from a professional type of organisation towards a machine type of health care industry or whether the quality movement itself shapes the evolution of the

[20] The need to increase resources for the NHS is now recognised in the UK

European health systems, fostered by an international concern for quality in all domains. And again if this holds true one can anticipate problems arising from a machine type of organisation: poor flexibility to adapt in an ever complex and changing environment, poor patient-centredness and poor responsiveness to patient needs. This fear may explain the reaction of many health professionals, ready to give up if this trend is confirmed.

In most African health systems, the extreme standardisation of procedures hampers patient-centred care, an important characteristic of quality of care.

Client focus and increased responsiveness are important assets brought into the public services by quality management models as applied in industrialised countries. Patient focus and more specifically patient-centredness is pivotal for the quality movement (Fehrsen & Henbest 1993; Henbest & Fehrsen 1992; Mead & Bower 2000). However, it is ironical to see that in Africa the extreme rationalisation of the consultation process, another asset of quality management, is part of the quality problem. The standardisation of procedure in Guinean health centres was introduced at probably the largest scale ever. For more than ten years, roughly the same procedures, whether administrative, financial or clinical, are applied in a strict way and are controlled by regular supervision. The results have been impressive (Levy-Bruhl *et al.* 1997): In Guinea, 43 % of the population had access to a health centre in 1993, immunisation coverage increased from less than 5% in 1986 to 61% in 1993, 51% of pregnant women have 3 antenatal consultations, essential drugs are generally available, and despite initial scepticism, there has not been financial bankruptcy of the community financing schemes and some health centres are even in a position to invest. Still, the utilisation of curative services remains low and studies show great disappointment from service users in particular and the population in general (Gilson *et al.* 1994; Haddad *et al.* 1998; Sauerborn *et al.* 1989). Patients complain that they are not being heard nor understood, that there is no space for discussing their problems nor the proposed treatment, that the patient-provider interaction often deals only with symptoms recognised by the guidelines (the ordinogrammes), and that the same treatment, they often already bought at a cheaper price in the market place, is applied to almost all cases (Olivier de Sardan 2003). In a nutshell, they complain of the poor client orientation and the poor responsiveness to individual problems. Such a poor user orientation is not surprising. It is a well documented weakness of a machine type of service organisation (Crozier 1963).

It is worthwhile to note that in the first experiences of standardisation of procedures using algorithms in African primary care services, beyond the ability to delegate complex clinical tasks, the objective was explicitly twofold. First, the use of algorithms was supposed to free the mind of the health worker from clinical reasoning which was hazardous as his competencies were limited, and to free consultation time in order to concentrate on the quality of the relationship with the patient. Indeed less qualified staff was expected to be in a better position to engage in an empathic relationship, being socially closer to his rural patient than would be a medical doctor. Secondly, the delegation of complex tasks to less qualified personnel was considered as a personnel developmental approach and perceived as a motivation factor for the staff (Equipe du Projet Kasongo 1976). The flexible, training oriented supervision, led by a senior professional health practitioner primarily responsible for the activities delegated and involved in the design of algorithms, was key to allow flexibility in their use. Trust based relations with a supervisor taking care of the difficulties met by the staff in applying rigid standards and in a position to adjust procedures, was supposed to lead gradually to the professionalisation of auxiliary personnel, subsequently implying more independent performance and more responsiveness to patients needs (Van Balen & Mercenier 1989). However, scaled up at a large level, as was the case in Guinea, the approach was far less comprehensive and led rather to a de-professionalisation in the absence of enabling factors like specific characteristics of supervisors (Blaise & Kegels 2002). Such an evolution is precisely what is feared by professionals when standardised protocols are at stake.

The same applies to quality management techniques such as quality circles. They break up hierarchical lines of command, gathering staff from different positions and promote bottom-up initiatives to locally solve problems (Huberac 2001). However, their implementation in

mechanistic African health systems shows serious drawbacks. First, these approaches are often perceived as another 'programme', additional to the routine activity and not as a tool to improve it. They are often introduced as other vertical programmes emphasising training workshops, standards and targets as was the case in Niger in the quality assurance project. Assessing this project, Dugas and De Brouwere (2001) report that the quality management activities and the problems they address are taken in isolation and lack connection with the daily tasks of the staff. The strategies designed to address the problems identified through the project are labelled "quality activity" as if quality was not central to any other activity of the health services. Secondly, these approaches emphasize standards measured by indicators. Gaps with standards point to quality problems tackled by local quality circles. The process is often very long and fastidious (Legros *et al.* 2000). Problem solving cycles take on average a year to implement changes which often are considered trivial The collection and management of data and indicators is often cumbersome. In Tanzania a quality assurance project spent two years to produce a league table of performance of health centres yet without any intervention to address highlighted problems[21]. Moreover, the problems identified do not necessarily coincide with daily problems facing management teams (van Bergen 1995). As a result, the commitment of managers is often weak whereas their involvement is crucial in quality management (Silimperi *et al.* 2002). Finally, quality teams set up to address a specific problem often lack power to enforce the proposed strategy.

Nevertheless, such quality management initiatives are, frequently, extremely valued by the staff involved (Dugas & De Brouwere 2001). Indeed, especially in a bureaucratic environment, it gives the staff a strong feeling of having a hold on their work, and gives rise to genuine team work by breaking up hierarchical lines. However it is not clear whether this survives the quality project's life (Bouchet *et al.* 2002b). In Niger there was a steep and constant decline in the practice of problem solving cycles after the project's completion (Bouchet *et al.* 2002a). This raises the question as to whether such quality management contributes to profoundly change working relationships and hierarchic lines of command and control.

Undifferentiated application of quality management techniques is not a magic bullet

Standardisation and responsiveness: searching for a balance

The challenge of the quality movement is to find a balance between the perverse effects of the over-standardisation of procedures by an inflated technostructure on the one hand, and the potential of the quality movement to foster dynamic, flexible and participatory changes in an organisation on the other hand. The comparison between the quality movement in Africa and in Europe shows two distinct systems of logic (Figure 9).

[21] Personal communication from Kulke R during the short course 'quality management in International Health', GTZ & Dept of tropical Health & Public Hygiene, Heidelberg, 26 march-6 April 2001.

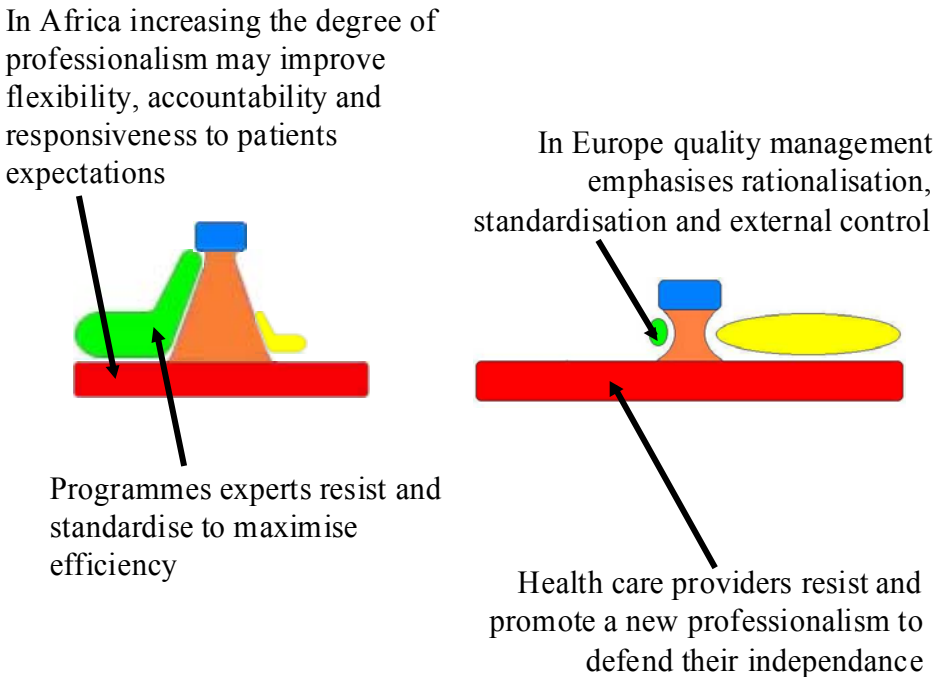


Figure 9: European and African health care organisations: the relationships between the quality management movement and the structure of the organisation (based on Mintzberg)

Whilst in European health care systems the concern is to rationalise the work, externalise its control, to increase accountability to the public, in African health systems it should rather be to improve the capacity to deal with complex situations, internalise the quest for excellence and increase commitment to the work. The simple transfer of quality management approaches from Europe to Africa assuming both systems are alike reinforces extreme standardisation, hampers patient-centredness and further increases the de-motivation of those still dedicated to the ethos of caring. Instilling elements of professionalism in such a context is appealing (Haddad *et al.* 1998; Unger *et al.* 2002). However, it remains to be tested whether it is possible and to what extent it would profoundly and durably influence professional behaviour and change the organisational configuration. This raises questions and comments.

Changing organisational culture and structure, a relevant task for the quality movement ?

We can question the feasibility to curb the present trend of the quality movement in Africa. It may well be that it reflects more a passive influence of a powerful international trend rather than a genuine concern. One may query to what extent the quality movement in Africa has the strengths to put into question and change the present organisation of public health care systems as it does in Europe. By the same token one may question whether the quality movement itself has the potential for instilling professionalism to the benefit of African health care services, or if a shift from the machine type of organisation towards a professional type of organisation is a prerequisite for quality management to effectively increase professional accountability and patient-focus.

Shifting to a professional model of health care as a blue print is not an option

However one should not forget the rationale for the current mode of control of resources management: the baby should not be thrown with the bathwater. This paper should not be interpreted as an advocacy for re-engineering health care systems as professional organisations. Our message is that cut and paste approaches to change are not appropriate. Moreover the pure professional model has many limitations highlighted by Unger who qualifies both the professional model and the mechanistic model as inappropriate for Africa (Unger *et al.* 2000).

The call for a renewed professionalism in the UK also acknowledges the limitations of the present professional model (Irvine 1999; Irvine 2001; Southon & Braithwaite 1998). Freidson, a sociologist studying professions for decades considers a pure professional model of regulation as a pipe-dream. As Weber did decades ago for bureaucracy with the rational-legal ideal-type, Freidson conceptualised professionalism in an ideal-type which '*can both organise the abstract theoretical issues and the practical issues confronting social policy*', and with which he can then *specify what can but may never fully be* (Freidson 2001).

Instilling elements of the professional model: is it feasible ?

There is no evidence that intentional instillation of professionalism in Africa would repeat what was historically built in Europe. A danger would be to wrongly assume that organisational barriers and quality issues are the same around the world, that active planning can repeat what was historically built and that the same quality management approaches would produce the same effects on what we have shown to be very different organisational structures and types of health care professionals. However, elements of the professional model are emerging in parts of Africa (Dugas & Van Dormael 2003b). It will be crucial to study whether and how these experiences will diffuse in health systems and how far they will keep their strengths and avoid adverse effects while going to significant scale.

Does oversimplified modelling betray the rich and complex reality of the quality movement ?

Mintzberg's models helped us to describe and understand the interactions between quality management and various health system configurations and to compare trends in these two different contexts. The virtues of models is to simplify reality. Our analysis therefore appears as a caricature: oversimplified. Of course there is neither one African nor one European health care organisation as there is neither an African nor an European way of managing quality. Proponents and actors involved in quality management projects may not identify themselves or their organisation or their project with our description. This is not surprising as quality management is often implemented as pilot projects, nested within health systems, with their own project culture, which may well differ from the general configuration of their host organisation (a hypothesis for further research). Moreover, our approach considers broad trends in order to gain a general insight and generating a broad theory, subject to refinement. This being done, it is now possible to focus on more specific quality management approaches or health care organisations, recognised as different contexts in which this provisional theory can be confronted. We believe that, however oversimplified, our reasoning helps to understand the past and the present, and possibly to be in better control of the future.

Conclusion

Comparing European and African health care systems and quality management trends with the models developed by Mintzberg, we better understand why health care organisations behave as they do, face the constraints they face and deal with them as they do. We argue that the organisational configuration of health care systems is not neutral to, and interacts with, the quality management movement. We illustrate how in Europe, where the professional type of organisation dominates, the emphasis on clinical practice standardisation and external control to increase accountability reflects a shift towards a mechanistic type of organisation, challenging professional autonomy, and triggering reactions from professionals to regain control or to resist, while in Africa, it reinforces the extreme standardisation and rigidity of hierarchical command and control systems where lack of responsiveness is part of the quality problem. We argue that this calls for more flexibility, patient-focus and responsiveness from responsible providers in Africa and suggest that instilling professionalism may be a way forward for the quality movement in Africa.

We can draw lessons from this analysis. The quality movement interacts with health care organisational culture and system configuration and may induce unexpected adverse effects. Quality issues differ in Europe and in Africa and one should be aware that the approaches to

quality management implemented in one context are not necessarily applicable to another context. When embarking on quality management it is therefore important to make sure to take account of the organisational context. High "professionalism" is required in quality management itself; professionalism in the sense of capacity to operate in particularly complex, -i.e. not standardised- situations. Quality management itself cannot be a "Standard Operating Procedure".

At this stage, we can now synthesise our analysis and derive a first, yet provisional, theory :

In health care systems structured as professional organisations, quality management approaches emphasising standardisation of clinical processes and reinforcing control to increase accountability, reflect a shift towards a mechanistic organisation, challenging professional autonomy, and triggering reactions from professionals to regain control or to resist.

In public health care systems of resource-poor countries, quality management approaches emphasising standardisation and control of processes often reinforce the mechanistic characteristics of the organisation, undermining patient focus and restraining health personnel initiative to address problems while the lack of responsiveness is precisely part of the quality problem.

From this departure point, the life of quality projects in African settings can be put under scrutiny confronting this initial theory to many different contexts, looking for discrepancies, treated as treasures for deepening and refining the theory. As usual, more research is needed, endlessly needed. Health care systems should be learning organisations indeed (Iles & Sutherland 2001).

Acknowledgement

The authors are very grateful to all the collaborators met in the field as partners in many development an research projects across Africa. The authors are also grateful for the contribution of Nicole Boffin for the editing and useful comments on the draft.

Chapitre 4

Management de la qualité et systèmes de santé : études de cas en Afrique sub-Saharienne

Dans ce chapitre nous présentons trois études de cas : au Niger, au Zimbabwe et en Guinée. Nous mettons en évidence la tension entre la flexibilité des projets qualité et la rigidité bureaucratique de ces systèmes de santé.

Article accepté pour publication (avec modifications) à Sciences Sociale et Santé:

Diffusion :

Blaise,P & Kegels,G. 2002 Les différentes approches de management de la qualité des soins, le potentiel et les limites de la mise en œuvre des programmes d'assurances qualité ; études de cas en Afrique sub-saharienne. In *« Les Dixièmes Journées Nationales de Santé Publique, Table Ronde Assurance de Qualité en première ligne. » Hammamet, Tunisie, 24-25 octobre 2002.* pp28-49.

Blaise,P & Kegels G. 2002 Quality management in Health care systems in Africa : One concept, many faces, contrasted results. An analysis of three case studies from Africa In: *Quality in Higher Education, Health Care, Local Government. 5th "Toulon-Verona" Conference, Lisbon, Portugal, 19-20 September 2002.*

Blaise, P & Kegels,G. 2002 Des expériences de management de la qualité dans les systèmes de santé en Afrique. Entre programme vertical et stratégie de changement, des espoirs déçus et des contraintes mal maîtrisées. In *« Qualité et Accès aux Soins en Milieu Urbain » Séminaire conjoint UNICEF, Coopération Française, GTZ Dakar 18,19,20 Juin 2002*

Management de la qualité et systèmes de santé : études de cas en Afrique sub-Saharienne

Résumé

A partir de trois études de cas, au Niger, au Zimbabwe et en Guinée, nous analysons le potentiel et les limites de l'introduction du management de la qualité dans des systèmes de santé africains. Nous identifions les difficultés majeures communes à ces programmes : difficile intégration dans la gestion courante ; absence de vision systémique ; simplifications réductrices de situations complexes ; effets pervers au cours de la généralisation d'expériences pilotes. Oscillant entre créativité innovante et standardisation rigide, les systèmes de management de la qualité entrent en résonance avec des systèmes de santé africains écartelés entre logiques bureaucratiques et logiques professionnelles.

Based on three case-studies in Niger, Zimbabwe and Guinea, we analyse the potential and limits of the introduction of quality management systems in African health care systems. We identify the main difficulties faced by these programmes : lack of integration in routine management ; lack of systemic vision ; oversimplification of complex situations ; perverse effects when scaling up pilot experiences. The tension between standardisation and creativity within quality management approaches mirrors the tension between bureaucratic control and professional independence within African health systems.

Mots Clés: systèmes de santé, qualité des soins, culture organisationnelle, Afrique sub-Saharienne.

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*"[22], 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'explorer.

Objectif et Méthodologie

Cet article traite de la mise en œuvre du management de la qualité dans les systèmes de santé[23] en Afrique. Nous nous intéressons dans ce travail aux interactions entre les systèmes de gestion de la qualité et l'organisation du système de santé. Nous voulons 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 ?

---

[22] 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 la Qualité".

[23] Lorsque nous utilisons le terme 'système de soins de santé' ou 'système de santé', nous faisons référence aux services de santé et aux prestataires de soins du secteur moderne, organisés en systèmes et sous-systèmes, plus ou moins efficacement articulés et coordonnés entre eux.

Le management de la qualité s'inscrit dans le paradigme de la complexité (Bonami *et al.* 1993). En effet l'amélioration de la qualité dans les systèmes de santé relève de dynamiques complexes dans lesquelles interviennent de nombreux facteurs qui interagissent entre eux dans des sous-systèmes (Fontaine 1997b). Notre objectif est de décrire et de mieux comprendre les interactions entre les systèmes de gestion de qualité et les systèmes de santé, autour des problèmes que les premiers cherchent à résoudre dans les seconds. Les relations entre les interventions et leurs effets sur le système ne sont pas linéaires. Les méthodes de la recherche expérimentale ne sont donc pas appropriées. Pour étudier des interactions dans des systèmes complexes et dynamiques, les expliquer et mieux les comprendre, la méthode de l'étude de cas est habituellement utilisée (Ferlie 2001; Hamel *et al.* 1993). Les auteurs en sciences du management qui étudient les dynamiques de changement dans les organisations pour en comprendre les ressorts font, eux aussi, largement appel aux études de cas (Armstrong & Baron 1998; Mintzberg 1979; Pichault & Nizet 2000b). Afin de tirer des leçons qui dépassent un contexte particulier, nous avons choisi de multiplier les sites et de comparer des interventions de même nature dans des contextes différents (Pawson & Tilley 1997; Stake 2000).

Nos études de cas se déroulent dans le contexte de l'Afrique sub-Saharienne. Les exemples, les illustrations et les réponses apportées sur le terrain sont bien évidemment fortement liés au contexte local. Cependant les questions qu'elles soulèvent sont pertinentes et éclairantes pour les systèmes de santé des pays émergeants, intermédiaires ou industrialisés même si la validité externe des résultats d'études de cas reste limitée (Hamel 1998).

Nous présentons donc trois cas, au Niger, au Zimbabwe, et en Guinée. Chacun des sites retenus fait l'objet d'une étude, puis une analyse globale dégage les thématiques transversales que nous approfondissons. 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 mission, 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-mêmes (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.

Nous proposons dans un premier temps une présentation concise des cas en précisant pour chacun d'eux le contexte, la logique d'intervention suivie et les résultats obtenus. Puis nous développerons cinq thèmes qui se dégagent de notre interprétation des caractéristiques-clés des approches suivies et qui expliquent les succès ou les limites observés. Pour chacun de ces thèmes nous comparerons les approches suivies dans chaque étude de cas et nous interpréterons les résultats. Enfin en conclusion, nous dégagerons de façon synthétique les leçons que l'on peut tirer de cette interprétation, d'une part en termes de pistes pour l'action, d'autre part en termes de pistes de recherche.

Les résultats des études de cas: Niger, Zimbabwe, Guinée

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)[24] qui a été conduit entre 1993 et 1997 dans le département de Tahoua. Il visait à

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

introduire, sous forme de projet pilote, les principes et les 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 des 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 des services eux-mêmes . Pour permettre l'implication des acteurs, la stratégie reposait d'une part sur la diffusion d'une 'boîte à outils' et de son mode d'emploi via la formation d'un grand nombre d'agents, et d'autre part sur le suivi par un coaching centré sur les cycles de résolution de problème (Figure 10). Il faut également noter que le projet disposait de ressources qui pouvaient être mobilisées pour la mise en œuvre de certaines interventions.

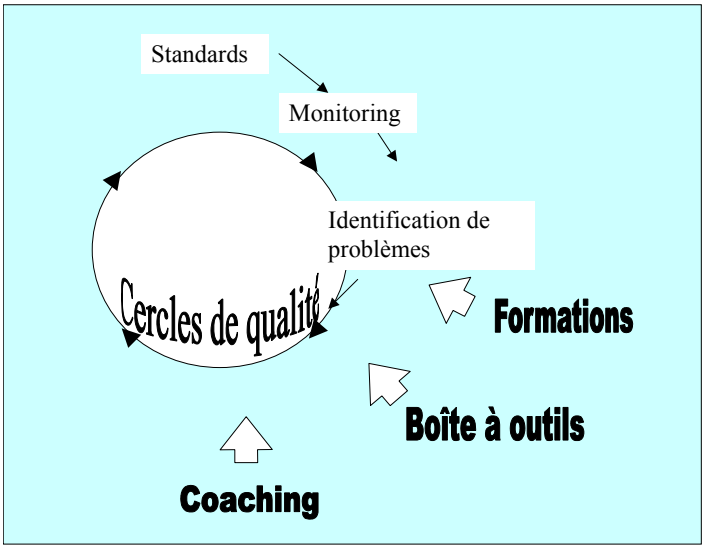


Figure 10:Le projet d'assurance qualité au Niger

Réalisations et résultats

Entre 1993 et 1998, 520 agents ont été formés aux techniques de l'assurance qualité, 68 équipes aussi appelées "cercles de qualité"ont été constituées qui ont mené 120 cycles de résolution de problèmes (Legros *et al.* 2000). 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). Toutefois, aujourd'hui, si personne n'a oublié ce qui reste dans les mémoires comme une belle aventure, les outils semblent restés dans les tiroirs et ne sont plus utilisés. Ainsi, les 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 (Bouchet *et al.* 2002a; Dugas & De Brouwere 2001). Autrement dit, l'étape ultime de toute démarche d'assurance qualité qui vise à transformer durablement la façon d'agir, de décider et de gérer, des acteurs et des équipes, ne s'est pas produite.

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

Contexte

Le projet '*District Health Services Management*' (DHSM) a été initié en 1992 dans deux districts du Zimbabwe[25] et mis en œuvre avec l'appui de l'ONG Medicus Mundi Belgium. 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* »[26], 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 de changement 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 autour du problème identifié et les possibles effets des solutions envisagées sur le système dans son ensemble, l'équipe recourt d'une part à son expérience, à sa connaissance du terrain, et aux connaissances scientifiques préalables sur la question, et d'autre part à une 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 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 1992). Ce cycle de prise de décision - évaluation est tout a fait similaire au cycle '*plan-do-check-act*' (PDCA) familier au monde de l'assurance qualité[27]. Cette approche du management est délicate. L'équipe cadre était donc appuyée semestriellement par une guidance scientifique (Van Heusden 1999) relevant de deux institutions académiques, l'une européenne (l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers), l'autre zimbabwéenne (le Blair Research Institute) (Figure 11).

[25] Projet de recherche-action appuyé par le Blair Research Institute (BRI), Harare et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, mis en œuvre par le Ministère de la Santé du Zimbabwe et Medicus Mundi Belgium, et financé par la direction générale (DGVIII) de la Commision Européenne.

[26] DHE : District Health Executive : équipe cadre de district. Dans le district de Tsholotsho, il comprenait le médecin-chef, les médecins de l'hôpital, les cadres infirmiers, le responsable des services de contrôle de l'environnement, l'administrateur et le pharmacien.

[27] Ce cycle PDCA, aussi appelé cycle de Deming ou cycle de Shewart (son inventeur), est familier au monde du management de la qualité industrielle et s'introduit aujourd'hui dans le monde médical (Berwick 1998; Berwick & Nolan 1998).

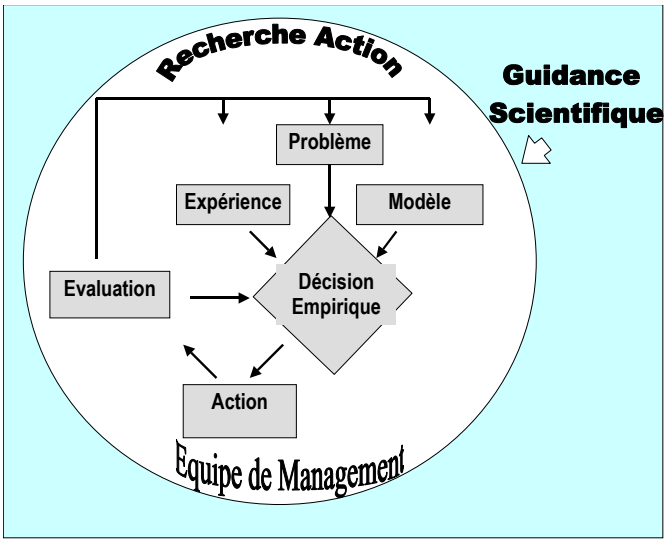


Figure 11: le projet DHSM au Zimbabwe

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

Au total quinze thèmes de recherche qui ont fait l'objet de cycles de recherche-action ont été activés. Trois ont avorté 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. La typologie des problèmes considérés dans le cadre de ce projet est caractéristique 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 pouvant concerner un élément différent du système (illustré dans la Figure 12).

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 renforcé. 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 indépendants 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 sûr 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 Elargi 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 comprenant consultation prénatale, consultation et vaccination des enfants de 0-11 mois, et consultation primaire curative, en revitalisant tous les centres de santé de sous-préfecture du pays. La stratégie reposait sur le recouvrement des coûts (RC) par la vente des médicaments essentiels et la participation communautaire à travers des comités de gestion représentant la population, 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 défi 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 programme 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 monitorage 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 besoins et attentes des patients. En posant trois questions, dont la séquence est standardisée dans les algorithmes décisionnels, 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. Après cinq années, la couverture effective atteinte en 1993 était de 61% pour la vaccination et 51% pour la consultation prénatale, mais l'utilisation des soins curatifs plafonnait à 0,29 consultations 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 monitorage 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 monitorage, créative au début, devenue routinière aujourd'hui, ne parvient plus à développer de solutions innovantes. Plus inquiétant, si la mesure de la variable 'couverture effective' est censée 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 autres micro-planifications qui mettent pourtant en évidence un déficit d'utilisation des services qui aurait dû susciter des remises en questions de la part des agents de santé (Jaffré & Olivier de Sardan 2003).

Analyse transversale des études de cas : les raisons d'un succès mitigé

L'analyse transversale des informations générées par nos études de cas nous permet 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 résultant 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. Il est cependant totalement intégré dans le système de soins et représente en fait 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. Aussi aucune ressource additionnelle n'a été apportée. Il y a donc bien eu intégration et transformation de la façon de travailler et de prendre un certain nombre de décisions. Toutefois, 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 de 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 (Al-Assaf 2001b), 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'incertitude prévalent, ni leur caractère dynamique.

L'absence de raisonnement systémique est particulièrement bien illustré par la prise en charge des femmes enceintes en Guinée. Lors de l'évaluation d'un projet de développement d'un district sanitaire, nous avons mis en évidence l'absence de coordination des interventions entre le sous-système hôpital et le sous-système centres de santé (Blaise 1997). D'un côté le monitorage de la consultation prénatale au centre de santé montre qu'avec une couverture effective de 48% les activités sont conformes au indicateurs de couverture et aux normes de procédures. De l'autre côté, à l'hôpital, la chirurgie obstétricale est conforme aux standards en termes 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 du besoin obstétrical non couvert, mesuré par l'indicateur BONC (Besoin Obstétrical Non Couvert)[28] développé par (De Brouwere

[28] En anglais UON (*Unmet Obstetric Need*)

& Van Lerberghe 1998), révèle un déficit majeur en interventions obstétricales vitales, 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 des problèmes dans des systèmes à multiples composantes reste aveugle à des dysfonctionnement majeurs.

Au Zimbabwe en revanche, le cycle de recherche-action du projet DHSM portant sur la réorganisation de la consultation externe de l'hôpital 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 12). 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 consciente du caractère 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 : création d'une filière spécifique pour les références (cycle 'Consultations de référence'); 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 'Plan de couverture'); 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 'Dossiers familiaux'). 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 périphériques afin de ne pas attirer une utilisation inappropriée de ce service par les populations déjà couvertes : cycle 'Réorganisation des consultations hospitalières'). Neuf ans après cette décision, comme le montrent les évaluations analytiques de ces cycles (DHSM team 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'épidémies de peste et de paludisme.

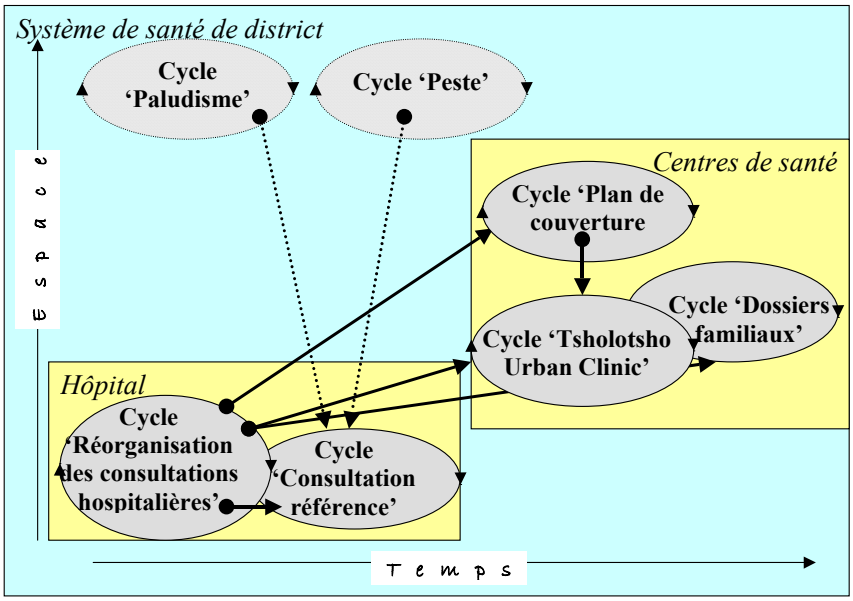


Figure 12: Prise de décision à long terme & enchevêtrement des cycles de résolution de problèmes

Nous voyons que le raisonnement sur des systèmes complexes est … complexe. Le seul moyen de le faire consiste à utiliser un modèle (réducteur) qui permet de décrire les interactions et d'anticiper l'effet potentiel plausible de telle ou telle intervention selon les conditions du système (Boqué 1993). 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. Toutefois, 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' efficace pour l'assurance qualité.

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 (Al-Assaf 2001b; DiPrete-Brown *et al.* 1994; Huberac 2001). De plus, conformément à un principe fondamental du management de la qualité dans une organisation, l'implication la plus large possible de ses acteurs est essentielle. Le projet a donc accordé une grande importance aux outils susceptibles de mettre la pratique à la portée du profane. Toutefois, ce souci légitime de vulgarisation conduit à des simplifications réductrices qui ne permettent pas de gérer les problèmes plus 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' (méthode utilisée dans la prise de décision en groupe, permettant à toutes les idées de s'exprimer) et la 'matrice de décision' (système de pondération pour identifier les problèmes, sélectionner et classer les interventions, et établir un ordre de priorité) ont été presque systématiquement utilisés par les cercles de qualité (Legros *et al.* 2000). Incontestablement ces outils ont permis de prendre des initiatives, 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 responsables d'un district sanitaire 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 verticaux nationaux qu'aux difficultés rencontrées par les acteurs de terrain. Ceci n'est pas surprenant dans la mesure où 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 (Dragudi 2004; van Bergen 1995).

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 cadre locale de la gestion de crise qui faisait leur désespoir. Dans une telle approche, la difficulté, tout 'l'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 systémique qui a été déterminant dans la sélection des problèmes. En effet, comme nous l'avons souligné, un modèle systémique 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). Il est particulièrement adapté pour réfléchir et agir dans les systèmes complexes ou les relations ne sont pas linéaires, et impliquent de multiples interactions et effets rétroactifs entre ses éléments (Plsek & Greenhalgh 2001).

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

En Guinée, l'application systématique à grande échelle des ordinogrammes 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 ordinogrammes 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 peut finir par remplacer l'écoute et la prise de décision partagée et réduire la capacité de réponse 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 dérive a vraisemblablement 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 13). 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 le courant, souvent associé au terme d'assurance qualité (QA comme *Quality Assurance*), qui fait de la conformité aux normes et standards de procédures le moteur de la qualité ; il met l'accent sur la mesure des écarts aux normes. 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 Il met fortement l'accent sur les dynamiques de changement, déterminées par les comportements humains, et considère le TQM abouti lorsque la préoccupation qualité est intégrée dans toutes les pratiques de management (Al-Assaf 2001a; Kolb 2002b). Au Niger comme en Guinée, la conformité aux standards était centrale, dans le projet DHSM au Zimbabwe, la mise en œuvre de changement était centrale. Le projet zimbabwéen n'hésitait pas à remettre en question les normes

fixées par les programmes et l'administration si cela s'avérait pertinent. Le niveau et la façon dont étaient prises les décisions concernant les programmes ou l'organisation des services étaient contestés. Ce fut source de tension. Au Niger et en Guinée en revanche, les marges de manoeuvre pour le changement restaient au niveau local et les stratégies définies par les programmes et le ministère n'étaient pas remises en question: seules leur modalités d'application locale était aménagées. En réalité les approches de remise en question et celle de conformité aux normes de procédures s'entremêlent. Comme dit Kolb, « toute la difficulté du TQM consiste à bien articuler les phases: celle de l'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. » (Kolb 2002b)

Il y a ensuite la tension entre les cultures organisationnelles. Nous entendons par culture le jeu de valeurs, d'idées, de croyances, de concepts, de comportements et de règles qui sont et partagées (souvent implicitement) par les membres de l'organisation ou les participants d'un projet, et qui résultent d'une dynamique sociale qui opère un processus normatif: "*ici c'est comme çà qu'on fait*" (Davies *et al.* 2000). L'environnement organisationnel dans lequel se sont déroulées nos études de cas est celui des services publics de santé en Afrique. Ils ont en commun[29] 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 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 « d'organisations mécanistes »: 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 organisation de type 'professionnelle', caractérisée selon Mintzberg par la prédominance des professionnels qui assurent eux-mêmes le contrôle de leur travail. Leur coordination repose sur la standardisation des connaissances et des comportements par la formation et la socialisation. Ce qui caractérise un professionnel de santé, 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 médecine qui est celle du professionnalisme, où le professionnel revendique l'indépendance de ses décisions et où 'la profession' contrôle l'exercice de la médecine et l'organisation du travail (Freidson 2001).

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 toutes chances d'être rejetée dans une culture qui valorise le professionnalisme. De même, une approche qui suscite la créativité bouscule les rapports hiérarchiques dans une culture mécaniste bureaucratique, reposant sur les relations hiérarchiques et le respect de la règle. Inversement mettre l'accent sur la standardisation et la conformité aux normes aura tendance à renforcer une bureaucratie mécaniste (Blaise & Kegels 2001).

[29] Il y a bien évidemment des différences entre le Zimbabwe où (jusqu'en 2002 au moins) les ressources et les infrastructures sont généralement adéquates et le personnel décemment 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 dû 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.

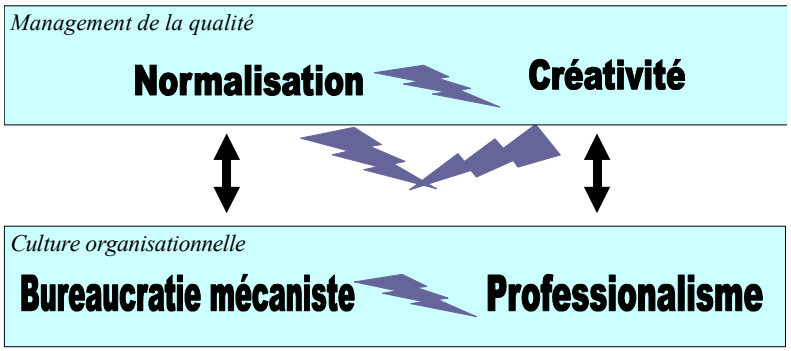


Figure 13: les tensions entre logiques du management de la qualité et cultures organisationnelles.

Faut-il pour autant éliminer ces tensions en recherchant à tout prix une harmonisation entre culture organisationnelle et système de management de la qualité ? Autrement dit, une organisation mécaniste devrait-elle rejeter a priori tout projet de management de la qualité qui valorise remise en question et mise en œuvre de changement ? De même, une organisation professionnelle devrait-elle systématiquement refuser toute forme de standardisation au nom de l'indépendance professionnelle ? 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 anticiper et les gérer. 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.

Conclusion et pistes de réflexion

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 sécurité (mieux protégée par la standardisation), la participation la plus large de tous (et son exigence de simplicité), la promotion de changements d'attitude, la reconnaissance des valeurs du professionnalisme (et son exigence d'autonomie), l'encouragement à une attitude de recherche et à la pratique de la réflexivité (qui demande indépendance d'esprit), l'encouragement à l'innovation (qui entraîne le prise de risque et requiert autonomie d'action) ? 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 (Kolb 2002c; Minvielle 1996). L'analyse, l'interprétation et les leçons de nos études de cas permettent de dégager des pistes d'action et de recherche.

Articuler standards de bonne pratique et réponse flexible aux attentes: le potentiel de la méthode clinique centrée sur le patient

Les relations interpersonnelles entre médecin et malade sont une dimension importante de la qualité des soins (Campbell *et al.* 2000; Donabedian 1979). Nos études de cas montrent qu'elles peuvent être mises à mal en raison d'initiatives d'amélioration portant sur la qualité technique des soins et reposant sur la standardisation des bonnes pratiques. Il est donc essentiel de 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, particulièrement développé sur le plan conceptuel dans le monde anglo-saxon, offre des réponses à ces questions dans les pays industrialisés (Levenstein *et al.* 1986). En effet le paradigme de la médecine de famille s'articule autour du concept de soins centrés sur le patient (*Patient-centred care)* qui met l'accent sur l'individu et sur la relation médecin - malade. Les travaux de Balint ont ouvert la voie, et aujourd'hui la pratique de la **méthode clinique centrée sur le patient** commence a être bien codifiée (Henbest 1989; Mead & Bower 2000). Or le paradigme des Soins de Santé Primaire qui domine et structure les services de santé en Afrique met l'accent sur la santé communautaire et le contrôle des maladies qui menacent la

collectivité. Même si des expériences de promotion de la médecine de famille voient aujourd'hui le jour, au Mali par exemple avec les médecins de campagne (Balique *et al.* 2001), les conditions d'application de ses principes dans le contexte africain sont très largement méconnues à ce jour et leur documentation systématique reste à faire (Blaise *et al.* 2001; Blaise 2001; Blaise 2004; Dugas & Van Dormael 2003b). C'est un vaste domaine de recherche, connexe, mais différent de celui de la démarche qualité.

Articuler conformité aux normes et prise d'initiatives innovantes : le potentiel de la guidance scientifique pour aller vers l'organisation apprenante

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 soient transformés. Pour éviter la dispersion et les dérives, il faudra 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'** (Van Heusden 1999) et qui devrait se donner trois fonctions. Premièrement, une fonction de réservoir de connaissance: 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, en les visitant 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' (Kolb 2002a). Le *National Health Service* britannique semble prendre ce virage et met en exergue les même principes dans un document récent de son programme de recherche sur l'organisation et la prestation des services de santé (NHS Service Delivery and Organisation (SDO) Programme) (Iles & Sutherland 2001). Certains projets et interventions d'amélioration de qualité reposent sur une telle guidance scientifique. L'une de nos étude de cas en témoigne. Il serait intéressant d'étudier son potentiel pour transformer la culture organisationnelle.

Mieux comprendre les interactions entre démarche qualité et culture organisationnelle

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 pour la gestion des ressources humaines (Pichault & Nizet 2000b). 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 lequel elles opèrent. Il n'y a donc pas une façon unique de promouvoir le management de la 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 systématique. Pour pouvoir encore faire du management dans une telle complexité, deux aspects nous paraissent important. 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 (Bonami *et al.* 1993). Il y a ensuite la question de l'interaction entre les systèmes de management de la qualité et la culture organisationnelle, résultante de la configuration structurelle de l'organisation et des jeux de pouvoirs qui la traverse. Nous avons vu que le management de la qualité est par essence une

démarche de changement des pratiques et de 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 exercer la réflexivité 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 domaine de recherche qui reste à explorer.

Chapitre 5

Bureaucratie et changement : le rôle de la Guidance Scientifique dans les services de santé de province au Maroc

Dans ce chapitre, nous montrons comment la guidance scientifique menée par une institution n'appartenant pas à la ligne hiérarchique a permis aux équipes de province de prendre des initiatives.

Etude financée par La Direction Générale de la coopération au Développement -(accord cadre DGCD - l'Institut de Médecine Tropicale-Anvers)

Diffusion :
Blaise P, Zayyoun A, De Brouwere V, Kegels G. 2003 Addressing the unmet needs of management teams in Morocco. The potential of scientific guidance to breach bureaucratic constraints to quality improvement. In: *Rewarding results two decades of continuous improvement, International Society for Quality in Health Care 20th International Conference. Dallas, USA, 2-5 November 2003* [Poster] (Blaise et al. 2003).
http://www.isqua.org.au/isquaPages/Conferences/dallas/DallasAbstractsSlides/Wednesday_in_Dallas.html.
Le poster est joint en annexe de ce chapitre.

Bureaucratie et changement : le rôle de la Guidance Scientifique dans les services de santé de province au Maroc

Abstract

Objective: To assess the potential of scientific guidance (SG) -a form of expert coaching- of management teams, to improve decision making and open space for creativity and innovation in the Moroccan health system.

Methods: We report, as a case study, a project, which tests the effectiveness of SG as a relevant strategy to support quality improvement by provincial management teams in Morocco. SG is a form of expert coaching, which promotes systematic, informed decision making in management. It was implemented in four 'provincial delegations' in Morocco. The national Institute for Health Administration of Morocco (INAS) implemented the SC, with assistance from the Institute of Tropical Medicine – Antwerp.

This paper focuses on stakeholders' perceptions of the effectiveness of scientific guidance to increase the capacity of provincial management teams for decision making and promoting change. We conducted a case study to (i) *assess,* and (ii) *understand* why, managerial capacity increased (or not) and led (or not) to decisions and change implementation. Two sources of information were used. First the documentation produced by the project was reviewed. Second, in-depth interviews were done in October 2002 at the end of the project with the four provincial managers, with the members of the teams they lead, with the staff from INAS providing the guidance and with some key stakeholders of the ministry of health.

The interviews explored five key areas with each category of respondent: First their perception, through a narrative, of the implementation of project related interventions or decisions; second, their understanding of the concept of guidance and its evolution along the project; third, their interpretation of the reason for success or failure of change initiatives, and their sustainability; fourth, their perception of the role played by the institution providing the guidance, INAS, its assets, its limits; fifth the interaction of the guidance with other systems or initiatives to strengthen management for quality improvement.

A qualitative analysis was performed to analyse each of these areas. The results were further synthesised to identify the key mechanisms and conditions which contribute to the effectiveness of scientific guidance to improve management capacities and leadership in order to support quality improvement initiatives.

Results: The results confirm the hypothesis tested by the project. Management capacity increased thanks to scientific guidance. The specificity of the approach, flexible and distinct from ministry lines of command, was acknowledged and perceived as connected but different from classical supervision and coaching.

(i) All respondents acknowledged increased capacity. Decisions were taken and change implemented trough a wide variety of initiatives, that were perceived as connected to a SG tailored to local context and needs. (ii) The understanding of the concept of SG evolved. Its logic of responsiveness to context specific needs was gradually acknowledged, moving away from the classical logic of programme implementation supervision. (iii) The flexibility in the selection of approaches was perceived as key to the success but sustainability depends on managers' stability and the system's openness to creativity. (iv) The institutional position of INAS as an academic institution outside the hierarchic lines of command and control of the ministry appeared crucial. (v) SG was perceived as complementary to other quality improvement and management strengthening initiatives. Still its ability to articulate with standard supervision was questioned.

Conclusions: The potential of SG to raise management capacity to plan, design and implement decisions and quality improvement initiatives is confirmed. Our results show the huge potential of provincial management teams if properly supported. However, it also reveals the wide gap between the support they traditionally get and the support they need if they are to be proactive in decision making and change management. Our findings call for a distinct institutional anchoring of two conflicting logics. A normative logic, in line with public policy implementation on the one hand, and a creative logic responsive to emerging needs on the other hand, best addressed from outside the hierarchical line of command and control of the line ministry.

Introduction

La guidance scientifique des équipes de management de district fait partie des méthodes utilisées pour renforcer leur capacité à mettre en œuvre, sur des bases rationnelles, les changements de nature à améliorer le fonctionnement des services et la qualité des soins. En 1987 la déclaration d'Harare sur le district sanitaire réaffirmait l'importance du système de santé de district pour le succès de la stratégie des soins de santé primaires et appelait à leur renforcement. Ce renforcement devait entre autre être opéré grâce à la recherche-action, la planification sanitaire au niveau des districts, le développement des capacités de leadership, la recherche sur les systèmes de santé, la redéfinition du rôle de l'hôpital, et la mobilisation et l'allocation efficientes des ressources. (W.H.O. 1987a; W.H.O. 1987b)

Les équipes de management de ces districts et plus particulièrement les médecins-chefs ont en effet bien besoin de ce renforcement devant l'ampleur de la formidable tâche qui les attend. On leur demande à la fois d'être de bons médecins, d'être des managers efficients, d'être des chefs d'équipe mobilisateurs pour conduire des changements et d'être efficace sur le front de la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Dans une large majorité de situations, ils doivent accomplir tout cela dans des conditions de tension extrême, pris entre des contraintes bureaucratiques, des budgets réduits, et une pression très importante des programmes de santé publique, pression qui s'exerce depuis le plus haut niveau international (Dragudi 2004; van Bergen 1995). Quelles que soient les bonnes volontés, l'assistance que les médecins-chefs de district peuvent recevoir de leurs collaborateurs immédiats est souvent limitée. Eux-mêmes n'ont souvent qu'un bagage de formation limité dans les domaines qui ne sont pas cliniques. Ils apprennent sur le tas leur métier de manager (Lindh *et al.* 1999).

Joindre les deux bouts: adapter les outils et les stratégies avancées par la déclaration d'Harare et les besoins ressentis des équipes engagées sur le front des services de santé est un défi. La guidance scientifique semble une approche particulièrement adaptée pour le relever. Pour passer d'une pratique du management de crise, intuitif, souvent solitaire à des décisions collégiales, réfléchies, reposant sur une analyse systématique et rationnelle des problèmes, s'appuyant sur les connaissances disponibles nationalement et internationalement et menant à des décisions suivies et évaluées dans une atmosphère pacifiée, il faut un appui extérieur, ne serait-ce que pour briser l'isolement. La guidance scientifique aussi appelée en anglais '*Expert coaching*' se définit comme un appui externe continu apporté sur le terrain qui renforce les capacités cognitives et l'autonomie des managers et favorise une attitude de recherche, et qui les assiste dans la production de connaissances stratégiques pour le développement de leur système Formative, la démarche n'est pas une démarche d'enseignement, mais une démarche de coaching ou encore de facilitation de l'apprentissage à partir de l'expérience. La production de cette connaissance stratégique implique la formalisation de l'expérience et l'intégration de connaissances pratiques et scientifiques par les managers (Van Heusden 1999).

Au Maroc, l'Institut National d'Administration Sanitaire (I.N.A.S.) a pris conscience de ce problème devant les difficultés rencontrées par les managers de district qu'elle forme à appliquer les principes de management qu'elle enseigne et à conduire des changements. En 1999, un projet de guidance scientifique a vu le jour à titre expérimental et sous forme de recherche-action dans quatre provinces du Maroc, piloté par l'INAS avec l'assistance de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT). A l'issue des quatre années du projet, nous présentons sous forme d'une étude de cas les résultats d'une évaluation de ce projet menée fin 2002 sur le terrain.

Dans une première partie, nous rappelons le contexte du projet, dans une deuxième partie nous présentons les questions de recherche et notre méthodologie, dans une troisième partie nous présentons nos résultats, d'abord de façon analytique puis de façon synthétique. Dans notre conclusion nous synthétisons ce qui nous semble la leçon principale de cette expérience: la guidance scientifique a mis en évidence et permis de résoudre la tension qui existe entre d'un côté la conformité aux règlements, procédures et autres instructions de mise en œuvre de la politique sanitaire par un système de santé organisé comme une bureaucratie, et de l'autre côté l'exigence d'adaptation aux réalités et aux contraintes locales conformément à la nouvelle politique de décentralisation du Maroc.

Contexte

L'origine du projet de guidance scientifique

Le Projet d'Appui aux Lauréats de la maîtrise de santé publique de l'Institut National d'Administration Sanitaire, l'INAS (*PALINAS)*, a été mis en œuvre dans le système de santé au Maroc depuis 1998. Il s'agit d'un projet mis en œuvre par l'I.N.A.S. avec le soutien financier de la coopération belge. L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) apporte un appui technique et méthodologique sous forme de missions d'appui au projet une à deux fois par an.

A sa conception, il s'agissait pour l'I.N.A.S. d'apporter un appui sous forme de Guidance Scientifique à ses anciens lauréats dans l'exercice de leurs responsabilités au niveau des provinces. Le projet est né du constat des difficultés rencontrées par les cadres fraîchement diplômés de l'I.N.A.S. à agir comme 'agent de changement' pour améliorer les services de santé dont ils avaient la charge : la formation théorique de maîtrise, en dépit d'un stage de terrain, n'était pas suffisante en soi pour armer les nouveaux diplômés. L'I.N.A.S. a formulé l'hypothèse qu'un accompagnement sous la forme d'une guidance scientifique apportée de façon personnalisée aux lauréats qui en exprimeraient le désir répondrait au problème. Comme il n'était pas possible ni pertinent de le proposer de façon passive et systématique aux lauréats, l'I.N.A.S. a retenu le principe d'une sélection de candidatures spontanées reposant sur des critères d'éligibilité. L'approche était expérimentale pour vérifier l'hypothèse et juger de sa pertinence pour l'I.N.A.S. d'abord, pour le système de santé Marocain ensuite.

Le département de Santé Publique de l'I.M.T.-Anvers considère de longue date la 'Guidance Scientifique' comme une stratégie de renforcement des capacités de gestion dans les services de santé et fait face à une problématique similaire concernant ses propres lauréats. L'I.M.T. s'inscrit donc comme partenaire du projet considéré comme un projet de recherche-action qui teste le concept de guidance scientifique.

La mise en oeuvre de la guidance scientifique

Dans un premier temps le concept de guidance a été précisé, les hypothèses formulées et l'architecture du projet élaborée. La stratégie a ensuite été validée au sein de l'équipe de l'I.N.A.S. Suite à appel à candidature, quatre sites d'intervention on été retenus. Il s'agit des lauréats des provinces de Figuig, de Ben M'Sick Sidi Othmane (BMSO), de Settat et de la région de Fès. A ces quatre sites, s'est ajouté en cours de projet un lauréat de la province de Khemisset. Les activités de guidance ont alors démarré sous la coordination de A. Zayyoun, enseignant chercheur à l'INAS, avec la participation d'autres membres de l'équipe enseignante. Rapidement, il s'est avéré que l'appui aux anciens lauréats de l'I.N.A.S. était en réalité un appui à des équipes provinciales. Le projet a dû s'ouvrir à des équipes ne comprenant pas de lauréats. Le concept a évolué vers celui d'appui technique aux équipes provinciales (ATEP) sans qu'il ne soit très clair que cette dénomination ait été officialisée. Nous verrons l'importance de cette discussion sémantique. Des missions d'appui régulières ont été menées et des activités d'appui spécifique mises en œuvre. Certaines ont été achevées, d'autres sont en cours, certaines enfin sont en sommeil.

Dans ce chapitre de rappel du contexte, il est important de relater le mouvement général des délégués au Maroc survenu en 2001. En effet, compte tenu du rôle clé joué par le délégué, à la fois cible et moteur du projet, ces mouvements ont affecté en profondeur la conduite du projet. Tous les délégués ont en effet été déplacés. Cela a eu pour conséquence d'une part un ralentissement des activités liées au temps d'adaptation, suivi de changements de stratégie au niveau des provinces. Le projet a naturellement été directement concerné par ces deux phénomènes. Il y a trois cas de figure : soit le délégué a bougé d'une province appuyée vers une province également appuyée, il y a alors rupture de stratégie pour l'équipe mais continuité pour le délégué, soit le délégué a bougé d'une province appuyée vers une province sans appui, il y a mise en sommeil du projet des deux cotés ; soit un nouveau délégué arrive dans une province appuyée, il relance alors le processus à sa manière.

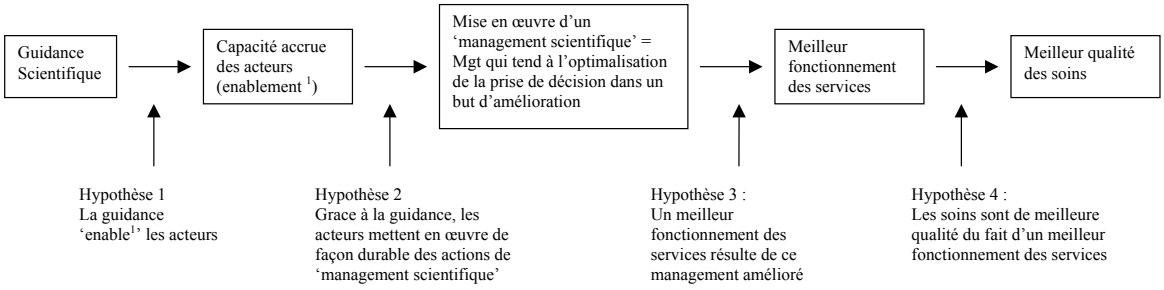
Enfin pour clore ce chapitre qui présente le contexte, il est important de prendre en considération le contexte politique du Maroc engagé dans une réforme en profondeur de ses

institutions, et de son système de santé sous la double pression des évolutions de la société marocaine et de l'environnement politique et économique international.

Méthode

Les questions de recherche

Le projet se présente sous forme d'une suite logique d'hypothèses qui sont représentées dans la Figure 14.



[1]*De l'anglais 'enablement' : 'rendre capable de'. Englobe les notions de compétence, de capacités, d'habileté, d'autonomie décisionnelle.*

Figure 14: Architecture du projet de Guidance Scientifique et hypothèses sous-jacentes

Évaluer le projet de guidance scientifique revenait à répondre à la question suivante : ,

> Dans quelle mesure une guidance scientifique apportée aux acteurs de terrain représente une stratégie efficace pour améliorer la capacité des acteurs à améliorer durablement la gestion des services de santé afin de promouvoir un meilleur fonctionnement des services de santé et ainsi contribuer à une meilleure qualité des soins pour améliorer la santé ?

Les autres questions de la problématique testée par le projet étaient les suivantes:

> Dans quelle mesure un appui sur le terrain, sous forme de guidance scientifique, faisant suite à une formation de type master, représente une stratégie qui permet effectivement pour les lauréats de passer à la mise en œuvre effective des concepts enseignés ?
>
> Quelles sont les caractéristiques propres à l'I.N.A.S. qui ont été déterminantes pour lui permettre d'assurer la GS ? et inversement quelles en sont les caractéristiques qui ont pu représenter une contrainte pour développer la GS ?
>
> Dans quelle mesure la guidance scientifique telle qu'elle est pratiquée par le projet représente un axe d'orientation pertinent pour le pôle 'fourniture de prestations de services' pour une institution telle que l'I.N.A.S. ?
>
> Quelles sont les caractéristiques de la guidance scientifique qui sont déterminantes pour qu'elle contribue à une amélioration effective et durable du management des services de santé ?

Notre étude ce concentre sur les deux premières hypothèses[30] (Voir figure 1).

[30] Les hypothèses 3 et 4 sont bien évidemment très importantes mais elle ne sont qu'indirectement en relation avec la question principale centrée sur la guidance scientifique. En effet, elles concernent plus précisément la pertinence de ce que nous qualifions de 'management scientifique' pour améliorer le fonctionnement des services – et finalement la qualité des services. Elles sont également influencées fortement par d'autres éléments du contexte. En effet, si nous avons représenté de façon linéaire une suite d'hypothèses, c'est pour mieux cerner la logique du projet. Mais nous sommes bien conscients que le développement des capacités est une problématique complexe, et qu'elle doit être

Hypothèse 1 : la guidance rend les acteurs plus 'capables'.

Hypothèse 2 : grâce à la guidance les acteurs mettent en œuvre de façon durable un management plus 'scientifique'. Nous entendons par 'management scientifique' un type de management centré sur une optimalisation du processus de prise de décision dans un but d'amélioration.

Le déroulement et les résultats du projet on été examinés suivant trois perspectives, trois boîtes noires à ouvrir, synthétisées dans la Figure 15:

La première est celle du processus de guidance proprement dite : l'appui aux lauréats et aux autres acteurs.

La seconde est celle des interventions, de la mise en œuvre de 'cycles de résolution de problèmes', témoin de ce que nous appelons 'management scientifique' tel que décrit dans les documents de projet (voir schéma).

La troisième est celle de l'interaction entre ce processus de guidance scientifique et les institutions concernées, en particulier l'I.N.A.S. d'une part et les services de santé d'autre part.

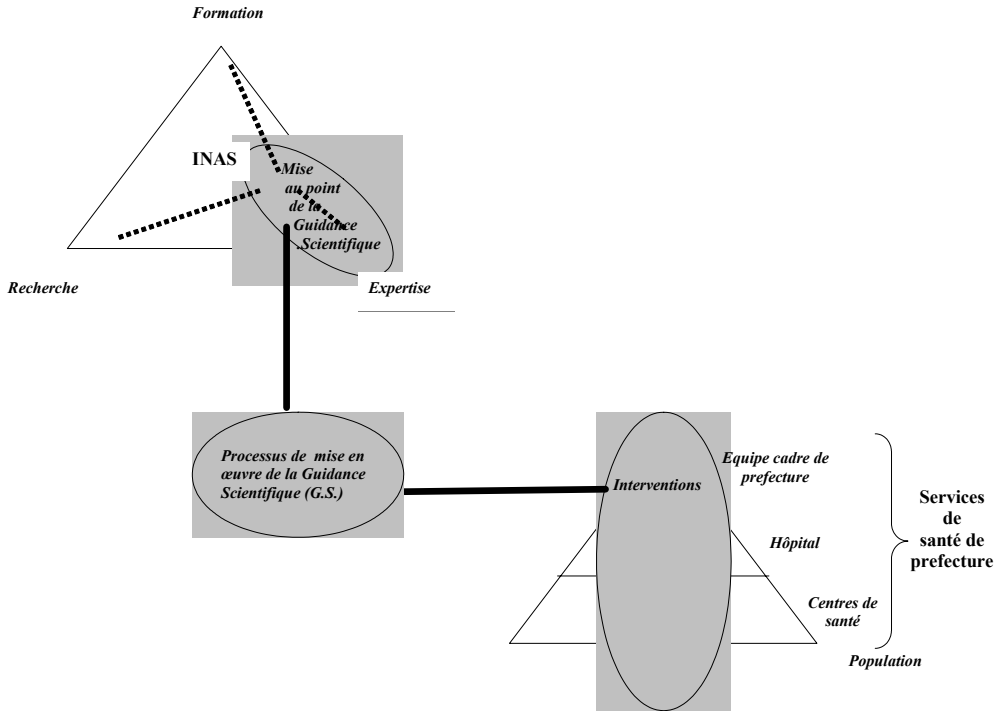


Figure 15: Les relations de la Guidance Scientifique avec l'I.N.A.S. et avec les services de santé.

Collecte d'information

Pour répondre aux questions posées et vérifier les hypothèses avancées par le projet, nous avons fait appel à deux sources d'information. D'une part l'étude de la documentation générée par le projet : les rapports d'une part, mais également l'ensemble des documents produits dans le cadre des interventions mises en œuvre. D'autre part, le recueil et l'analyse qualitative d'entretiens avec les acteurs au cours desquels ils ont décrit ce qui s'est passé, exprimant leur perception et leur vécu. Ces entretiens ont été menés auprès des équipes de terrain dans les provinces etde leurs responsables, et des cadres de l'I.N.A.S., impliqués ou non dans les processus du projet mais concernés par les résultats. Il s'est agi d'entretiens approfondis individuels et d'équipes. Un guide

fortement contextualisée. Autrement dit, cette représentation ne sous-entend pas de notre part une volonté d'établir une relation de causalité au sens épidémiologique du terme.

d'entretien a permis de s'assurer que l'ensemble des questions était couvert (Tableau 3). Ces entretiens ont été dans un premier temps peu directifs afin de générer librement des perceptions. Ils étaient ensuite plus directifs afin de générer des éléments plus factuels.

Pouvez-vous nous raconter comment s'est déroulé le projet ?
Qu'est- ce que la guidance scientifique signifie selon vous ? Est-ce que cela a changé au cours du projet ? Comment s'est-elle passée en pratique sur le terrain ?
A votre avis qu'est-ce qui explique ce qui a bien marché ? et ce qui n'a pas marché ?
Quel a été le rôle de l'I.N.A.S. ? Qu'est-ce que son implication a apporté ? Quelle ont été les limites de son intervention ?
Est-ce que la guidance a interagi avec d'autres systèmes ou d'autres initiatives pour améliorer la qualité, le fonctionnement ou la gestion des services de santé de la province ?

Tableau 3:Guide d'entretiens: les questions explorées au cours des entretiens approfondis.

Concernant les *interventions* mises en œuvre sur le terrain, les entretiens ont permis de clarifier quelles ont été les séquences de l'intervention qui ont été déterminantes dans le processus (qui a pris une décision, pourquoi, comment ce processus a été mené ?) et ce qui a été fait. Nous avons insisté plus particulièrement sur le rôle joué par le guide et le rôle joué par les acteurs managers ainsi que d'autres intervenants lorsqu'ils ont joué un rôle important. Enfin pour chacun de ces cycles on a pu comparer la perception des personnes 'cibles' du processus de guidance (délégués de province et personnel cadre par exemple) et celle des personnes 'cibles' des interventions (personnels de santé par exemple). Ces informations ont ensuite été restituées sous forme d'entretiens de feed back aux facilitateurs de la guidance pour recueillir leurs réactions.

Concernant le *processus de guidance* proprement dit, la même démarche a été suivie : notre étude a fait l'inventaire des approches et des outils utilisés. Elle a analysé pour chacun d'eux la raison pour laquelle il a été décidé de les utiliser, ce qu'il en était attendu, comment ils ont été effectivement utilisés et les résultats qu'ils ont finalement produits.

Concernant *l'I.N.A.S.*, notre étude explore la dynamique produite par le projet dans l'institution, les interactions de l'I.N.A.S. avec les autres composantes du système de santé, en particulier le ministère et les conséquences éventuelles du projet sur la mission de l'institution.

La collecte des informations sur le terrain s'est étalée sur deux semaines en Octobre 2002. Les entretiens ont concerné quatre préfectures où le projet a été mis en œuvre (Tableau 4). En raison des mutations de personnel, les informations concernant un site n'ont pas toujours été recueillies sur le site même ; de même, les informations recueillies sur un site ont également pu concerner un autre site du projet.

Les documents de projet ont permis de structurer les entretiens, par exemple en relançant la conversation sur des aspects non mentionnés spontanément ou en explorant des discordances dans le rapport ou l'interprétation des faits.

Concernant le site de Figuig, seul l'ancien délégué de Figuig, qui avait initié la démarche, a pu être rencontré à Khenifra, sa nouvelle affectation. Un entretien de trois heures a été mené.
Concernant le site de Settat, quatre rencontres ont eu lieu. L'une autour de l'équipe du délégué actuel (2h30), puis un entretien individuel avec un membre de l'équipe provinciale (1h30), puis un entretien avec un des médecins d'un centre de santé impliqué dans le programme d'assurance qualité (1h). Enfin un entretien avec l'ancien délégué de Settat qui avait initié le programme a été réalisé à Casablanca, sa nouvelle affectation (1h30).

Concernant le site BMSO, trois entretiens ont été réalisés à la délégation provinciale. Un premier entretien individuel avec le délégué à la délégation. Un entretien avec l'équipe de l'hôpital. (2h30, 9 participants). Un entretien avec l'équipe du Service d'Infrastructure et d'Action Ambulatoire de la Province (SIAAP) (2h30, 5 participants). Une visite dans le nouveau e4t l'ancien service de pédiatrie a été effectuée.
Concernant le site de Khemisset, un entretien avec le délégué provincial a été réalisé a la délégation régionale (4h) suivi d'un entretien de groupe avec l'équipe de soins infirmiers de l'hôpital (3h) et d'une courte entrevue avec l'équipe du SIAAP.
Des entretiens ont également été réalisés avec les intervenants de l'I.N.A.S. impliqués dans le projet (1h chaque) et avec deux cadres du ministère non directement impliqués (Dr Amina Sahel et Dr Ali Belghiti).
Enfin de multiples entretiens ont été réalisés avec le coordinateur du projet, A Zayyoun, sous forme d'entretiens initiaux puis de réactions à divers feed-back au décours des entretiens successifs.

Tableau 4 : Les entretiens approfondis réalisés, les sites explorés

Analyse des données

Au cours de l'analyse, les documents produits par le projet[31] ont permis de prendre connaissance de l'historique et du déroulement du projet et de croiser les récits recueillis au cours des entretiens. Ils ont également permis d'apprécier l'évolution de la perception de la guidance scientifique, des concepts introduits et de la logique du projet. En effet parmi ces documents se trouvaient des rapports de mission de suivi qui recueillaient également ce type d'informations.

L'analyse des notes manuscrites des entretiens a suivi l'approche proposée par la *framework method* (Ritchie & Spencer 1994). Les thèmes relatifs aux questions de recherche ont d'abord été identifiés dans les notes, ainsi que des thèmes émergents de façon inductive. Ils ont pu ensuite être regroupés sous sept thèmes (Tableau 5). Enfin sur base de cette analyse nous avons procédé à une synthèse afin de répondre aux questions de recherche.

Les problèmes sémantiques
Le leadership et le rôle déterminant du délégué
Les interventions mises en œuvre, et leur position dans le système de santé
La G.S., une réponse à un besoin ressenti du terrain
La découverte du travail en équipe
Les changements d'attitudes
Les conflits de logique

Tableau 5 : Les sept thèmes identifiés lors de l'analyse qualitative des résultats

Résultats

Nous présentons nos résultats dans les deux sections suivantes. La première présente l'analyse des entretiens, organisée suivant les sept thèmes identifiés. La seconde présente la synthèse, organisée autour des questions de recherche. Enfin dans la conclusion, nous mettons nos résultats en perspective de l'évaluation réaliste des projets qualité et complétons notre théorie intermédiaire concernant les interactions entre démarches qualité et système de santé.

[31] Certains documents étaient disponibles avant la mission sur le terrain. D'autres documents ont été collectés au cours de la visite ; lorsque c'était possible, le format électronique a été préféré.

Analyse des résultats

Problèmes sémantiques

Au cours du projet, et de façon plus marquée au début, des problèmes se sont cristallisés autour de la terminologie. Cette cristallisation sur les termes révèle la difficulté à créer un consensus, une compréhension partagée du concept mis en œuvre en dépit de multiples mises au point et tentatives d'explicitation. Il est important de s'y arrêter un instant car ces tensions ont été presque systématiquement mentionnées aux cours de nos entretiens.

> Le terme *guidance* a posé problème car il évoquait trop une relation paternaliste et directive du 'guide qui montre par où il faut passer'.
>
> Le terme *scientifique* a également posé problème. S'agissait-il de recherche, et alors qui étaient les chercheurs ? Quel était l'objet de la recherche et qui en étaient les sujets ? S'agissait-il de se concentrer sur des aspects en rapport avec la *science* ? Ou alors si c'est de management qu'il s'agissait, que signifie précisément le management *scientifique* ? Nous avions défini le management dit 'scientifique' que le projet vise à promouvoir comme un « management qui tend à l'optimalisation de la prise de décision dans un but d'amélioration. ». Il est apparu, qu'ainsi défini, le terme était acceptable pour l'ensemble des partenaires du projet.
>
> Le terme PALINAS a aussi posé problème. Les différentes appellations du projet ont été « Guidance scientifique » ; « PALINAS, (Projet d'appui aux lauréats de l'I.N.A.S.) » ; « Appui aux équipes provinciales ». Sur le terrain, la référence aux lauréats de l'I.N.A.S. était perçue comme une personnalisation de la démarche, discriminant les autres acteurs des équipes provinciales alors même que le projet s'articulait inévitablement autour des équipes. Le terme d'appui aux équipes provinciales avait été proposé. Ou encore le terme de partenariat. Au sein de l'I.N.A.S., pour certains, l'élément central était les lauréats et l'articulation de l'approche autour du cours de maîtrise de l'I.N.A.S. et de la problématique de son application sur le terrain par les lauréats. Pour d'autres, c'était le processus d'appui qui était central et l'objet du projet était de développer une méthodologie d'appui au terrain, les lauréats ne représentant qu'une porte d'entrée. Les acteurs s'accordent pour dire qu'il y a eu un glissement du besoin initialement perçu d'appuyer des lauréats après formation vers un besoin émergent d'appuyer des équipes provinciales empêtrées dans les difficultés du management au quotidien dans des conditions difficiles. La question demeure de savoir quelle devrait être la stratégie prioritaire et la plus pertinente. Nous nous sommes mis d'accord au cours des visites de nous référer au terme Palinas puisque c'est celui qui apparaît dans les documents initiaux mais en reconnaissant l'ambiguïté du terme.
>
> Enfin le terme « projet » a également été source d'ambiguïtés. Le terme sous-entend la planification et la réalisation d'une série d'activités, avec des objectifs précis et des résultats attendus suivis par des indicateurs, et pour lesquelles on peut déterminer un début et une fin qui marque soit un achèvement de résultats acquis définitivement soit l'installation d'un processus pérennisé. Or, la démarche consistait à faire émerger puis répondre à une demande. En dehors d'un corpus de départ, le cours que prendrait le projet et les activités précises qu'il mettrait en œuvre n'étaient pas connus, même si différentes possibilités avaient été projetées. Cette situation crée un sentiment de malaise lorsque l'on a l'habitude de la gestion classique de projet. Ainsi les acteurs du terrain n'ont pas nécessairement entendu de la même façon qu'ils devaient formuler leurs demandes. Ils n'ont pas nécessairement intégré que c'était leur responsabilité de s'assurer que les étapes progressaient et que la réalisation ou l'arrêt des activités initiées dans le cadre du projet n'était pas de la responsabilité du 'projet', ce qui est effectivement inhabituel. Il est vrai que cette conception des relations entre les promoteurs d'un projet et ses acteurs de terrain tranche avec ce qui est d'usage. Ce sentiment se retrouve

également chez certains des cadres de l'I.N.A.S. pour qui les acteurs ou les bénéficiaires d'un projet n'ont pas d'habitude le pouvoir de mettre fin au projet unilatéralement, voire ne devraient pas l'avoir. Nous reviendrons plus loin sur le conflit entre des logiques différentes que cette approche a suscité.

Leadership: le rôle déterminant du délégué

Dans les quatre sites retenus, le projet a ciblé son intervention sur le délégué, lauréat de l'I.N.A.S. En réalité très vite dans tous les sites c'est l'ensemble de l'équipe autour du délégué qui a été impliquée dans la mesure où la démarche retenue reconnaissait l'importance du travail en équipe. Cependant dans les quatre sites, la position du délégué s'est révélé un facteur clé pour la continuité du projet. Dans les quatre sites, le délégué a changé suite au mouvement de tous les délégués du pays. Ce changement est survenu à mi-parcours du projet alors qu'un certain nombre d'interventions étaient en cours. Dans deux des sites, les initiatives entreprises se sont arrêtées. Dans le premier, le nouveau délégué n'a pas répondu après plusieurs relances de la part du projet. Suivant la position de principe adoptée dans le projet de répondre à une demande explicite, le projet a donc considéré que la province ne souhaitait plus cet appui. Dans le second, le nouveau délégué n'avait pas la même approche stratégique pour le développement de ses services que son prédécesseur. Il n'avait pas non plus les mêmes priorités, centrées sur la construction d'une identité régionale forte autour de programmes fédérateurs. Dans une troisième province en revanche, le nouveau délégué, prenant son premier poste à ce niveau a repris et soutenu les initiatives lancées par son prédécesseur avec l'appui du Palinas. Enfin en deux occasions, un délégué qui a développé une initiative avec l'appui du projet dans une province 'l'emporte avec lui' et l'initie à nouveau dans sa nouvelle province.

Ainsi tout semble se passer comme si l'équipe en place, même si elle avait été très étroitement associée à la dynamique, n'avait pas le pouvoir d'imposer à un nouveau délégué la dynamique en cours. Il n'est bien sûr pas possible de dire ce qu'il en serait si la cible du projet s'était plutôt centrée sur un cadre intermédiaire (le médecin chef du SIAAP ou le directeur de l'Hôpital, par exemple). Mais certains suggèrent que les préoccupations seraient probablement plus opérationnelles, si elles étaient centrées sur le fonctionnement de leurs services, et que la continuité serait plus facilement assurée car les cadres intermédiaires sont plus stables même s'ils ont moins de marge de manœuvre décisionnelle.

On voit donc que le rôle du délégué est déterminant, il est en position naturelle de leadership et il a des préoccupations stratégiques de par sa fonction. L'appuyer est vraisemblablement utile dans la mesure où le projet visait à permettre aux équipes cadres de mieux fonctionner. En effet, une équipe cadre est plus efficace lorsqu'elle partage une vision stratégique et que son délégué est appuyé dans ses responsabilités entre autres de mobilisation des ressources. D'un autre côté, le risque existe que les interventions se concentrent sur la réponse aux préoccupations propres au délégué au détriment des besoins ressentis des autres cadres. C'est peut-être ce qui s'est passé à Settat où l'outil suggéré par le délégué qui permettait de faire un diagnostic pour définir des axes stratégiques n'a pas pu être exploité par le reste de l'équipe après le changement de délégué.

Une myriade d'interventions de toute nature révèle la nature systémique des problèmes

Le projet Palinas a initié des interventions nombreuses et de toute nature sur la durée du projet. Elles ont plus été orientées vers les processus gestionnaires et la planification que vers les prestations de service proprement dites. (Tableau 6)

L'organisation des services de santé :
Urgences
Accès des nomades
Création de districts sanitaires
Coordination entre les échelons de soins
La gestion des ressources
Gestion globale des médicaments
Gestion du courrier
Gestion des ressources humaines (absences formation etc.)
La gestion de la qualité
Introduction à la démarche qualité
La planification
Élaboration d'une planification stratégique provinciale
Diagnostic organisationnel

Tableau 6 : Exemples d'interventions mises en oeuvre au niveau services de santé de province.

Parmi toutes ces interventions nous avons déjà évoqué le fait que certaines d'entre elles ont été mises en sommeil en raison du mouvement des délégués. Les observateurs extérieurs, même lorsqu'ils ont été impliqués à un moment ou l'autre, mais surtout lorsqu'ils n'ont pas participé à la démarche, expriment un sentiment de malaise devant la diversité des actions entreprises. Ce sentiment est aussi amplifié par l'impression que le projet consiste essentiellement à fournir des outils. Une telle diversification des types d'interventions s'explique par la volonté délibérée de coller à la demande qui vient du terrain. Nous y reviendrons. Il reste cependant légitime de s'interroger sur la cohérence et le lien entre les différentes interventions.

Bien des interventions ont démarré par une porte d'entrée qui pouvait paraître dérisoire et de pertinence marginale. La flexibilité affichée du projet le permettait. Le processus a cependant mis rapidement dans la plupart des cas en évidence la complexité du système de santé qui demande à être gérée de façon systémique. Ainsi, avec la porte d'entrée de la gestion de l'absentéisme, c'est toute la problématique de la gestion des ressources humaines qui a été posée. La démarche a exploré aussi bien l'intérêt d'applications informatiques que la problématique de la motivation à travers de petites interventions de 'confort' pour le personnel. Elle pose aujourd'hui la question de la contractualisation et de la mesure de performance, tout en reconnaissant que cela dépasse les compétences provinciales. Mais cela illustre comment une simple question de gestion des absences ne s'est pas cantonnée à un toilettage de procédures de contrôle administratif mais a pu finalement aborder en profondeur la complexité de la gestion des ressources humaines. De même, dans la même province, le travail sur les urgences a amené à réorganiser l'offre de soins des centres de santé en tenant compte des rôles distincts de l'hôpital et des centres de santé. Il a résulté d'une collaboration étroite entre les services qui coordonnent les centres de santé et l'équipe de l'Hôpital. Grâce au travail en équipe, les problèmes sont abordés de façon systémique. Les personnels et le délégué insistent dans les entretiens sur le rôle crucial joué par le projet Palinas dans l'analyse du problème. De plus, l'une des options retenues a consisté à restructurer les horaires de travail dans les Centres de Santé et à poser le problème de la charge de travail aux urgences. Les différentes équipes établissent de façon très explicite au cours des entretiens le lien entre le dossier 'Gestion de Ressources Humaines' et le dossier 'Urgences'.

Il reste cependant clair que c'est le coordinateur du projet qui détient la vision la plus globale de l'ensemble des interventions, de leurs relations dans le temps, de leurs relations fonctionnelles et de leurs relations potentielles futures. Malheureusement, en dehors de la documentation brute du projet (comptes-rendus de réunions, courrier, rapports…) et des réunions de présentation à d'autres membres du staff de l'I.N.A.S., il n'y a pas de mécanisme qui permette d'avoir une vue

analytique des opérations entreprises ni une vue synthétique de la synergie qui permette d'expliciter l'orientation et la cohérence potentielles de ces multiples interventions.

Une réponse à un besoin ressenti du terrain

Une des originalités importantes du projet est de répondre aux besoins exprimés par les gens appuyés sur le terrain. La pertinence des outils ou la stratégie suivie par la démarche d'appui a été remise en question par les acteurs du terrain lorsque des problèmes sont survenus. Ce fut le cas à Settat. En revanche la pertinence du principe d'un appui centré sur les besoins exprimés au niveau du terrain n'a été remise en question par aucun des acteurs concernés par l'appui. Il est donc intéressant de se pencher sur l'explication de cette appréciation positive.

D'abord, cette approche consiste à faire avec les équipes un diagnostic des besoins sans que le projet n'ait aucune activité déjà planifiée dans ses cartons. C'est une situation très différente de ce qui se passe dans la plupart des projets ou des programmes. Les partenaires du terrain parlent d'un '*œil externe*' qui agit comme un miroir et permet aux acteurs du terrain d'analyser leurs pratiques, leurs dysfonctionnements, leurs lacunes avec l'aide d'un appui '*neutre*' parce que sans pouvoir réglementaire. Une relation de confiance peut alors s'établir.

Un autre élément fortement présent dans les entretiens est la notion de rupture d'isolement : du fait de l'intervention extérieure, mais aussi du fait du travail en équipe

Ensuite une telle approche est la seule à pouvoir se concentrer précisément sur des aspects qui ne sont pas couverts par les autres programmes d'appui ou de supervision des directions et de la hiérarchie. Il est frappant de constater que parfois même si la réponse apportée par le projet s'est avérée inadéquate (un logiciel qui ne fonctionne pas bien) ce qui importe aux acteurs c'est que la relation ne s'interrompe pas. A l'extrême, un produit ou un outil qui ne fonctionne pas comme prévu représente même une opportunité de renforcer les liens ! Cela tient à la nature transversale de l'intervention. La logique est très différente de la logique des programmes ou de la voie hiérarchique ; il s'agit véritablement d'une approche de bas en haut, voire horizontale de province à province. Le prix à payer pour cela est évidemment le risque de dispersion en répondant à des sollicitations très diverses, nous en avons déjà parlé.

Mais l'aspect le plus important et probablement le plus original cité unanimement par les acteurs du terrain c'est l'importance qu'ils accordent au sentiment que '*quelqu'un s'intéresse à ce que nous faisons sans arrière-pensée de nous imposer une autre manière de faire*'. Et pour cause, le projet n'a pas le pouvoir d'imposer quoi que ce soit puisqu'il se situe en dehors de la ligne hiérarchique. Pour évoquer leurs sentiments, les personnes interrogées ont recours à un vocabulaire tout à fait inhabituel dans le monde de la gestion. Ils utilisent le terme '*d'affection*' pour caractériser le type de relation qui s'établit. Ils parlent de la satisfaction retirée du travail en équipe et de l'approche systématique et avec recul des problèmes comme d'une découverte '*magnifique*'.

Il reste cependant une ambiguïté quant à la responsabilité de la prise d'initiative. A plusieurs reprises, les équipes ont mentionné qu'elles avaient espéré telle ou telle intervention dans le cadre du projet mais qu'elles attendaient toujours. Il n'était pas clair pour elles que c'était à elles de prendre l'initiative de demander la poursuite de l'appui ou un appui nouveau. L'accent mis sur la réponse aux besoins de la périphérie n'a pas encore résulté en un changement de culture dans laquelle on passe d'une attitude passive d'exécutant qui attend les instructions à une attitude active de responsable qui prend des initiatives.

La découverte du travail en équipe

Un des succès, probablement le plus marquant du projet, est la satisfaction mentionnée par tous les acteurs vis-à-vis du travail en équipe.

Même quand le projet a rencontré des difficultés et que des interventions sont restées sans suite, les acteurs expriment la satisfaction qu'ils ont retirée ou retirent de la découverte du travail en équipe. C'est un aspect qui est mentionné de façon spontanée Et les participants expliquent pourquoi il leur paraît maintenant plus rationnel de travailler en équipe. Les acteurs mentionnent à cet égard l'importance du travail en équipe pour avoir une vision élargie, qui englobe plusieurs

perspectives des problèmes. Un gestionnaire d'hôpital exprime que son point de vue a changé lorsqu'il a pris conscience, grâce au travail en équipe, que la question des montants des recettes à l'hôpital était indissociable de la question de l'articulation entre les deux échelons du système et que cela représente une priorité relative à mettre en balance avec les questions d'équité, de qualité et d'accessibilité. *'Maintenant je suis obligé de tenir compte du point de vue des autres éléments du système puisque nous partageons les préoccupations en équipe.'*

Un changement dans les attitudes

Les partenaires du terrain expriment clairement leur situation en termes d'*avant* et d'*après*. Il n'est cependant pas très clair s'il s'agit d'une référence au projet Palinas ou d'une référence au changement de délégué. Il est en effet fort possible que ce sentiment que les choses changent et s'améliorent résulte d'une dynamique automatique liée au changement de délégué et qui pourrait bien être d'ailleurs une des raisons qui motive le mouvement périodique et systématique des cadres supérieurs.

Néanmoins, les acteurs du terrain expriment leur découverte qu'il y a une autre façon d'aborder les problèmes que de simplement recourir à la voie de la procédure. Au lieu de se plaindre en accusant le manque de moyens, au lieu d'externaliser les causes, de faire un rapport, puis d'attendre une réaction sans trop y croire, les acteurs du terrain expliquent qu'ils ont appris à réfléchir, qu'ils découvrent qu'ils peuvent prendre des initiatives, trouver des solutions qu'ils peuvent mettre en œuvre à leur niveau. *'On est passé d 'un stade où tout le monde sait mais personne ne fait rien à un stade où on peut faire des choses mais surtout on veut les faire ensemble'.*

D'un autre côté, ils expriment aussi le fait qu'il ne s'agit pas encore réellement d'un changement de 'culture', que s'il n'y a pas de stimulation permanente, l'énergie retombe. Ils sont aussi conscients qu'ils ont probablement commencé par les petites choses les plus faciles mais que le plus dur est devant eux. Ils insistent alors sur l'intérêt et la pertinence qu'il y aurait à pérenniser la guidance scientifique telle qu'elle a été pratiquée, la jugeant indispensable.

Des conflits de logique

Les entretiens tant auprès des facilitateurs de l'I.N.A.S. que des acteurs extérieurs, basés au ministère, ou encore des acteurs de terrain montrent que le projet Palinas joue un rôle très différent de celui des directions centrales ou des responsables de programmes du ministère. Ils précisent que le rôle que le Palinas a joué est d'une nature différente, nouvelle, et qu'il répond à un besoin essentiel des acteurs du terrain. Ils expriment le fait que pour la première fois semble-t-il, on leur demande quels sont leurs problèmes sans que cela ne soit un prétexte pour imposer une solution toute faite que le ministère veut mettre en oeuvre. Même lorsque la solution s'est révélée très différente de ce qu'ils attendaient, ils expriment clairement qu'il s'agit d'une évolution a laquelle ils ont participé et qu'ils ont souhaitée. Ils ont le sentiment que leur demande a été respectée.

Synthèse des résultats

La guidance scientifique a amélioré les capacités en management

La question centrale posée par notre étude était de savoir dans quelle mesure la 'guidance scientifique apportée aux acteurs de terrain représente une stratégie efficace pour améliorer durablement la capacité des acteurs à mettre en œuvre un management qui tend à optimaliser la prise de décision dans un but d'amélioration.'

Nos observations montrent que les responsables, autrement dit les délégués qui ont bénéficié d'un appui disent très clairement que leur vision stratégique de ce qu'ils doivent faire, a été améliorée grâce au projet. Ils ajoutent que le projet leur a ouvert des opportunités pour dynamiser leurs équipes. Les outils qui leur ont été apportés dans le cadre du projet leur ont permis de mieux orienter leur prise de décisions en recourant à des éléments objectifs. C'est tout à fait manifeste dans le cas de BMSO où une meilleure appréhension globale des problèmes de gestion du personnel rend le délégué beaucoup plus à l'aise pour gérer son personnel. Les

interventions du projet, ciblés sur les équipes, ont également fait appel à des processus de réflexion et de documentation des décisions. Le personnel exprime très explicitement dans les sites de Khemisset et de BMSO qu'il a découvert ce que représente une gestion plus systématique. A Khemisset les cadres intermédiaires montrent que la réalisation 'ensemble' du plan stratégique a créé une vision partagée qui permet aux équipes de voir où on va et de modéliser le futur à partir du présent.

Il reste néanmoins que les processus de décision sont pour le moment majoritairement centrés sur les aspects de gestion. Peu s'occupent directement des processus de soins. On touche peut-être ici la limite de se concentrer sur la demande exprimée par le personnel qui hiérarchise ses priorités en fonction de ses besoins propres aux dépens de ceux du public. Si le projet a permis d'insuffler les principes d'un management plus scientifique, le projet n'a pas contribué à créer une véritable culture de service aux patients.

La guidance scientifique ciblée sur **ces** *équipes a permis le changement*

Concernant plus spécifiquement les capacités des lauréats de l'I.N.A.S. comme agents de changement, il n'est pas possible de savoir quelle est l'apport spécifique du projet Palinas. En effet, le projet a sélectionné les lauréats à appuyer précisément en fonction de leur capacité à exprimer une demande d'appui. Si les délégués rencontrés expriment le fait que le projet leur a permis d'avoir une vision plus claire et de mettre en œuvre des stratégies avec leurs équipes, il est impossible d'affirmer que le projet en était la cause unique et que ce ne sont pas précisément les anciens lauréats les plus capables de développer cette vision qui ont été capables de ressentir le besoin d'un appui et d'en formuler la demande

L'INAS, une institution, distincte des directions du ministère, qui a su répondre à la demande et avec la flexibilité requise pour appuyer le changement

Une autre question était celle de savoir quelles avaient été les caractéristiques propres à l'I.N.A.S. qui ont été déterminantes pour lui permettre d'assurer cette 'Guidance Scientifique'. Nos observations mettent en évidence l'importance du caractère non hiérarchique de la relation qui s'établit. Le fait que l'appui s'exerce en dehors de la voie hiérarchique est apparu capital. Les entretiens mettent en évidence trois types de relations que les préfectures établissent pour développer leurs services:

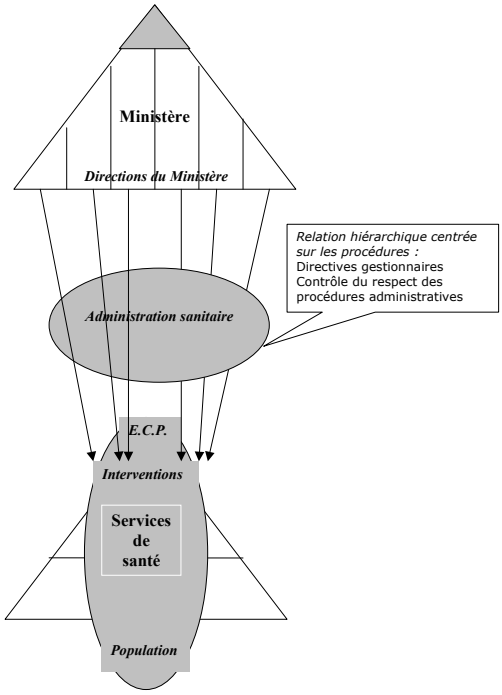


Figure 16 : la relation entre les équipes cadre de province et la hiérarchie du ministère.

Il y a la relation avec la hiérarchie représentée par les directions du ministère (Figure 16). Cette relation est centrée sur les procédures. Elle relève d'une logique de haut en bas. Elle est normative et ne permet pas la créativité. Elle repose sur le postulat que toutes les situations sont envisagées et réglées par le règlement. La résolution des problèmes passe par la seule bonne application du règlement.

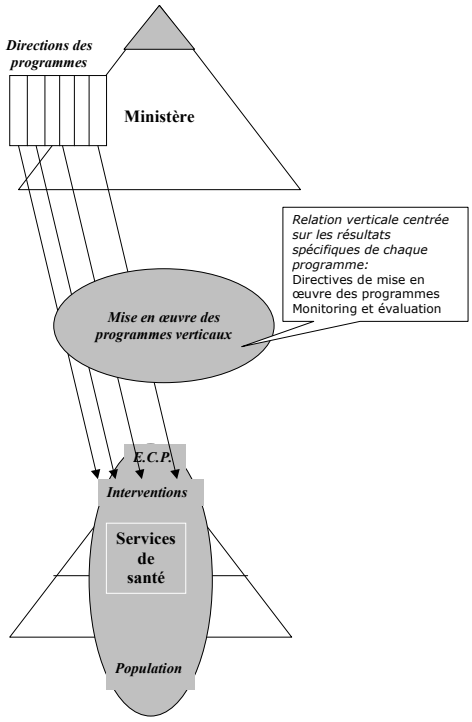


Figure 17 : La relation entre les équipes cadres de province et les directions des programmes

Il y a également la relation avec les programmes et projets (Figure 17). Cette relation est plutôt centrée sur les résultats. Elle est de nature verticale et surtout spécialisée. Elle peut prendre en considération les problèmes qui relèvent de sa thématique. Elle peut aussi résoudre ponctuellement des problèmes transversaux de gestion ou de ressources humaines, et ce d'autant plus qu'elle dispose de ressources, mais elle ne peut pas appréhender les problèmes de façon globale et transversale. Cette relation peut considérer les contraintes liées à des insuffisances pour expliquer ses résultats, mais il lui est très difficile de prendre une orientation globale.

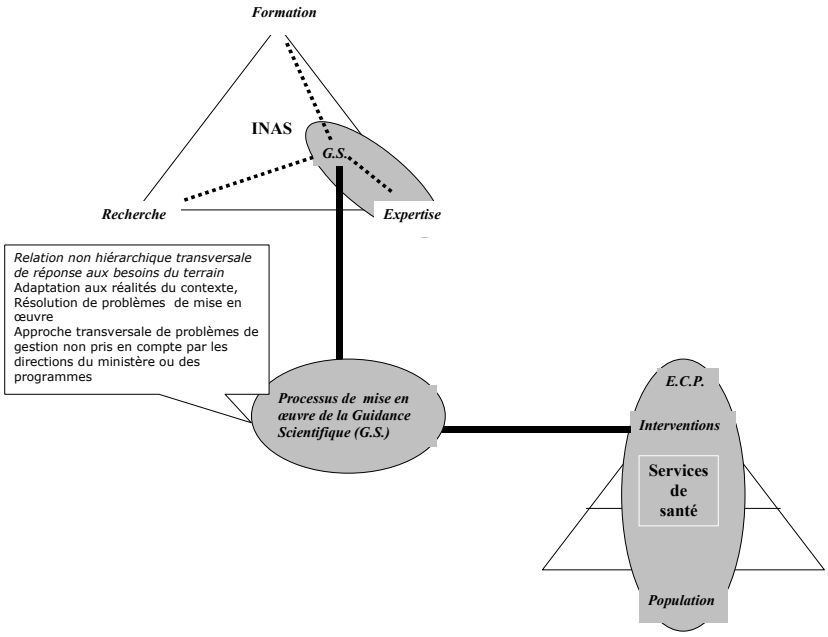


Figure 18 : relation entre les équipes cadres de province et l'INAS, établie par la guidance scientifique.

Il reste alors toute une série de problèmes transversaux qui ne sont appuyés par personne, qui ne représentent un enjeu direct pour personne. Ce sont précisément les problèmes qui empoisonnent au quotidien la vie des gestionnaires. Ce que les acteurs de terrain ont exprimé avec une grande clarté c'est que le projet leur donnait l'opportunité d'exprimer ces besoins et leur apportait des stratégies et des outils de nature à leur permettre de les résoudre. Même si ces stratégies n'ont pas donné de résultats spectaculaires, le seul fait qu'elles soient mises en œuvre représente un pas de géant aux yeux des provinces concernées. Cet appui est de nature non hiérarchique (il faut pouvoir décortiquer sans risques les dysfonctionnements). Il est centré sur des dynamiques de changement. Il fait appel à la créativité. C'est précisément ce type d'appui que les acteurs de terrain ont reconnu dans l'intervention du projet Palinas (Figure 18).

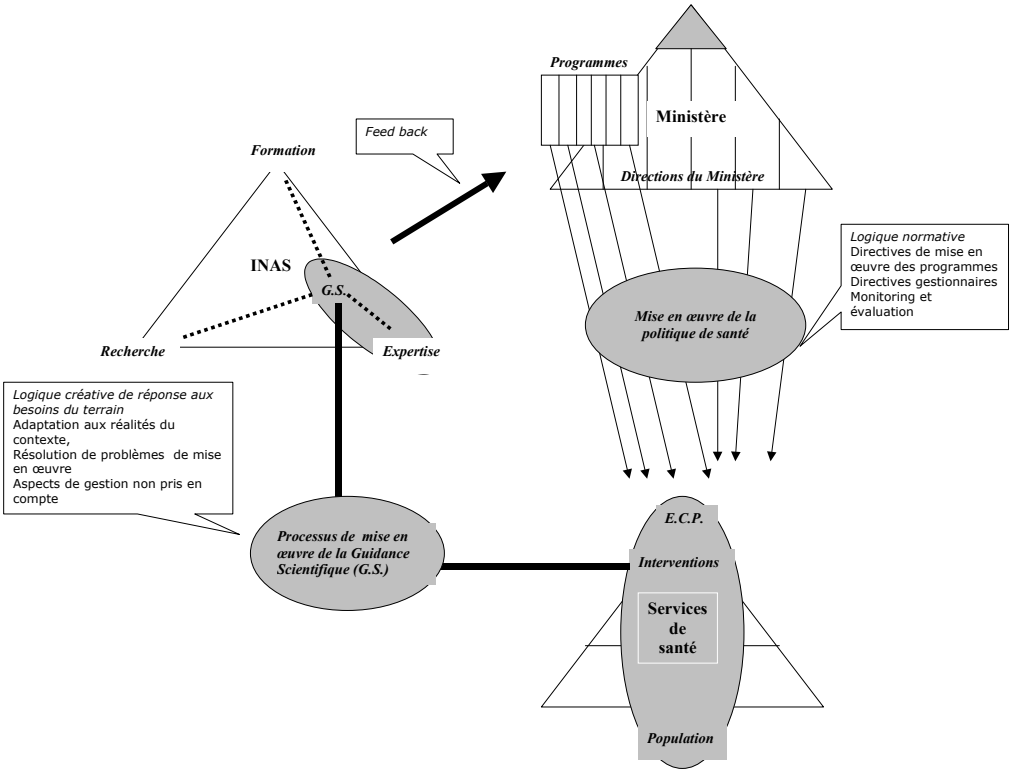


Figure 19: Les différences entre la logique créative et réactive de la guidance scientifique en réponse aux besoins du terrain, et la logique normative et proactive du ministère pour la promotion et la mise en œuvre de la politique de santé.

Si on combine ces trois types de relations : relation hiérarchique centrée sur les procédures administratives établie par les directions du ministère, relation verticale centrée sur les résultats établie par les directions de programme, relation transversale non hiérarchique de la guidance scientifique, on met alors en évidence deux types d'appui de nature différente aux équipes provinciales (Figure 19). D'une part, l'appui apporté directement par le ministère et les directions de programmes. D'autre part, l'appui apporté par une guidance scientifique telle que le Palinas et qui relève d'une institution du ministère qui se situe hors de la ligne hiérarchique. Le premier suit une logique normative, il est directif, spécialisé et répond aux besoins du ministère pour promouvoir sa politique sanitaire. Le deuxième suit une logique créative, il est flexible, généraliste et répond aux difficultés rencontrées par les acteurs du terrain dans l'exécution de la politique sanitaire. Il apporte la flexibilité requise par l'adaptation au contexte spécifique de chaque province et la créativité nécessaire pour résoudre sur le terrain les problèmes de mise en œuvre qui n'ont pas été anticipés lors de l'élaboration des programmes et des directives administratives[32]. Pour rester cohérent, il faut articuler les deux approches de façon à s'assurer qu'elles se complètent et se renforcent plutôt que d'entrer en compétition. Sur cette base pourrait alors se définir le rôle de l'I.N.A.S. : à la fois permettre l'innovation et alimenter le ministère en résultats de recherche. C'est une façon d'opérationnaliser le concept d'organisation apprenante (Borredon & Roux-Dufort 1998; Kolb 2002a).

[32] Conscient des difficultés rencontrées par les délégations des provinces à résoudre des problèmes complexes de mise en œuvre, souvent créées involontairement par des directives d'application trop standardisées venant du ministère ou des programmes, le ministère a récemment proposé de confier à une direction donnée du ministère la responsabilité d'appuyer 'globalement' une province donnée. Chaque province bénéficierait d'un appui privilégié d'une direction. Au vu des résultats du projet Palinas, on peut anticiper un conflit entre des logiques différentes, complémentaires, mais difficilement conciliables à l'intérieur de la seule hiérarchie du ministère.

La guidance scientifique, une approche potentiellement prometteuse pour renforcer le pôle 'prestation de service' de l'I.N.A.S. et affiner la pertinence de l'enseignement

La question suivante posée par notre étude concernait la pertinence de ce type d'approche pour structurer le pôle 'prestation de service' d'une institution académique telle que l'I.N.A.S.. Le projet a touché à toute une série de domaines qui sont du domaine de ce que l'on attend d'un cadre à la fin de sa formation en santé publique : capacité à gérer les ressources humaines, à animer une équipe, à développer une vision stratégique et à planifier des changements. Le projet a représenté une opportunité de tester *in situ* différentes stratégies connues ou non de l'I.N.A.S.. Il y a donc un potentiel d'apprentissage pour l'I.N.A.S. et d'adaptation continue de son enseignement aux réalités du terrain. Le problème reste bien évidemment celui de l'ampleur que devrait prendre une telle approche si elle devait être offerte en routine. Il est évident que les ressources n'existent pas pour appuyer 72 provinces. Mais cela n'aurait de toute façon pas de sens dans la mesure où il est apparu clairement que le caractère volontaire de la demande était essentiel. Le projet a également montré qu'il était possible de mobiliser des ressources en dehors de l'I.N.A.S. pour appuyer des provinces dans tel ou tel domaine. Enfin la mise en réseau des expériences représente également un réservoir potentiel de ressources non négligeable. Reste la question de savoir s'il est plus pertinent pour l'I.N.A.S. d'orienter son pôle de prestation de services vers la réponse par des études à des questions posées par le niveau central qui gère les programmes, ou de l'orienter vers la recherche-action et la recherche opérationnelle. Cette deuxième orientation permet d'un coté de résoudre les problèmes rencontrés sur le terrain, et de l'autre d'alimenter le niveau central avec des informations de feed back. Ainsi le ministère et les directions des programmes peuvent ajuster instructions et procédures administratives aux réalités et contraintes du terrain.

Il est probablement trop tôt pour tenter de répondre à cette question. Le projet avait pour objectif de fournir une méthodologie pour appuyer les lauréats de l'I.N.A.S.. Cette étude permet de préciser un certain nombre de questions qui se posaient lors de l'élaboration du projet. Le fait d'avoir expérimenté l'approche a permis de clarifier certaines ambiguïtés, de préciser quelle pourrait être la logique d'intervention, et d'identifier les alternatives d'opérationnalisation.

La guidance scientifique, une approche très flexible, pertinente pour accompagner des équipes dans la résolution de problèmes

Les entretiens confirment l'hypothèse qu'il y a au niveau des délégations et des lauréats une demande pour un appui. Il est clair aussi que cette demande est très puissante quand elle s'exprime mais qu'elle ne s'exprime pas spontanément partout. Il faudra faire la part des choses entre ce qui revient à l'habitude de ne pas formuler activement ce type de demande et un réel déficit de demande.

Le besoin le plus fondamental qui est exprimé se rapporte à la forme de l'appui. C'est le fait qu'il s'agisse d'un appui qui part du terrain qui le rend hautement apprécié, de même que sa capacité à s'adapter. Le fait de ne pas avoir de stratégies toutes faites mais de les construire *avec* les équipes est essentiel.

Une autre caractéristique est qu'il s'agit d'une offre de service de type santé publique 'généraliste' et que c'est précisément cela qui apparaît important du fait de sa capacité à proposer des approches globales et transversales, même si on a vu qu'il est probablement important de ne pas recourir à des outils trop globaux qui risquent d'être difficile à manier mais s'attacher à montrer qu'on peut attaquer un problèmes par des petites stratégies cohérentes entre elles. L'explicitation au cours du processus de cette cohérence est alors cruciale, elle requiert de la part de celui qui fournit l'appui des capacités de synthèse. Une modalité de documentation systématique serait probablement une aide précieuse à cette synthèse.

Reste également la question de savoir s'il faut cibler des individus – et lesquels (délégués, directeurs administrateurs, chefs de CS ?)- ou cibler d'emblée des équipes. De la même manière on peut se demander s'il ne faut pas tempérer un peu la polyvalence des interventions pour cibler des thèmes majeurs qui rendent la tâche plus aisée et réduisent la sensation de dispersion.

Une approche synergique avec l'approche qualité

Les entretiens ont révélé que le discours autour du projet était traversé par beaucoup de notions empruntées au monde de l'assurance qualité, avec en particulier la mise en avant du travail d'équipe et de la résolution de problèmes. Il serait probablement intéressant d'établir des ponts, d'identifier les complémentarités mais aussi les différences. La synthèse telle qu'elle est réalisée à Khemisset apparaît exemplaire : il y a intégration de la démarche qualité en évitant le piège de la polarisation sur le recours automatique à un jeu restreint d'outils qui vide la démarche qualité de son âme.

L'évolution vers l'organisation apprenante, une forme aboutie de l'assurance qualité, suppose de pouvoir relier toutes les interventions entre elles dans le temps, dans l'espace et surtout dans les logiques afin de capitaliser les leçons (Borredon & Roux-Dufort 1998; Carroll & Edmondson 2002; Davies & Nutley 2000; Gilley *et al.* 2001; Kolb 2002a). Or cela repose essentiellement sur une bonne documentation des processus. Toutefois, si le lien entre les différentes interventions semble exister dans le discours des participants, il ne s'est pas traduit dans la construction d'une documentation systématique des processus suivis.

Conclusion

Le projet Palinas a permis de tester dans le contexte du Maroc une méthodologie pour la conduite de la guidance scientifique. Trois aspects ressortent de l'expérience :

> une capacité de réponse flexible à la demande et la concentration sur la résolution des problèmes ressentis par les acteurs de terrain ;
>
> une 'expertise' de type 'généraliste' qui mobilise des ressources et de l'expertise dans et hors l'I.N.A.S. (y compris directement sur le terrain dans d'autres provinces) plutôt qu'une équipe d'experts qui apportent leurs réponses-types aux problèmes de terrain ;
>
> un positionnement clairement hors de la ligne hiérarchique : la guidance scientifique type Palinas suit une logique distincte, différente de celle de la supervision depuis le ministère d'un programme ou d'un service, même si les deux sont complémentaires.

L'hypothèse testée par le projet est confirmée par les observations de terrain et les perceptions des acteurs. Le projet Palinas a amélioré la capacité des lauréats et de leurs équipes à faire du management dans leur province. Le délégué et son leadership sont des éléments clés du fonctionnement des provinces. Nos entretiens ont révélé des personnalités très différentes et des capacités, des potentiels et des profils très différents. Ce qui a probablement été déterminant, tant pour expliquer les succès que les échecs ou interruptions, semble tenir au degré d'adaptation de la guidance scientifique au profil du délégué, de ses collaborateurs et de l'interaction entre les deux. Il est cependant important de ne pas sous-estimer un biais de sélection. Il se manifeste à deux niveaux, d'abord le projet s'adressait à des lauréats volontaires. Ensuite il adoptait une position *réactive* aux seules demandes exprimées. Nous avons insisté en effet tout au long de ce document sur le fait qu'il s'agissait d'une approche qui répond à une demande explicite des acteurs de terrain. Ce projet apporte des arguments en faveur de la guidance scientifique pour améliorer le management dans les provinces qui manifestent le désir de s'y engager. En revanche, il n'est pas sûr que la guidance scientifique produise le même effet si elle devait être 'imposée'. Il est même possible qu'elle soit contre-productive. Il faut donc rester prudent vis-à-vis de la tentation de la généralisation. Cette prudence ne représente cependant pas une condamnation.

Au niveau des services de santé de province, bien au-delà des seuls lauréats, le Palinas a contribué à changer les pratiques. Tout d'abord il a promu le travail d'équipe sans nécessairement le formaliser dans des structures (évitant ainsi les luttes de pouvoir) mais plutôt en le rendant naturel et source de satisfaction et d'enrichissement. Ensuite il a développé un état d'esprit d'approche systématique des problèmes comprenant leur documentation, leur analyse suivi de négociation et de prise de décision. Enfin le projet a promu une approche systémique des problèmes. Cependant cela reste très fragile et embryonnaire et ne pourra s'enraciner que sur le

très long terme. Cela pose bien évidemment le problème de la continuité de ce genre d'approche pour envisager la pérennité.

Le projet a mis en évidence un besoin ressenti et non couvert très fort de la part des équipes de cadres de terrain pour un appui d'un type différent de celui qu'ils reçoivent habituellement. Il s'agit d'un appui qui leur permet de résoudre de façon transversale une multitude de problèmes ou de gérer des contraintes qui ne sont pas prises en compte par les programmes ou les directions administratives. Ce qui est apparu le plus apprécié des équipes, réside dans l'attention et surtout le respect qui sont apportés à leur perception des problèmes. Ils différencient cette perspective de celle de la supervision habituelle qui s'intéresse aux problèmes ressentis, identifiés, et définis selon les critères des superviseurs.

La guidance scientifique s'est révélée un moyen de résoudre la tension qui existe entre d'un côté la conformité aux règlements, procédures et autres instructions de mise en œuvre de la politique sanitaire par un système de santé organisé comme une bureaucratie, et de l'autre côté l'exigence d'adaptation aux réalités et aux contraintes locales conformément à la nouvelle politique de décentralisation du Maroc.

Annexe: Poster présenté à la 20ème conférence de l'ISQUA Dallas Novembre 2003

Addressing the unmet needs of management teams in Morocco: The potential of 'Scientific Guidance' to breach bureaucratic constraints to quality improvement

Pierre Blaise*, Abdelwahab Zayyoun‡, Vincent De Brouwere*, Guy Kegels*

‡National Institute of Health Administration (INAS) Rabat (Morocco) & *Institute of Tropical Medicine (ITM), Antwerp (Belgium)

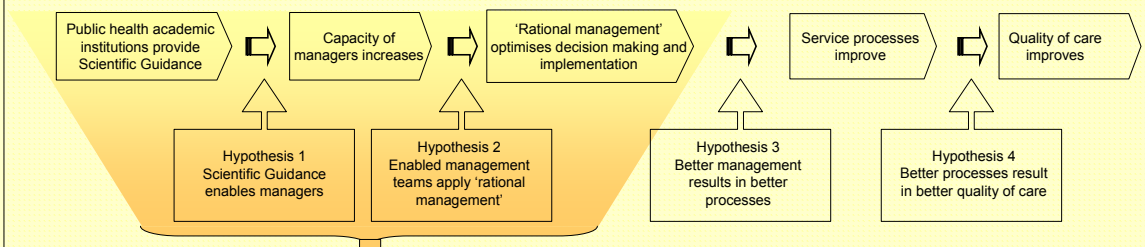
Madinate Al Irfane, Rue Lamfadel Cherkaoui, Rabat, Maroc, tel & fax : +212 376 831 61 azayyoun@sante.gov.ma

Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgium Tel +32 3247 6286 Fax +32 3 247 6258 pblaise@itg.be

Intervention

From 1998 to 2002, INAS and ITM, provided 'Scientific Guidance' to 4 districts to increase their management capacity

- 'Scientific Guidance' supports field managers and practitioners to promote rational management
- 'Rational Management' optimises decision making, reflects on experience, factual evidence and scientific knowledge in order to improve services



Research outline

The research objective

Opening the black box of management capacity building processes

The Research Question

Does Scientific Guidance enable managers to practice rational management and how?

The Evaluation Methodology

In-depth interviews with district health managers and management teams & review of project documentation

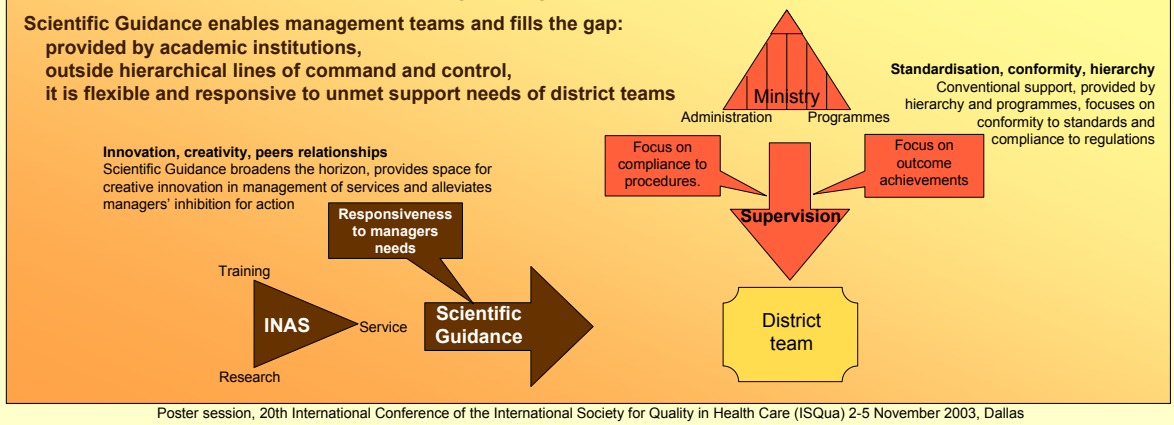
The key areas explored:

- Narrative of Scientific Guidance process
- The manager's understanding of the concept of Scientific Guidance
- The contribution of Scientific Guidance to change
- The role of INAS in providing Scientific Guidance
- The interaction of Scientific Guidance with other forms of support.

Key Results

District managers are overburdened by problems they cannot solve by the strict application of administrative procedures or programme guidelines

Scientific Guidance enables management teams and fills the gap:
provided by academic institutions,
outside hierarchical lines of command and control,
it is flexible and responsive to unmet support needs of district teams



Poster session, 20th International Conference of the International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2-5 November 2003, Dallas
Research supported by the Belgian Directorate-General for Development Cooperation

Chapitre 6

Managing change in bureaucratic health care organisations. A case study of a quality improvement project in Zimbabwe

Dans ce chapitre, nous montrons comment les équipes de management de district contournent les résistances bureaucratiques du système à l'innovation.

Etude financée par Medicus Mundi Belgium

Diffusion :
Blaise P & Kegels G. 2003 Managing change in bureaucratic health care organisations. A case study of a quality improvement project in Zimbabwe. In : *Quality in Higher Education, Health Care, Local Government. 6th "Toulon-Verona" Conference, Oviedo, Spain, 10-11-12 September 2003* pp265-273

Managing change in bureaucratic health care organisations. A case study of a quality improvement project in Zimbabwe

Abstract

Improving quality in health care means implementing change. Public health services in most African countries are hierarchical and rule-based organisations close to the machine type of bureaucracy according to Mintzberg's typology. How can a conformity-based culture of stability accommodate the innovative culture of change promoted by quality management?

We present a case study from a health district of Zimbabwe, which runs an action-research programme for quality improvement. Since 1992, the district management team implements problem solving cycles. In 2002, we conducted in-depth interviews with district health professionals. The objective was to investigate the process of management of change and its underlying dynamics.

Our analysis identifies the coping strategies developed by the management team to overcome organisational rigidity and to unfreeze the rules. It also reveals how stakeholders call upon different sub-culture paradigms to promote or oppose change. The tricky play with written and unwritten rules and with power relationships determines the level of tolerance of the bureaucracy to innovation. Reference to professionalism may be used either to forbid changes or to promote positive deviant behaviours.

Our study confirms that quality improvement cannot be reduced to the linear rationality of tools, methods and principles. Indeed quality management involves managing tensions within the complex web of organisational culture and quality management paradigms.

Introduction

Improving quality in health care basically means (i) agreeing that what is currently being done is not optimal and could be done better, and (ii) agreeing to implement change. Quality management whether labelled continuous quality improvement, total quality management, or quality assurance provides a framework for a systematic approach to implementing change with the purpose of improving the quality of care and services delivered. It also entails inevitably organisational change and restructuring.

We have highlighted in previous case studies the tension which exists between the conformity to standards, considered as an achievement in quality management, and the creativity advocated for the implementation of dynamic changes (Blaise & Kegels 2001; Blaise & Kegels 2002). We have shown indeed that the tension between standardisation and creativity found within quality management approaches mirrors the tension between the command and control culture of bureaucratic health systems and the culture of professional independence that prevails in health care.

On the one hand, the philosophy of most quality management initiatives promotes a participatory approach where the people in charge of activities are involved in evaluating, redesigning and implementing changes of processes (DiPrete-Brown *et al.* 1994; Silimperi *et al.* 2002). On the other hand, the main characteristics of a machine-bureaucracy type of organisation are conformity to written rule, depersonalisation of working relationships, hierarchical lines of command, and separation of procedure-design and procedure-implementation (Mintzberg 1989b; Weber 1997). In such an organisational context change only happens if it is driven from the top through the revision of written rules by the rules designers and their enforcement by the hierarchic line (Crozier 1963). What happens in such a bureaucratic organisational environment when a bottom-up participatory quality management, involving frontline staff and requesting creative changes, is promoted ? This is the research question that this paper addresses.

To address this question, we reviewed a quality management project run in rural health services of Zimbabwe over a period of 10 years. In a first part, we present our methodology. In a

second part we provide information on the general context of the health system in Zimbabwe and on the specific project, which forms the basis of our case study. In a third part, we present our results, which first confirm the bureaucratic character of the district health system in our case study and, second, identify the coping mechanisms developed to circumvent the resistance of the system to implement change. Our conclusion calls for investigating further the mutual influence of the quality project culture and the bureaucratic organisational culture.

Method

We follow a case study methodology (Hamel *et al.* 1993; Yin 2003) to explore dynamic interactions in the course of the District Health Services Management project (DHSM)[33] an action-research project run in Zimbabwe from 1992 to 2002. We build our case on four sources of information : a series of interviews of actors of the project, the project documentation, general documentation about the health system and the health programmes in Zimbabwe, and the administrative documentation and records of the routine district management (minutes of meetings, correspondence etc.). In line with the philosophy of an action-research project the authors of the paper have also been involved themselves in the project at some stage (Meyer 2001). One author indeed was medical officer, member of the District Health Executive (DHE) from 1992 to 1995 and as such was a local actor and researcher.

In December 2002, at the end of the project, we conducted in-depth interviews with a set of actors of this research project. 24 persons were interviewed representing about 30 hours of interview. They had all been involved in the DHSM project at some stage. Some were direct members of the management team at the heart of the project decision making process. Some were officials senior to the district staff in the ministry's hierarchy, from provincial up to the top at national level. Some were district staff, at operating level but not directly involved in the project management. At the time of the interviews, some of the interviewees were still working in the district; some were still working for the ministry but left the district; some had left the ministry of health and were working for another institution; some had left the country and worked in another context.

The broad aim of the interviews was to have a description of the whole process of action research as perceived by the actors. The consistency of interviews was secured with a guideline as a check list of topics to be covered and introductory questions However, the flow of the discussion was left free as much as possible.

The interview guideline had identified three domains for exploration: organisational culture, running of problem solving cycles and actors' strategies. The interviewees were prompted to describe the rationale of the project; to identify the project's actions and interventions; to describe the processes in which they were involved themselves or which they witnessed; to analyze the level of achievement or failure; and to provide their interpretations of what happened. Right from the first interview, the issue of resistance to change from the system was raised. It was then systematically addressed in all subsequent interviews to circumscribe the strategy or coping mechanisms used to overcome system resistance.

Data analysis was done manually. *A priori* themes based on our framework were identified as well as inductively emerging themes. We adopted the framework method for the analysis of the interviews (Ritchie & Spencer 1994). Our framework for the analysis stems from various models in the organisational theory and sociology of professions domains (Plane 2003): the work of, Taylor and Fayol on scientific management and the rational-legal ideal-typical model of bureaucracy by Weber as well as the work of Crozier and Friedberg studying actors' strategies in organisations; the work of Mintzberg and its typology of organisations; the work of Freidson and his ideal-typical model of professionalism (Freidson 2001). We later briefly describe these models as an introduction to the analysis of our results.

---

(33) The DHSM project is a joint project of the NGO Medicus Mundi Belgium and the Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. It is financed by a European Union grant. The project is run by the district executive team under joint scientific guidance of the Blair Research Institute of Zimbabwe and the Institute of Tropical Medicine of Antwerp.

The paper reports a case study and focuses on change management in a bureaucratic organisation, one of the various themes that emerged from the interviews. In a first section, we describe the context and content of the DHSM project and the health system in Zimbabwe. In a second section, we start by presenting the models on which we base the interpretation of our observations. We then present our findings together with our interpretation based on our framework. Results and interpretation are presented as vignettes : short cases emerging from the narrative of the actors talking from different perspectives. They are grouped according to the different coping strategies adopted to 'make things happen'. We conclude with a discussion on the consequences of our findings on change implementation by quality improvement projects in bureaucratic health care organisations.

Context

The district health system in Zimbabwe

The case study we present is situated in the health system in rural Zimbabwe. The cornerstone of the health system in Zimbabwe is the district health system as it was promoted in the Harare declaration on strengthening district health systems based on primary health care (W.H.O. 1987a). In Zimbabwe, a health district usually comprises a district hospital and a set of rural health centres. It covers a population of around 150 000 people. 'Rural hospitals', often run by missions, which existed before independence, were either upgraded to district hospitals or kept unchanged as intermediary facilities between health centres and the district hospital. Rural health centres fall under the administrative responsibility of either the Ministry of Health, or the District Council, corresponding to the local government. All health facilities, whether mission, district council or ministry of health are technically under the responsibility of the DHE. Initially, the system was run with distinct accountability lines for environmental health, nursing, administration and medical services. Since 1992, under the 'corporate plan', all cadres of the district are accountable to the District Medical Officer (Ministry of Health Zimbabwe 1992). The DHE comprises medical doctors in charge of the hospital, cadres from the nursing profession, from the pharmacy, from environmental health and from the administration. The DHE runs the health district, its hospital and health centres. It establishes annual plans and co-ordinates and supervises disease control programmes and other health programmes. Led by the District Medical Officer, the DHE is answerable to its equivalent at provincial level, the Provincial Health Executive (PHE), itself answerable at national level to the Principal Medical Director and the Permanent Secretary.

Contrary to many health systems in Africa, during the time of the project, the system was not plagued with generalised corruption, absenteeism, or other deviant behaviours. The system was also still adequately funded to perform, even if not to the standards it claimed. Therefore rules and regulations were generally perceived as applicable and were applied to a large extent.

The District Health System Management (DHSM) project: managing change to improve quality

The District Health Systems Management (DHSM) project is an 'action research' project running since 1992 in the district of Tsholotsho of the Matabeleland province of Zimbabwe. The project focuses on problem solving and capacity building of the management team – the DHE – in decision making, to improve the quality of the district health system performance (Criel 1999). We therefore claim that this project belongs to the domain of quality management even if it has not been formally labeled as such.

The project methodology acknowledges that improving quality of care, services and management is about introducing changes. In the context of the project, changes are considered to be the result of the implementation of empirical decisions. Such decisions are not taken at random. First they respond to problems emerging from routine management practice. Then they bring about a systemic perspective and consider the effects of the problems and of their potential solutions on the system as a whole. On the one hand, the management team refers to the accumulated experience of the team, its knowledge of the field and the available scientific

evidence. On the other hand, it relies upon a conceptual model, which permits to put problems in a systemic perspective, to tackle them in their complexity and to guide action. Finally, such empirical decisions are considered as hypotheses to be tested and are thus subjected to an evaluation which leads to review or confirm the decision, to enrich the experience, and eventually to contribute to the refinement of the reference model (Figure 20) (Nitayarumphong & Mercenier 1992) (Grodos & Mercenier 2000). Such a 'decision making – implementation – evaluation' cycle is very similar to the 'plan – do – check - act' cycle specific of quality management. Yet, this kind of scientific management approach needs fine-tuning capacity. The management team is thus supported by external scientific guidance provided by academic professionals of the Institute of Tropical Medicine (ITM) of Antwerp and the Blair Research Institute (BRI) of Harare.

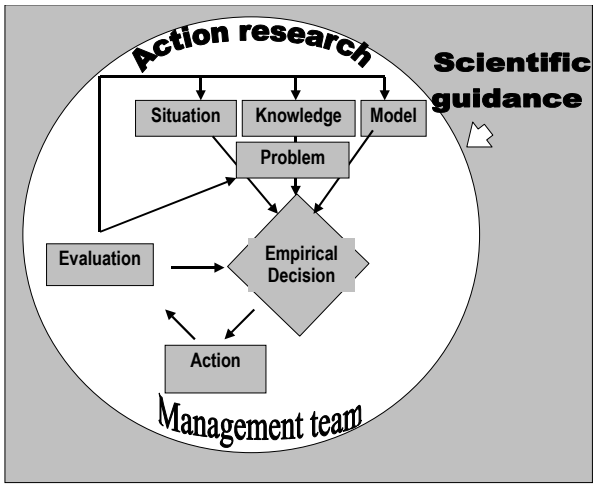


Figure 20 The District Health System Management Project in Zimbabwe

In the DHSM project in Zimbabwe 15 action-research cycles have so far been carried out over a period of 10 years. Issues were not reduced to mere problem analysis, to be solved through process reengineering. Problems were brought in a system perspective (DHSM team 1999). A series of interlocked decisions were taken indeed, which had a bearing on the system as a whole (Figure 21 and Table 1).

A first set of decisions was targeted at the hospital sub-system (e.g. cycle '*reorganisation of the Out Patient Department (OPD)*' which induced the cycle '*setting up of referral consultations*'), so as to improve the functioning of the health centres network sub-system and prompted ….

… a second set of decisions directed at the health centres sub-system (e.g. cycle '*creation of a new urban health centre*', cycle '*design of a coverage plan*' and cycle '*Family files*' all directed at binding the population to a particular health centre and preparing the ground for better communication) which strengthened the initial set of decisions within the hospital.

Meanwhile, the experience gained in managing serious epidemics like malaria and plague (cycle '*malaria*' and cycle '*plague*'), which occurred at the beginning of the project, paved the way to streamline the referral procedures recommended by the cycle '*referral consultation*'.

Table 1 : Illustration of the complex web of problem solving cycles and their feed back loops

As a result of this bundle of decisions new first line services have been set up and the referral system streamlined. Changes have been introduced also in disease management and epidemic control. These changes eventually contributed to the revision at national level of the policy for malaria control, strengthening in turn the legitimacy of the project and the credibility and self efficacy of the district team. Eventually, the reorganisation of the system, addressed from

different angles but with consistency, thanks to the reference to a conceptual systemic model, contributed to the success of the control strategies for plague and malaria epidemics control.

The strength gained by the district management team generates ambivalent feelings from the provincial team. Members of the provincial executive refer to the district as a demonstration and experimental area but they acknowledge the field of tension created by a self-confident district management team claiming and demonstrating independent decision making (Chimbadzwa & Daveloose 2000). The process has been somehow validated when the district won the best district competition award in 1995 attributed by an independent jury supported by WHO.

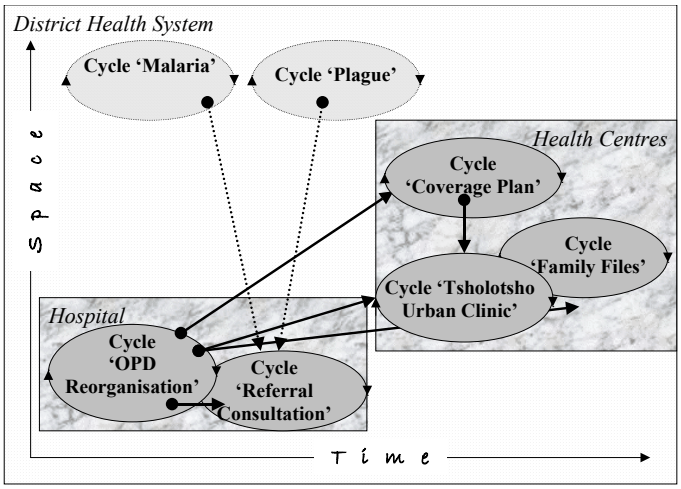


Figure 21: An interlocking network of empirical decisions: the case of OPD overcrowding problem solving in Tsholotsho district hospital in Zimbabwe.

Results

Our analytical framework: bureaucratic and professional organisational models

In the domain of organisational theory, Taylor is the first and famous author to apply scientific principle to the organisation of work in the industry. Moving from industry to administration, Fayol highlighted the importance of planning and of authority. Weber describes the bureaucracy as an 'ideal-type' of organisation to be able to organise the work efficiently and rationally. Initially, the word bureaucracy did not carry a negative meaning. For Weber a modern bureaucracy should conform to the following traits: (1) workers are free, they are bonded with the organisation only within the frame of their functions through a contractual arrangement; (2) there is a clear hierarchy of authority and delineation of power through impersonal rules; 3) there is a clear separation between private sphere and work, with no interference of heredity, workers are selected on the basis of their qualifications and promoted on the basis of their merit assessed by their superiors; 4) There is a clear definition of tasks through written rules and a systematic control of the work (Plane 2003). Crozier considers three elements as essential in Weber's ideal-type: impersonality of rules, procedures and roles; specialisation of workers within a specific expertise; a strenuous hierarchical system, which implies subordination and control (Crozier 1963). Crozier and Friedberg, studying bureaucracies, consider that the perversions of bureaucracies, the 'bureaucratic phenomenon', result from power struggles within the organisation (Crozier & Friedberg 1977a). They show how opportunistic individual and collective strategies shape the way an organisation functions (and dys-functions) however rationally it is organised. Friedberg later confirmed that planned change does not occur in such organisations, change is emerging from social interaction around power and rules. However, it is possible to learn from studying this interaction in order to guide change strategies: a 'muddling through' process in a complex system (Friedberg 1997).

According to Mintzberg, another author in the domain of organisational management, "*every organised human activity…gives rise to two fundamental and opposing requirements: the division of labour into various tasks to be performed and the co-ordination of these tasks to accomplish the activity*". Therefore, " *the*

structure of an organisation can be defined simply as the sum total of the ways in which it divides labour into distinct tasks and then achieves co-ordination among them". Building on this statement, Mintzberg proposes a model to describe an organisation. He identifies 5 basic parts (Figure 22). The operating core represents the operative staff actually performing the tasks. The strategic apex defines mission and strategy. The middle line of managers form the command and control hierarchic line. The technostructure designs processes. The support staff brings in specific expertise or accomplishes complementary tasks not directly related to the operating core's productive tasks.

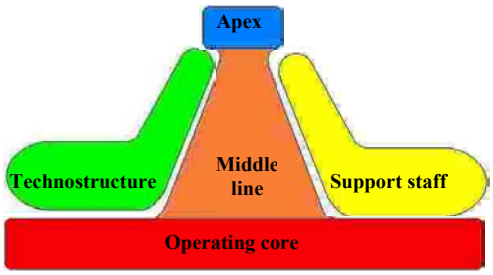


Figure 22 : The five basic parts of organisations (from (Mintzberg 1979). The structuring of organisations p 20)

He goes on to describe 6 different co-ordinating mechanisms corresponding to 6 types of organisational structure (Mintzberg 1989b). The *entrepreneurial organisation* co-ordinates activity through direct supervision, the strategic apex is its key part. The *machine organisation* co-ordinates its activities through standardisation of work processes; the "technostructure" which designs procedures is its key part. The *Professional organisation* co-ordinates activity through standardisation of skills and qualifications; the Operating core consisting of independent professionals is its key part. The *Diversified (or divisionalised) organisation* co-ordinates activity through standardisation of outputs; the middle line which takes overall responsibility for a set of activities and results is its key part. The *Innovative organisation (adhocracy)* co-ordinates its activities through mutual adjustment; the support staff and the input and opportunities for connections it provides is its key part. The *Missionary organisation* co-ordinates its activities through standardisation of norms and behaviours, its key part cannot be associated with a specific group of people as "*each member is trusted to decide and act for the overall good of the organisation*" (Mintzberg 1989b). Two types of organisational structure are particularly relevant to health care organisation. These are the professional and the machine bureaucracy type (Figure 23).

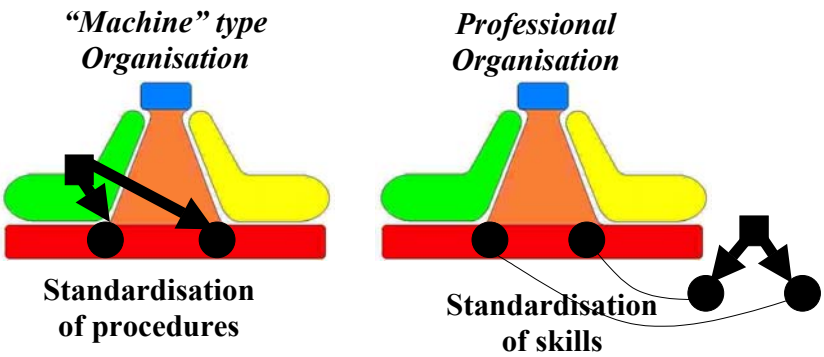


Figure 23: Professional organisation and Machine type bureaucracy, and their respective co-ordination mechanisms, by Mintzberg.

The sociology of professions deals with the concept of professionalism. Recently, Freidson, by analogy with the rational legal ideal-typical model of rational-legal bureaucracy advanced by Max Weber and Adam Smith's conception of the market, built an ideal-typical model of professionalism (Freidson 2001). Professionals claim autonomy in decision making based on their specific expertise, gained over a long training and socialisation process. They consider that they alone can decide what is a good decision and refuse bureaucratic control, resorting to peer-review for regulation. However this requires from them the special responsibility to place the interest of

their client above their own. This special responsibility and specific expertise is put forward as a justification for the privileges that professions enjoy in society. Theories in sociology of professions (Parson in 1950, Freidson in 1960, Schön in 1970) debate to what extent these characteristics are the result of the capacity of the professions to conquest their autonomy through power strategies or are genuinely related to the specificity of the tasks they perform and of the type of knowledge and practice the tasks require.

From these three perspectives - the bureaucratic ideal-typical model and its distortion, the Mintzberg models of the mechanistic and the professional organization and the professional ideal-typical model and its underlying rationale and values, we can try to 'qualify' the Zimbabwean district health care system.

Hierarchical, written rule-based and operating along externally produced guidelines, the district health system in Zimbabwe corresponds to a bureaucratic type of organisation

In the Zimbabwean health system, there is a very strictly organised hierarchical system. Discussing decision making process and management, the staff discourse continuously refers to subordinates, supervisors and accountability lines. For each category of staff in the health system, there is an explicit hierarchy. Nurses belong to different categories depending on their training and follow a clearly demarcated career ladder from ordinary nurse, through nurse in charge, to nursing officer. The same applies also to the environmental or the administrative department.

The Zimbabwean health care system is strongly disease control oriented. This stems from history: before independence the priority was more on controlling the health of the population rather than on providing care to individuals. Disease control programmes are usually very much organised along a strict hierarchic line focusing on the implementation of a set of activities directed towards a well-defined target population. The definition of broad objectives, the set of activities and the procedures to follow are usually designed by experts and written in the form of guidelines for the staff at operational level to implement. After independence, there was a clear shift to develop a culture of individual care through the rapid development of a network of multipurpose primary care services. Nevertheless, at district level the focus on disease control remains very strong and is reflected in the annual plan priorities. The planning and the implementation of programmes are the responsibility of the DHE but despite the autonomy granted by the corporate plan, district executives have little flexibility to challenge the strategies designed in national programmes.

The importance given to written rule is also characteristic of the organisational culture of the Zimbabwean health system. There are numerous written policies and written guidelines and instructions for activity implementation. During management meetings the time given to the correction and revision of minutes is a sign of the importance given to writing down decisions. During the review of clinical activities or if a conflict arises concerning clinical management, the existence of a written report or instruction may be given more importance than the actual relevance or appropriateness of its content. Even more significantly, if an initiative challenges or may contradict the actual regulation, then it can only be accepted if it is endorsed in a written form by a superior even if there is a large consensus on the relevance and appropriateness of the decision submitted. The impressive volume of archives concerning clinical documents and also all the correspondence and minutes of meetings, filed more in a systematic fashion than in a functional way, also illustrate the importance given to the written word.

The Zimbabwean health care organisational culture also pays much attention to the respect of the functions of each cadre. There is a clear delineation of each staff member's responsibility. This of course finds its full justification in the level of competence attached to each function. But it goes further. If mutual adjustment is always possible to solve a given problem, it must be endorsed eventually by the person given the official responsibility to take a decision.

The co-ordination of tasks in the district health systems relies on the standardisation of procedures in written guidelines. This is very obvious for all administrative procedures. We have also said how it applies to disease control programmes. Regarding clinical activities, one could

expect that the autonomy of professionals, whose competencies are effectively standardised through training, would take over from the standardisation of procedures through guidelines. However, generally speaking clinical guidelines designed externally for the staff to apply them are used to a large extent. If they are not, there is a large consensus that this is not a right thing to do.

All these characteristics are typical of a bureaucratic type of organisation. It conforms to the model of machine bureaucracy designed by Mintzberg and to the description by Weber of a bureaucracy. Such a system is characterised by its rigidity. It seems obvious as stated by Crozier that such a system is unable to adapt and change through reflecting on its mistakes and dysfunctions. Yet, as Crozier confirms, big bureaucratic organisations do operate changes. However, these changes either are the result of strategic decisions taken and implemented following the rule and routine of the organisation, i.e. top down, or they are the result of a power struggle taking advantage of a crisis created by the incapacity of the organisation to adapt to a changing environment (Crozier 1963; Nizard 1991). How change did actually happen in our project is thus a relevant question. Indeed, the aim of the DHSM project precisely was to test alternative ways of delivering care.

Before closing this section, we need to acknowledge that we just delineated a bureaucratic 'pattern' of the system. However, we fully acknowledge that the actual picture is a blend of many sub-cultures, rooted in the history of each sub-group of personnel: nurses doctors, administrators, Non Governmental Organization's workers (which may also be doctors or nurses), each have their own identity as a group. Nevertheless the bureaucratic order appears to be overarching. The way these groups find their way to 'make things happen' and cope with the system is illustrated in the next section.

Coping mechanisms permit to overcome bureaucratic resistance to change

Our interviews identify four coping mechanisms to implement changes in such a bureaucratic system. The first one consists in playing with the written rules and the hierarchy. The second one consists in forcing the hierarchy to endorse a decision for change, hiding the contradiction with the prevailing rules. The third one consists in implementing a change for which there is a strong rational basis and consensus but leaving the system the ability to pretend ignoring it took place. The fourth one consists in taking advantage of the tension between professional pride and the bureaucratic tendency to conform to even inapplicable rules.

The written rules chess game one : find your way with the rule

In the district the qualification to conduct deliveries is strictly defined. Only nurses who have followed a specific training are allowed to perform deliveries except in case of unexpected, unavoidable fast delivery.

During a field visit in a very remote health centre where the nurse was not qualified to perform deliveries, the issue of improving deliveries outcome and speeding up potential referrals, was brought up. Given the shortage of staff, it was not possible to deploy new qualified staff. The supervision team considered as a potential strategy to advise mothers to deliver in a well equipped environment such as the health centre with the help of an experienced traditional birth attendant, helping the health centre nurse. The rationale was that it would be better than delivering at home with the same traditional birth attendant, with a risk of delaying a referral in case of problem.

However, the community nurse, who supervises the health centre nurse, could not endorse this suggestion. The rationale to resist was that it would be against the rule, which does not allow an untrained nurse to perform institutional deliveries. Thus it would be wrong for a nurse supervisor to go against written rules even if they are not adapted in a staff shortage situation. However, there would be no problem for the traditional attendant to deliver the mother at home or for the nurse to systematically refer all women presenting in labour at the health centre.

The only way out for the suggestion to be acceptable to the nurse in charge was to advise the birth attendant to make sure that the labour was well advanced to bring the patient to the health centre, and to advise the nurse to consider and write down that the labour was so advanced that

the delivery was imminent. Here the apparent conformity to the written rules had to be preserved for the suggestion for improvement to be acceptable.

Another example illustrates the same mechanism. Nurses are not allowed to give intravenous injections, only doctors are. Yet it is part of nurses' training and they do it routinely in hospital where doctors are few. The issue was brought up in a meeting at provincial level. Two types of arguments were opposed. First the legal implications in case of a problem. Second the issue of professionalism. Delegating to nurses tasks that they are not supposed to perform moves them away from being professionals, autonomous within their domain of expertise, and drives them towards task oriented functions. Such a shift was perceived as a form of de-professionalisation. As a senior nursing officer puts it, executing tasks he or she does not master, away from his/her domain of expertise, a nurse can no longer take up challenges, and this is a loss of professionalism. Even if there was a general agreement that it was not possible, given the medical doctor shortage, to have all injections performed by doctors and that nurses had the technical knowledge to do it, the proposal was challenged by all the nurses. Eventually only a written agreement by which the decision was endorsed by the most senior officer, covering for legal implications, could resolve the issue after a very long debate.

The written rules chess game two : break the rule, apply the change bureaucratically and build alliances to enforce gently the endorsement of the policy by the hierarchy

A dramatic malaria epidemic, in 1993, resulted in a complete disorganisation of the district. Nurses had to refer all patients with severe malaria, as they were not allowed to inject quinine, a drug that was not supposed to be available at health centres, according to the essential drug guidelines. As a result the system was totally overburdened and the subsequent delays in referral were held responsible for many deaths.

The DHE took the decision to decentralise the initiation of quinine treatment at health centre level. However, this was against several rules concerning nurses' regulations: doctors only were allowed to prescribe and to administer quinine. Moreover nurses were not allowed to give intravenous injections anyway. In addition, the decision was against the essential drug policy: Quinine is a 'B' drug, meaning that is should only be available at district hospital and above. Health centres are not allowed to detain nor to order quinine.

Given the malaria disaster, it was not a problem to build a consensus around the relevance of the decision to deliver and administer quinine in health centres in case of emergency (and during the outbreak, such emergencies were produced many times a day). The concern was about the contradiction of the proposed strategy with existing rules. Nobody was prepared to break the rule and be left alone confronting the hierarchy if it became known that it was happening. The great fear was to have to appear at the court and face jail sentence if a death occurred, an event which was not unlikely given the case fatality of cerebral malaria whatever the medication given.

The decision to go on was eventually taken. In case of cerebral malaria, the quinine intravenous drip would be started at the health centre, awaiting an opportunity to refer the patient to the hospital. Thick blood smears should be taken before the infusion to be able to redress the clinical management later at the hospital in case of a wrong diagnosis. The diagnosis as well as the infusion procedure should conform to a strict guideline. All along the malaria outbreak, the implementation would be closely monitored and reviewed.

To circumvent the problem of resistance from the hierarchy and from the staff, the implementation process conformed to the requirements of a machine bureaucracy. All the operational details of the new policy were written down. Strict guidelines were set up including instructions pertaining to the command and control chain. The supervisors, through written instructions, covered subordinates.

The felt need at district level to prevent further crisis during future epidemics contributed to accept the need to change. The sudden improvement of the situation as a clear result of the policy ended resistance on the ground. But this was not the case at upper levels of the hierarchy.

To prevent resistance from the top, the strategy followed by the DHE was to build alliances at provincial level with officials supporting the change and to get the new policy, designed at district level, endorsed by the hierarchy. The proposed change was indeed submitted in a national policy making meeting as a research experiment by the officer from the province. The timing of the submission at that meeting was carefully chosen to prevent any discussion and resistance.

Two elements were crucial to explain why firm opposition did not erupt. First the proposal was perfectly in line with the WHO policy for malaria. In other words, there was a blessing from a level perceived as technically above the local policy. Second, the district implementing the change enjoyed a special status of 'research district' supervised by academic institutions and thus flexibility could be advocated for the sake of the research.

Eventually, the success of the intervention on the ground, the support of neighbouring districts asking for the same, and the official report of the 'research' in an international meeting led, a couple of years later, to the adoption of the tested change as a national policy. From then on, it was implemented top down throughout the country following all the bureaucratic traditions.

Allow the hierarchy to pretend it did not know that change was happening

On several occasions, the DHE attempted to implement changes at district level, which were contradicting existing rules. District officers were seeking approval from the provincial office, which opposed the change on many occasions, referring to regulations.

This frustration went on until, on one occasion, 'off the record' and strictly orally the advice was given by the hierarchy to implement the change but without explicit reporting: nothing should appear in writing in documents liaising the district and the provincial hierarchy. A change contradicting the rule could be considered acceptable by the hierarchy as long as the decision was relevant, there was a consensus among the implementers that it was a relevant decision, and the hierarchy was not bound by any sort of written agreement. This, it was explained, would allow the hierarchy to pretend it did not know what was taking place in case the decision would be officially questioned. Once the experiment is done, and positively evaluated, the change can be proposed officially and imposed from the top with all the conditions imposed by the bureaucratic rules. Of course implementers must take all precautions to ensure their decision is correct and properly implemented with little uncertainty regarding the result, as they would bear responsibility if ever things would go wrong.

Play with the tension across subcultures and professional identities

District hospitals in Zimbabwe face a chronic shortage of staff given the gap between the theoretical establishment stated by regulations and the real availability of personnel. Strict application of the rules for allocating staff to cover hospital wards, together with respecting the entitlement of nurses to compensation for the permanence of the service (e.g. night shifts) is simply not possible. Therefore crises occur regularly in periods of extreme shortage.

A first attempt to address the issue was the implementation of a district policy reducing both entitlements for leave and the norms for adequate coverage of the wards. The rationale was to adapt the rules to the resource availability. Designed and implemented in a bureaucratic way (written rules, respect of hierarchy, official endorsement) it was eventually adopted at district level. However, the policy was reducing the opportunity for the staff to accumulate leave and go for long periods to do business and increase their revenue. This had been an oversight.

The strategy of the nursing staff to challenge the DHE decision was not to negotiate arrangements over the lost advantages. Indeed, the issue was not negotiated. The hierarchical head of nurses, part of the team who took the decision, did not dare to involve the staff, taking advantage of her hierarchical position. Actually the reason for dismissing the confrontation might have been the uncomfortable triple identity as a manager, part of the DHE, and concerned with the issue: as a nurse, loyal to her junior fellow staff; and as a union representative who strongly felt this was an abuse of rights.

The strategy of the nursing staff was indeed to request the strict application of the public service regulations. Eventually an administrative official from the province re-established nurses in their 'rights' and the change was reverted. In other words, as the change was bureaucratically installed, so it was also bureaucratically uninstalled!

However the issue of staff shortage was addressed again a few years later in a completely different course of action. The opportunity taken was a strike of nurses, claiming better conditions of services on the grounds of better serving the patients, a 'professional' argument. The strike had created a sudden and severe shortage indeed. The DHE's response was a complete reorganisation of hospital wards to concentrate severely ill patients and senior nurses in a critical ward leaving other wards even more 'understaffed' than usual. A situation that was against regulations. It was actually a proposal made years ago, but which had been buried because of the implication it had on regulations.

What made the change suddenly acceptable was the appeal of the district medical officer to professional pride following a double edge strategy. The first convincing argument was the support given to the nursing profession in its struggle. The district officer managed to avoid reporting nurses on strike to central offices showing solidarity with the 'professional' concerns of the nurses. The solution proposed was supporting the strike as the hospital was not allowed to close down. The second argument was an appeal to the professional sense of caring, and to the professional claim from the nursing profession to place patients interest before its own and to ensure life saving care services despite the strike. In this case the professionalism was stronger than the bureaucracy. Though the decision was considered as temporary and was reverted after the crisis, it was later easily re-implemented on several crisis occasions, which shows a high degree of acceptation.

Conclusion

Our analysis identifies the coping strategies developed by the management team to overcome organisational rigidity and to unfreeze the rules in a highly hierarchical organisation. It also reveals how stakeholders call upon different sub-culture paradigms to promote or oppose change. The subtle play with written and unwritten rules and with power relationships determines the level of tolerance of the bureaucracy to innovation. This game is consistent with the literature on change management and on bureaucracy (Crozier 1963; Crozier & Friedberg 1977a; Friedberg 1997) Reference to professionalism may also be used either to oppose changes or to promote positive deviant behaviours.

Our study confirms that quality improvement cannot be reduced to the linear rationality of fixed tools, methods and principles. Indeed quality management involves managing tensions within the complex web of organisational culture and quality management paradigms.

Still the importance of the context in which this took place should not be underestimated. The context of a research project on improving management is indeed different from the standard situation of most health districts. The DHSM explicitly created a culture that valued the implementation of dynamic change. This was further reinforced by the involvement of supportive research institutions also with a cultural background of promoting changes. Interviews with cadres working in more 'classical' districts highlighted the frustration they face when they attempt to confront bureaucratic rules. This was also confirmed in another study which illustrates the dilemma (Penn-Kekana *et al.* 2004). Health workers in a bureaucratic health system are expected to improve their services by reinforcing the strict application of instructions and guidelines, not by challenging them.

The way health bureaucracies in Africa usually progress and introduce positive change is through the testing of new strategies in pilot sites. If they appear successful, they are scaled up and relevant changes are introduced in the rules, instructions and guidelines. This also applies to initiatives promoting participatory bottom up quality improvement in otherwise rigid bureaucratic system. But if the promotion of flexibility and of a culture of change seems successful in a pilot context, the generalisation of such an approach to a bureaucratic organisation is questionable given our observations. One can indeed formulate the hypothesis that within a

bureaucratic organisation, a pilot or research project may allow a specific culture valuing change to operate. However, in that case, it remains nested in, and protected from, the bureaucratic culture valuing the conformity to the established rules, which prevails in the wider environment. To be successful, the generalisation of participatory improvement practices would require either a transformation of the bureaucratic culture towards more flexibility, or the design of coping strategies to prevent the rejection of a culture of change, otherwise perceived as a 'foreign body' by a bureaucratic system.

A better understanding of the mutual influence of the quality project culture and of the public health system's bureaucratic culture is crucial. It calls for more research in two directions. First, do some quality management approaches manage to operate freely within bureaucratic environments, which ones, and why ? Second, do these approaches contribute to changing the bureaucratic culture, how and under which circumstances, and how sustainable are these changes ?

Chapitre 7

Ten years of quality projects and their effect on the organisational culture of the Moroccan health care system

Dans ce chapitre, nous montrons comment le système de santé tolère l'innovation tant qu'elle se déroule à l'abri dans les projets qualité.
Ces projets ne transforment cependant pas fondamentalement l'organisation. Le changement de culture attendu ne se produit pas au niveau du système.

Etude financée par La Direction Générale de la Coopération au Développement, dans le cadre des projets financés par l'AIDS Impulse Funds

Diffusion :
Blaise,P., Sahel,A., Afilal,R., Wahid,A., Boffin,N., Kegels,G.2004 Ten years of quality projects and their effect on the organisational culture of the Morrocan health care system. In : *Quality in Services Higher Education, Health Care, Local Government. 7th "Toulon-Verona" Conference, Toulon, France, 2-3 September 2004* pp255-270

Ten years of quality projects and their effect on the organisational culture of the Moroccan health care system

Abstract

Quality circles, medical audits, problem solving cycles and other quality projects have been implemented to improve quality of care in Moroccan public health services for the last ten years. All projects emphasised participatory approaches, local problem solving and implementation of change, challenging the traditional managerial practices of public health services.

In order to investigate the extent to which the system internalised quality principles, we conducted 46 interviews of health services managers and quality projects participants in 6 hospitals, 10 health centres and 11 management offices in 5 regions. We performed a qualitative analysis using the framework method to explore the interaction between the quality projects and their host health services.

The Moroccan health system, structured as a command and control hierarchical organisation, allows innovation, creativity, local initiative and non hierarchical relationships as long as they develop within the boundaries of a project. However these key characteristics of a quality culture did not permeate routine management. The quality culture shift, expected from quality projects does not seem to have happened at organisational level. On the basis of this analysis, we discuss the potential and limitations of quality projects aiming to change organisational culture.

Introduction

Quality improvement initiatives are now a fact of life for health care organisations in the industrialised world. This movement is now gaining momentum in developing countries. Many countries in the south embark on quality management programmes and are at various stages of development (Al-Assaf 2001b). However, the pace of this movement varies greatly. More importantly it appears that it fluctuates between periods of high enthusiasm and periods of depression where peripheral projects disappear and central quality offices enter in a state of lethargy until an internal or externally driven initiative or threat wakes them up.

In the quality movement one often hears that quality is a culture. On the other hand, organisational culture is a popular theme for research on management. For several years we are bridging concepts pertaining to the two worlds in order to better understand the interaction between quality initiatives and organisational culture (Blaise *et al.* 2003; Blaise & Kegels 2001; Blaise & Kegels 2002; Blaise & Kegels 2003; Blaise & Kegels 2004). Based in a Tropical Institute with a background of research in organisation of health care for developing countries, we are focusing our research on African health care organisations. What happens when quality management systems are introduced in African health care organisations and what is the potential to improve them: This is the question that drives our present research.

Background and objectives of the research

Background of the quality movement in Morocco

The Moroccan Health System

The cornerstone of the Moroccan health system is the '*circonscription sanitaire*' (CS), which corresponds to the primary care level. In most towns, the CS are staffed with one or several doctors and nurses. They offer general primary care services including curative and routine preventive services. They run many programmes conceived from the central level, overseen from province level and implemented in the CS by operational staff running all these programmes concurrently. The CS works under the supervision of the provincial office directed by a senior medical doctor called '*délégué*' and in charge of all health services of the province. Provincial

hospitals act as referral centres for the CS. Care is provided in these general hospitals by general practitioners and specialists. The administration holds a relative power in these institutions. The decentralisation has created another level: the regional level, which is still negotiating the power granted by the reform. University teaching hospitals (*Centre Hospitalier Universitaire,* CHU) operate in major towns. In these hospitals, medical students are trained and work under supervision of professors. There is indeed in these CHUs a more complex hierarchical structure, with non teaching medical staff beside university teachers.

10 years of quality assurance projects

Quality assurance started in Morocco with quality assurance pilot projects in 1992. Central from the start, was the setting up of local quality circles running problem solving cycles facilitated by locally trained facilitators in order to improve quality of services. The pilots claim the approach stands on three pillars: quality structures & standards setting, quality monitoring, and quality improvement. However, the projects focused mainly on quality 'improvement', for 'standards' were actually set by the programme experts of the ministry, and 'monitoring' relied on the existing routine information system.

Much effort was devoted to training in the initial phase. Then activities started with an initial aim to be a demonstration site. The Tétouan region initiated the move. Enthusiastic cadres took the lead and strongly appropriated quality assurance principles as a lever to structure and streamline all activities in the province. Tétouan soon became a reference province for quality assurance and still is. From this initial experience, other projects were developed following different approaches or methodologies. The introduction of projects varied. In some places, the initiative was with the *délégué*. In other places it was proposed from above and streamlined though the usual hierarchic lines. In still other places it circumvented the hierarchy and was directly implemented in some CS without real involvement of the provincial health office.

Various models of quality assurance

Different approaches have been developed. Our study identified four main approaches. The first one is the *Gestion Intégrée de la Qualité* (GIQUA) which is in essence a technique for problem solving in teams. It puts a strong emphasis on team work, facilitation and group dynamic, and rests on the systematic sequential application of specific tools and techniques. It was applied in Tétouan. The Souss Massa Draa region (SMD) applied a second version called '*Giqua amélioré*', which is less rigid in the application of the tool and proposes a flexible approach according to the context and the problem addressed. A third approach, the 'collaborative' approach, brings together many different sites around a common theme for quality improvement. The strength is in its systemic dimension. Its weakness lies in the complexity of working with many levels and teams. Another, fourth approach that we also considered as a quality improvement approach is the medical audit, mainly conducted in maternity services.

Background of the research

The aim of our research is to understand to what extent and how a health care organisation adopts and durably internalises quality principles as a result of the introduction of a quality assurance project. The subsequent objectives are to identify the factors that interfere with the process in order to identify the favorable contextual elements for the development of a quality culture.

Our focus is therefore on the phenomenon of appropriation by an organisation and its staff of the quality culture. Our research sites are therefore health care services and we remain very process oriented. The results in terms of effectiveness of these projects are only addressed to the extent that they contribute to the understanding of the process.

We conducted previous studies on the same issue in other countries as well as in Morocco. We anticipated that the quality culture is different and potentially clashes with the prevailing culture of health care organisations. However, we have shown that it differs from one context to another. In organisations where professionals are strong and enjoy a large autonomy, the

professional culture of autonomy is challenged by the standardisation of procedures emphasized by the quality movement, and this results in resistance and tensions between managers, commissioners and professionals. In command and control systems, however, a strong emphasis on standardisation may reinforce poor responsiveness to individual clients' expectations. On the other hand quality improvement means conformity to preset standards but also the recognition that care can be improved; thus the need to unfreeze practices, change practices and refreeze improved practices. Change is at the heart of quality improvement indeed, but change in command and control hierarchic systems is a challenge. This is the challenge we want describe in this paper.

Method

Materials and methods

Our research is a qualitative study exploring the perceptions of participants in quality assurance projects in five regions of Morocco. The data are collected in in-depth interviews, sometimes conducted individually, sometimes as a group interview. Focus groups around a specific question were also organised in each site. A guide was produced by the research team over a one week workshop to assist the sociologist of the research team who conducted the interviews. The week started by a briefing on the study aim, framework and research questions by the principal investigator (PB). The purpose of the interviews was to prompt a discussion about the experience, telling stories and expressing feelings. The questions did not directly address the research questions but rather prompted a discussion generating discursive material for qualitative analysis.

The topics (or themes) addressed in the interview guides were the (his)stories of the quality experiences and the quality cycles, comparisons with other sites, behaviour towards complaining patients, re-organisation (re-arrangements) of premises, pertinence of the quality approach in problem solving in general, support and training in quality assurance, (un)ease of implementation and essence of the quality approach

Between October and December 2003 field visits were conducted in five Moroccan regions by RA (interviewer) and AW (observer). AS attended most of the interviews, while PB attended the interviews in the two first sites.

The selection of sites to be included was made by AS, an officer of the directorate of hospitals and ambulatory care, after contacting several people from other directorates of the ministry of health and from international organisations who were involved in quality projects, and on the basis of her experience and in-depth knowledge of the situation.

	N of interviews per region				**Duration (minutes)**		
	Tétouan	**SMD**	**Fes**	**Total**	**Mean**	**Min.**	**Max.**
Individual	3	6	1	10	53	33	93
Group	2	7	7	16	55	42	120
Total	5	13	8	26			
No audiotape, no transcript, no analysis	*2*						

Table 2: Number and duration of interviews

Due to time constraints we restricted the analysis to 26 recorded interviews in three regions. Most of the interviews are group interviews (16), gathering at least two persons and at most eleven persons. All interviews lasted between 33 and 120 minutes (54 on average) (Table 2). A pragmatic approach was taken to recruit interview volunteers. We aimed to cover all settings (hospitals, outpatient centres and administration services), positions (regional delegate, medical

director outpatient centres, hospital director, facilitator or animator) and divisions (the different programme officers).

In December the four researchers met for a debriefing of the field visits and to discuss a first synthesis of the dominant themes made by RA, the sociologist who conducted the interviews.

The 26 tapes were transcribed. Most interviews were conducted in French; Arab quotes were translated in French and no links were made between position and setting of the originator and his quotes. Transcripts of the interviews were imported into QSR NUD*IST software to code and compare themes.

We followed a framework approach for a thematic analysis of the data (Ritchie & Spencer 1994) In the first stage one researcher (NB) examined the transcripts for *a priori* themes, i.e. the research questions that were explored in the interviews, and emergent themes raised in the interviews.

In the next stage we reviewed the data coded according to these themes and we developed by discussion a set of more abstract, analytical themes. These analytical themes fit a framework of two axes of orientation in perceiving quality of care, according to three stakeholder perspectives, the perspective of the patient, the perspective of the hierarchic authority, and the perspective of the front line health workers themselves, considered at an individual level or the group level. This second stage coding was applied to the *a priori* themes and emergent themes, and also to the core stories of the quality experiences that were told during the interview.

Results

Quality is mainly perceived as compliance to programme expectations

Of 25 reported quality cycles, most addressed problems that fit in a health programme for which targets and performance indicators are set in terms of clinical procedures, population coverage etc. These vertical programs, described by an acronym, typically include family planning, normal antenatal consultations, maternal and child care, sexually transmitted diseases, high risk pregnancy, etc. Quality cycles on diabetes care (6) and hypertensive care (2) are recurrent in several health centres in all regions. Overcrowding of services is both addressed in hospital settings (2) and in ambulatory care centres (2).

Applying the classical "structure-process-outcome" framework of quality of care promoted by Donabedian (1966), almost all of the selected problems can be classified as problems of cost-efficiency of actual care, viewed from a process perspective and on the population level, for individual quality of care, as emphasised by Campbell (2000), does not appear as an issue. Problems of structure are present as well, as for example availability of insulin, maintenance and improvement of premises. But patient outcomes, in terms of health status or patient satisfaction are almost totally absent. A phrase like "*People are not satisfied at all*" (T1) is exceptional.

Most problems are presented as failures to meet (programme) standards defined in percentages (of population coverage).

> *..;declining recruitment levels in antenatal consultations…ignorance of the program by pregnant women (T2)*
>
> *..: the number of women seen in normal antenatal consultations that does not correspond to the number seen at the maternity (SMD6)*
>
> *…decrease of average number of weighing for children from 12 to 23 months…Five weight records per year are necessary (T3).*

Even if the selected problem is not linked with a programme, the problem is most often reduced to the non-attainment of objectives, expressed by pre-determined percentages of population coverage, without attention for the context or the reasons why facilities and services are underused or overused.

Why is the maternity not functioning? This means that objectives are not achieved. Indeed we had not achieved our objectives, thus we had a problem: how to make the maternity functions. (SMD10)

But even more, population health needs are considered to coincide with targets of programs.

Q: .. Have you already tried, at least in your health centre to address a problem which does not correspond to a programme with the quality approach? Can you think of an example?
R : No
Q : Does it mean that it never happened?
R : No, it didn't (T5)

With regard to programmes … The only problem that the medical officer mentioned was the low utilisation of the maternity, I mean the women seen in the antenatal clinic and who do not come for delivery … This is to me the only problem that I see relevant for quality intervention at the level of our health district.(SMD6)

Pragmatic arguments are given to explain why quality cycles usually tackle programmes.

Problems (arising outside programmes] are beyond your capacity. Outside programmes, […] it is difficult. There are no indicators to measure. You need solutions and there are no indicators either. (F2)

There is a guideline for TB, for bilharzia, for what have you. There are 22 to 25 guidelines, 22 to 25 programmes. People don't think anymore but these guidelines are outdated. With communication, we found that we must move towards professionalism in communication. The time when you only tell people what to do is gone. (SMD11)

This also reflects the emphasis given to locally vulnerable problems.

…If I say that diabetic patients are not adequately supplied with insulin. I cannot do anything, that is a reality […] I mean [lack of insulin is] a problem without a solution for the moment. (SMD10)

For example we solved the problem of overcrowding to ease the work, and the organisation, like for instance the mother and child room,…We organisaed a screen to make the patient feel at ease. It helped us in our job… because good job was disturbed … Now the work is organised, thus there is an improvement…(F7)

The cause of problems is restricted to the non-compliance of staff or patients with procedures. In that respect, putting things in writing takes precedence to the reality of an action.

Another one checked the health education as an hypothesis; He found that health education is not done and that we do not have a register to record health education sessions. We checked all the records and found that indeed we were not giving appointments to the patients as it was not written in the records. (SMD3)

Thus at the beginning it was 25% of insulin which was not recorded, It was given but not recorded.(smd6)

The need to shape services around the needs and preferences of individual users and populations (patients, their families and their caretakers) is almost absent. The reasons why services fail in reaching their targets is because patients fail to respond to the logic of the service delivery.

The problems were the decrease in antenatal consultation intake, the ignorance of antenatal care by pregnant women… (T2)

Accessibility (equity) is no issue. If problems are stated in terms of access to patients and more consultation time, patients are almost seen as the enemy. Equally, communication is seen as a means to convince patients to behave in a staff-friendly way.

…following this [quality]cycle, we can afford them 7 to 8 minutes of consultation…For ourselves, we selected the most feasible solution, this is the reception at the entrance…we must get the work organised, this is why we put people outside with numbers and sick patients…they must stay outside and we let them enter bit by bit… this iron bars that you can see, we did not want to, but we had to put them, It is a pity but we thought it was necessary

when you deal with 600 people at once. They queue, we let 40 enter, we orient them to the consultation room or family planning, when they come out we let the next 40 enter
With these problem we thought we cannot fight this population without communication; If we communicate well, maybe a time will come when we can fight them… You have to talk to them whether they like it or not because if you do not communicate and explain, nothing will work… You need to orient them to diminish the flow otherwise you will never get things sorted out. And this training in health education…we need it to tame this population. (F3)

Communication is a discovery, not only on the team level but also in addressing the patient population. Yet it is often meant to organise, to control, to 'domesticate' the patient population.

You have to talk to them whether they like it or not because if you do not communicate and explain, nothing will work… we need it to tame this population. (F3)

Rather unreasonable and patient-unfriendly actions are taken to enhance programme compliance. For example, hypertensive patients are asked to notify when they consult a private physician.

…we find patients who go to the private sector but we ask them to let us know each time and to come here to check their blood pressure even if they go to private doctors … (T3)

If organisational issues are addressed, these are described mainly from a staff perspective.

The facility was not adequate: patients queue outside. They are not happy, the doctor is stressed and the patient too. This is an uncomfortable situation, even for the patient (Fx).

The actions or solutions chosen are equally conventional interventions such as continuous training of the staff members and patient education sessions. Self-criticism is virtually absent, except for the successful region of Tétouan, where several comments are made on the limits of conventional approaches to patient education and on the absence of innovative approaches.

…Solutions that have been retained are education of the staff on ANC informing and educating women on the importance of ANC and revision of the antenatal women circuit in the unit…(T2)

With regard to the programmes, the solution is always health education. Outside the programmes there would be other problems and thus other solutions.(T6)

Innovative or informal approaches exist but illustrate the dilemma faced by the health workers confronted with conflicting objectives and facing a shortage of means to perform adequately. To cope with an insufficient supply of insulin and non-compliance of diabetic patients, a centre adopted the strategy to give half of the needed doses free of charge and to deliver a payable prescription for the complement. In the meantime, they convinced diabetic patients to attend consultations by stressing the extra time and attention they will receive (F8)

In terms of performance indicators meeting standards, quality cycles in the region of Tétouan have been rather successful, whereas results are mixed in the region of SMD and rather negative in the region of Fes, due to discontinuation of the quality assurance process.

Implementing quality improvement meets organizational constraints

Stopping of cycles is attributed to several factors. Time constraints are prominent, especially in hospital settings where working in shifts makes it more difficult to attend to meetings. But also high staff turnover, poor premises and facilities are mentioned.

The first cycle, it blocked… The paediatric ward works in shifts thus it was difficult for the team to meet …(F6)

We had decided on fixed meetings nearly every 3 weeks despite our commitments: either we are on call or in the operating theater, or else in the consultation.(SMD11)

Resistance of providers, especially physicians, seems not to be the major problem except in university settings, where it is mentioned.

We have no problem with specialists… Unfortunately, at the end of the second cycle, the teaching hospital started… The head of department changed, now there is a professor with his

assistants. We asked the professors [to continue] but they did not react positively thus we stopped because even with the team we thought commitment was getting loose…(F6)

Lack of involvement, participation of and recognition from local authorities is explicit in the Fez region.

…The management we do is not quality management. If you consider the bosses we have. We are still dealing with traditional manners and shouting etc. Thus the whole team make efforts and expect the boss to listen to the team and see how far they moved. But the answer is simply that he does not have time and this and that.(F6)

Lack of local involvement is attributed to a lack of training. Especially in one region, lack of a quality culture is seen as a matter of insufficient knowledge.

The problem started right from the beginning because only the ambulatory care staff had had training… The paediatrician had the feeling the job was imposed on him. (SMD7)

Unfortunately also that did not materialise because people know nothing about the methodology. Of course they had chosen some topics and we had explained them how to proceed. But they were missing basic knowledge, they did not know the tools. As a result, it took a long time to progress and only a few sites, let's say 2 could make progress.(SMD4)

The other thing is that unfortunately there are many transfers of senior officials and they do not follow. They do not speak the same language. You speak about teams and team problem solving… but when the team has made a decision he comes and cancels everything in a minute. He does not follow-up, it is worse, he destroys.(F6)

The discovery of team work: a positive experience

Irrespective of the results of quality experiences in terms of objectives, the majority of interviewees is positive and enthusiastic about their experiences, both on the personal and the team level. Even if teams failed in closing a cycle, they draw positive conclusions from the experience.

… It is true that we did not solve everything but there is team spirit. We are together we talk about problems and we look for solution. It is already something... (F3)

…Mainly the team spirit came about: only by meeting every Wednesday afternoon around a table and drinking a cup of tea together, problems are seen the same way by all the personnel (F7)

We feel our work becomes of good quality…Just only for yourself, it gives you motivation to work … also regarding the patient, he feels more at ease. When you do your examination, he feels relieved, you reassure him and you convince him to be compliant, and he becomes compliant. Before the patient knew he would not be examined anyway thus he used to send somebody to collect insulin. By giving value to these close contacts, it contributes to the credibility of the doctor …(F8)

This approach must be encouraged at local level because trained staff like to work as teams. (SMD7)

Happiness, satisfaction with the results is expressed both on the team and the personal level, almost in a passionate way. It is a common expression that quality can be applied anywhere, also in the family and personal context. On a personal level, the pleasure and excitement of acquiring new knowledge is emphasised. People talk the same language.

What is positive about it is that it is a rich experience. We had the opportunity to meet with many consultants in various fields…Thanks to [the project] we managed to disseminate a quality culture at regional level. Before, if you talk about quality to a cadre, he would have answered, please talk about something else. Now everybody talks about quality (SMD4)

Quality assurance is seen as an interesting novelty, an eye opener, a learning experience. Teams have only emerged after training, particularly in communication (TET1). Before quality experiences, meetings were run by the physician, who did the talking and the other participants listened (Tet2). It seems like changes only (especially?) occurred on a technical plan (TET6), people learned to confer, to consult all implicated staff members. Staff discovered team working.

Mutual respect, tolerance, transparency, solidarity (T1) are key words. The problem solving techniques make them less dependent from the hierarchy.

> *When we ask them which problem they had, they speak about it and everybody feels at ease. Each time I facilitate a continuous training session, I keep time for discussion. They are free to discuss and it is a pleasure (F4).*

> *... When we knew more about this quality, we found out that it was a unique approach. Before, when there was a problem, you would let the boss deal with it. Now at least we meet and look for a solution. ...We like Tuesday afternoons. (F7)*

The emergence of teams has (might have) indirect beneficial effects on patient care since team working enhances the appropriation of health care problems. According to Grol (2003) implementation is a process, in which behavioural changes are preceded by attitudinal changes. The following quote is a perfect example of being in the second phase, insight and awareness of own performance, in which a problem is seen as "my" or "our" problem.

> *...But after quality, everybody adhered. Regarding the problem with insulin, before they would think it is a problem for the medical officer ...(SMD6)*

Team development is not seen as a threat to the system but rather as a positive experience that also relieves the day-to-day worries of the provincial delegate.

> *It contributed to develop team spirit and to have analytical capacity. It helped to solve problems without having to call upon the hierarchy for just any problem. It helped to be innovative. People start to look actively for solutions at their level. I have less problems with these two centres compared with the others for things like electricity, or lighting, for example. (SMD9)*

Several people claim that the quality of care itself did not change, but Quality Assurance made it possible to demonstrate, to prove the quality of their work.

> *With this quality system, if I send a women for an ultrasound, I wait for 2 weeks and if she does not come, we call her again and visit her at her door to know what happened. Before we even did not know she would have not come back. It does not mean we did not work, but... (SMD3)*

> *Q: Since you started and beside this team spirit, did other change take place?*
> *A: Many things. For instance, the light, before I would never have thought of putting in a bulb. Another example: we did not have a table for meetings. We took that one we repaired it, varnished it and use it for other administration meetings, for programmes meeting, and of course for quality meetings ... (SMD10)*

Genuine ownership of the quality approach remains doubtful

Involvement of health care practitioners in the definition and development of tools and targets to monitor quality of health care is seen as a key criterion for its success. The idea that an organisation is more likely to be committed to a project if it has been involved in its development is expressed by the term ownership.

Several indications suggest that only in the Tétouan region local ownership of the quality process is credible. Tétouan is perceived as being in the phase of consolidation of quality achievements while other regions are still in an experimental phase. Even if the quality programme stops, staff members claim they will continue to use quality principles. Several sites stress it is unjustified to compare their results with Tétouan. The Tétouan region has a long quality tradition since they were the first to start in 1992. The relative wealth of the region, financial opportunities, the availability of project funding, the vicinity of Spanish quality sites, staff stability, and local leadership provided a fertile breeding ground for quality. The role of the latter is seen as pivotal and it is felt that if the present leadership would fade, the present focus on quality would be seriously threatened.

Several interviewees (not all) express more critical opinions on quality experiences, more reflexivity on quality achievements. Only in the Tétouan interviews a critical awareness is shown that quality interventions are restricted to programmes and traditional actions like "health

education". They see this reflexivity as a result of their quality experiences. Interviewees express more awareness of the dangers to focus on specific programme objectives.

Lack of ownership and long term commitment and absence of criticism and reflexivity on the quality experiences cast doubts on the expectation that the quality process could be continuously applied. Frontline health care workers look at the quality interventions as just another programme and not as a new way of running services.

> *When I arrived here I had suggested to the doctor to organise a training among us. We had started with tuberculosis. The one who knows teaches the others. It was nice. It was adopted.*
> *Q :Why did you stop?*
> *A : Because quality assurance came in (F1)*
>
> *Q: Since that time you did not start a new cycle? Why?*
> *A: Instructions. (F1)*
>
> *Q: Do you intend to start again new cycles?*
> *A :New sites ?*
> *Q : new cycles in new sites?*
> *A :Quality assurance cycles ?*
> *Q : Yes*
> *A : Why not.*
> *Q :You seem not very…*
> *A : Well, I understood, but it is difficult to convince others. If we only continue like this they will loose trust, all that is only talks.(F4)*

Dependency towards the central level is still high. The importance given to approval by the hierarchy is stressed. Yet, by working in teams, staff relations, staff culture and practices have started to move. The potential of non hierarchical relationships is acknowledged. Staff experienced the effectiveness of local decision making and local leadership. The following quotes show this ambiguity.

> *Quality approaches have not been well explained… we do not accepts things imposed on us …The facilitator had to call central services to make sure people accept. (SMD7)*
>
> *I wonder why we should always wait [until] we are called upon to meet. Why not meeting together … As a head of department I cannot gather doctors, I do not have the authority. It is not for the administration to decide what we have to do but if we decide all together something, the recommendations will never be applied …(SMD5)*
>
> *The start was difficult …. Because it was not very official, it was an initiative from the department and thus it cannot commit all the staff, we cannot impose it. (SMD11)*

The interference of the central level with the emerging quality culture of innovation is often raised as an issue. For example, to address the problem of non-completion of hospital intake forms, a staff survey was done and staff education was undertaken to inform them on the importance of medical data. A new form was designed by the team but unfortunately, in the experimental phase of the form, a circular was received from the Ministry of Health, ordering the use of a new form, containing a field for diagnosis at entry but not at hospital discharge.

> *A document for use at local service level, it should be reviewed by field staff. They should be gathered and told that to finalise this document they must bring their experience. But when things come from the top we have no option …(F4)*

Failures of quality experiences and absence of local ownership are attributed to bureaucratic inertia and rigidity and absence of a longer term strategy for quality assurance. Starting at the root level, some evoke strategic mistakes that were made in restricting training in quality methods to a few health workers and cadres. Local staff complain that central level interfered in the selection of participants to some activities or special events related to quality and considered it a lost opportunity to express recognition for the work done. Moreover people that were put aside happened to also be considered as opinion formers within the health services. The launching of quality programmes without a long term strategic plan, resources, infrastructure and feedback undermines the credibility of the central level and the continuous character of the efforts for quality.

We were also volunteers to be trained and take part in the training workshops. Unfortunately these workshops were not brought to attention to all the same way. For some seminars, we had been contacted but for [others] the staff which will be directly responsible for implementation had been forgotten. Then demotivation started. Central level got involved in choosing participants or imposing a quota… We also would like not only facilitators to participate in trainings, but also the cadres. They did not go for training, as a result they are not sensitised. (F5)

There is no feed back, we do not know whether it was achieved or not. There were also events that were organised but we had not been informed. (F5).

Several interviewees in the region of Fes are openly negative on the local administration.

…I do not want to speak about administration. In 90% of cases you cannot count on them. It tells you these are the means available and the ambulance is broken, don't ask me …(F1)

…The whole team knows where the problem is. Everybody wants to be the first; the problem is that not all can be seen as emergency. This is a problem we cannot solve. It is a problem for the administration …(F1)

No, neither the local authorities, nor the delegation. They don't do anything, they are useless… we chose a problem that we can address locally without external help.(F2)

The profile of **SMD** interviewees is one of victims of a lack of vision and strategy, having missed the first essential phase in acquiring a quality culture, which is the (technical) knowledge. Changes in the SMD region are seen as too basic and restricted to the level of premises. The variety of quality approaches that have been followed in Morocco is perceived as a lack of consistency and vision.

..: Soon we start with a method, we are injected another one. (SMD4)

The managerial perspective of quality is dominant. However, a professional perspective also emerges

A recurrent question in (almost) every interview is about the essence of quality. The prevailing perspective on quality is a managerial one, as promoted by local and central authorities, emphasising local problem solving with limited resources to meet centrally defined objectives and targets. As a consequence, quality of care is related to organisational aspects, often staff-centred, and pertaining to working conditions and work environment as was shown above. However, as a result of their exposure to quality principles, health workers begin to express a wider vision of quality, revealing positive and also negative attitudes towards quality of care that are more typical of the medical profession. Medical doctors stress the care for the individual patient supported by up-to-date competence and equipment: a professional characteristic.

…[quality is about] doing the right thing at the right place and in the right way. For instance for an injection it has to be done a certain way: it refers to competence….of the doctor. It is not the same as cooking potatoes. (F1)

For the records how are we going to do…There are say 30 patients, you must take the register and fill it in. How are we going to do a quality consultation if we must record in writing at the same time? (F2).

… Follow-up, good follow-up of ill patients . Staff must solve the problems. He should not care for any other problems … (F7) If we manage properly what we have it is already quality management (SMD8)

Our wish is to improve doctor-patient relationships. When you operate on a patient, you visit him to know how he feels etc. But this is not medicine. (SMD5)

A1:…Quality is about concerns for the patient, the benefit must be for the patient and for the staff. You need work in a good environment so as to be effective for the patient. The end point is the patient
A2:… For me it is about doing one's job the way it should be done….(F2)

For surgeons, science is the scalpel, for the radiographers, it is the scanner. When you speak to them about organisation, optimisation, problem solving, they think it is only philosophy. (SMD9)

Synthesis of the results

Quality management is perceived -and induced- from a managerial point of view. At stake is the attainment of coverage targets defined by central programmes, and quality relates primarily to the correct execution of the tasks and procedures. The interventions are essentially quality improvement activities through the implementation of quality cycles, engaged in problem solving using locally available resources.

The results are mixed and the continuation over time is doubtful. Reflection on the quality movement, on its aims and objectives is only expressed by a few individuals. Although the relevance of national health programme coverage objectives is not questioned, criticism is expressed towards the commitment and support of local and central health authorities in quality matters.

The importance given to the leadership, typically endorsed by the hierarchy, is prominent in all the sites. It is perceived either positively as a major factor for success and continuity, or negatively as an obstacle to local innovativeness. Any quality improvement initiative appears extremely dependent on the involvement of the hierarchy to provide support, recognition and, more importantly, legitimacy.

However there is general agreement that impressive progress has been made in team development. At local level, health workers, doctors and nurses discovered that they were able to tackle and solve some problems. Engaging in quality improvement had positive effects on quality of care by improving structural aspects of quality such as material working conditions and a more satisfying work environment. Quality experiences are thus seen as a learning discovery on the individual and team level, especially the acquaintance of communication skills and the benefits of teamwork. Teamwork was not only a more effective way of dealing with problems but was also a source of pleasure.

However quality of 'care' for patients is almost out of focus. The patients are viewed more as a means to an end rather than as the main focus of quality improvement. Responsibility towards patients only emerges as an issue in professional resistance towards the central level officials' agenda. Interestingly, the tension between programme outcome at population level and responsiveness to individual expectations is acknowledged and may represent an entry point to reconsider patient-doctor relationships. Only a few interviewees, and typically medical doctors, see quality as the use of competence for individual patient care.

Discussion

Validity of the results

The site selection is a purposeful sample of sites followed by a purposeful sample of personnel interviewed. Given the time, resources and logistic constraints of our study, we did not opt for a random selection of all health staff working in the sites selected. We concentrated our interviews on the staff who were directly involved in quality activities. When an interesting divergence of opinion was expressed, we systematically sought for cross-checks in order to increase the variety of view points.

The time and resource constraints of our study did not allow a refined and systematic analysis according to variables such as sex, age, or more importantly, position or professional background. Likewise, our sample is a mix of group interviews and single interviews. However, the interpretation could correct for this reduced information thanks to the familiarity of some of the researchers with the field who could provide complementary information when unexplained discrepancies in the data were found.

In order to enlarge as much as possible our perspective, the work was done as a team. Diverse backgrounds were represented in this team, with two sociologists having different backgrounds, and three medical doctors with various background and experience. They hold different positions in research settings in Europe and Morocco, as officials in the ministry, or close to field operations. Multiple discussions have been held at all stages of the research and all along the field activities. In particular, the interview guide was elaborated during a week gathering all the research and invited resource persons.

The findings have been partially validated during a workshop attended by a series of key resource persons. Some were officials working in the health system, some were directly, others indirectly involved in quality assurance projects, some were part of the interviewees and others not. A feedback of the preliminary results was presented to them and they were invited to react. The results presented did not differ significantly from what the in-depth analysis later confirmed. The reactions confirmed the consistency of our findings with their personal experience. Moreover they could identify with the interpretation proposed. Interestingly, some of them viewed the feedback workshop as a welcome opportunity to revive the dynamic of quality assurance. They also viewed it as a form of recognition of their experience.

We did not seek a patient perspective from the patients themselves This would have required resources we could not afford. The reading of our results and interpretation must consider this limitation in scope.

Our study sample cannot claim to represent a balanced picture of 10 years of quality assurance. However, as we relied on the memory of the officials working at the time of the study, and as the time span of our review intended to cover several years, we remained very open to interventions mentioned by local authorities and service providers and managers during the site visits. In each site, the provisional list of persons to interview and activities to study was reviewed in order to add relevant interventions in a snowballing process. Not all quality interventions, nor all public health centres or hospitals involved in quality management were scrutinised in each site. However, project reports or the review of the available documentation pertaining to interventions not included in our analysis do not suggest that they might have followed a divergent course of action. Moreover, given the centralisation of the system, it is very unlikely that our informant ministry would have not been aware of significant project. We are therefore confident that our selection is diverse enough to cover a wide enough range of perceptions to allow an interpretation useful to better understand the interaction between quality management and organisational culture.

However, our objective was not to evaluate in a systematic review the level of achievement of a quality programme; we rather intended better to understand the nature of the shifts in organisational culture that may have resulted from implementing quality assurance, and the potential of quality assurance approaches in creating a quality culture within the health system. We selected sites where it was known that specific quality activities or projects had taken place and had a meaningful impact, irrespective of their actual results. We were indeed mostly interested by negative experiences, mixed feelings or possible conflict areas.

Interpretation of the results

We can now discuss our results, going one level further in abstraction in an attempt to draw lessons. To do so we resort to several organisational models and theories that may enlighten and give meaning to our observations. In a nutshell, the Moroccan health system appears -and has been built- as a command and control hierarchical system, well adapted to the main initial objective of disease control, but conflicting with the dynamic, organic and innovative model proposed by the pilot projects for quality improvement.

The Moroccan health system exhibits features of a command and control, rule based hierarchical organisation

Our interviews have highlighted a poor client orientation, the patient being more a means to an end (i.e. programme achievements) than the real focus of the services. The interviews also

show a lack of outcome orientation in terms of health status or of service experience. Nearly only programme outputs are considered in terms of results, output expressed in terms of coverage and procedural compliance.

There is indeed a strong emphasis on procedures and tasks, transmitted through guidelines and instructions, mostly externally designed by programme experts at central level. The hierarchy, structured along vertical lines of accountability, is given paramount importance. To some extent this reflects a self-orientation of the organisation. The hierarchy conveys, enforces and controls procedures. It also plays an important role as a provider of recognition and a source of legitimacy, giving authority –or permission- to introduce change or innovation. All these features are typical of what is often referred to as a bureaucratic organisation.

The confrontation of our findings with organisational theory provides a useful framework to understand the phenomenon at work with the development of quality assurance. Weber's work on the legitimacy of authority considers the bureaucratic administrative type as an ideal-type of rational-legal authority: In the ideal-type of rational-legal authority, featured by the administrative bureaucracy, the employee is tied to the organisational purpose and achievement through a contractual relationship protecting the employee from the arbitrary control of the employer. The employee voluntarily submits himself to the explicit rules and procedures set by the organisation and controlled by a hierarchical chain of command whose employees' activities are also regulated by a formal contract (Weber 1947) cited in (Weber 1997). Weber's work explains the rationale of the organisational behaviour reported in our interviews. The absence of personalisation of function supports the rationale for the high turn-over of cadres. The importance conferred to the rules and procedures is the means by which bureaucracies attain their goals whatever the commitment of their employees who so remain free and may distance themselves from the ultimate goals of the organisation.

Crozier, studying power control in big organisations describes what he calls the 'bureaucratic phenomenon' (Crozier 1963). He postulates that individuals seek power to keep control over their lives. In big organisations, the mechanism individuals use for power control is to enlarge the area of uncertainty attached to their work. One of the mechanisms to do so is to play with the necessary interpretation of rules, regulations and procedures so as to reduce the control supervisors have over them and, in their turn, to increase the power they have over their own subordinates. This corresponds to what he calls the bureaucratic phenomenon, which results, he claims, from the way the organisation is structured. As a result, goals are 'displaced' and the prime mission of the organisation may be grossly distorted. Further elaborating with Friedberg, Crozier states (Crozier & Friedberg 1977a) (p386) that employees "*unconsciously oppose initiatives that threaten their autonomy and reorient change in order to maintain or reinforce the area of uncertainty which they control.*" In our observations, this is exemplified in the way staff consider patients, sometimes portrayed almost as enemies to be fought. It also enlightens the reluctance of senior officials to surrender the power attached to rules and procedures to a quality process that functions out of hierarchical control, emphasizing horizontal organic relationships. One way for the hierarchy to keep control is to reduce the room for decision making and action to what is only actionable at strictly local level. This of course reduces the scope of quality improvement. Although the tension between conflicting goals is sometimes mentioned, the quality assurance process was indeed not meant to put into question national strategies and lines of command.

Mintzberg, studying organisations, established a typology of organisations. He identifies the mechanisms of coordination as a discriminative element. He describes the characteristics of what he categorises as a 'machine type of organisation' as follows: coordination of tasks through standardisation of procedures, externally designed by a 'technostructure' , conveyed and controlled by a strong hierarchic line of command and control and executed by an operating core of workers. By contrast a 'professional type of organisation' coordinates its activities through the standardisation of the skills of a core of professionals enjoying a large autonomy (Mintzberg 1989b). The standardisation of skills resorts to a long process of training and socialisation, which ensures that professionals exercise their discretion in clinical decision making in the interest of the patient and conform to what their peers recognise as good practice. This model is consistent with features of the ideal type of professionalism described by Freidson (Freidson 2001). The

way the Moroccan health system is perceived by some of its actors to function shows consistency with the machine type of organisation described by Mintzberg. Procedures are designed by programme managers and central level officers -the 'technostructure'- conveyed through a hierarchic line -the 'middle line'- for implementation by health centres and hospital health workers -the 'operating core'- with a strong focus on compliance to procedures. Although health worker are trained as 'professionals' the work does not do justice to their potential for autonomy. Yet when discretion is granted in decision making, as happened within the quality assurance projects, then this is positively appreciated.

The organisational characteristics that come out of our interviews is not a surprise. The Moroccan modern public health system has been built as a bureaucracy, rightly considered as the most effective way to implement a series of disease control programmes. The health system is pyramidal with a strong hierarchical chain from central level 'directorates' to health '*circonscriptions*' (primary care level health centres) through regional and provincial offices. The health centres implement the procedures designed by the programmes' experts. This design is logical according to Mintzberg's theory of contingency. At the time when the system was built, the environment was rather stable, the goal was the control of well identified diseases affecting populations, rather than individual response to complex needs and suffering of individuals. Disease control objectives were achievable trough well identified strategies amenable to standardisation. This possibility of standardisation of procedures and subsequent delegation of tasks was most welcome given the initial scarcity of highly qualified medical staff. This design, however, is less adequate when the epidemiological transition shifts emphasis to chronic degenerative diseases, which require more responsiveness to individual expectations and long term relationships in order to enable individuals to cope and achieve a meaningful life.

However, these models of hierarchical command and control rule based organisations do not perfectly explain the wide gap between the actual behaviour -and misbehaviour- of frontline workers and the expected behaviour -given the mission of the organisation- supposedly streamlined by the rules and procedures. Lipsky studied the critical role played by front line personnel in public service policy implementation (Lipsky 1980). He postulates that the public health workers who interact directly with citizens have actually a wide area of discretion in carrying out their work. This discretion stems from the nature of their job which requires the application of supposedly impersonal procedures to individual singular cases. The conditions in which they work are typically characterised by inadequate resources to perform their tasks; a demand exceeding supply; ambiguous and conflicting goals within the organisation; intangibility of outputs that are difficult to measure; and the non-voluntary characteristic of the clients (patients have little discretion in the decision to be ill or to belong to a programme target population), left with little or no alternative to seek service. According to the 'street level bureaucracy' theory of Lipsky, these characteristics explain why frontline workers are forced to ration services so as to reduce excessive demand and deal with scarcity of resources. They cope with this tension by 'creaming off' those who will deserve service. Several of our interviews show this coping mechanism, which forces workers to depart from their professional ethics or state of the art procedures. They deal with this dilemma by redefining their role and mission in a way that reduces the role conflict. Because performance is hard to measure and people have nowhere else to go nor the choice not to be sick, health workers have no incentive to put patient satisfaction at the centre of their work. Lipsky goes on explaining that attempts to improve accountability through new performance measurement and control devices are likely to fail because of the plasticity of coping mechanisms in the case of street bureaucrats. He rather suggests, on the one hand, to change the structure and the context of the work opting for the enhancement of professionalism (for the control of professional groups must come from within the group of members), and on the other hand to empower the citizens in order to make them a reference group rather than clients to be processed (Hudson 1997; Lipsky 1980).

However, all quality projects emphasise non hierarchical relationships, team work, and innovation.

All the projects that were reviewed emphasise team collaboration. They break hierarchical lines at service level. Staff start to talk to each other instead of communicating from one office to the one next door through three hierarchical layers going through the regional capital city. All

projects encourage the implementation of innovative solutions. However, the very strong emphasis given to seeking locally vulnerable solutions also significantly narrows the boundaries of quality assurance's field of usefulness. Despite this limitation the flexibility and openness to innovation was greatly appreciated, showing an encouraging receptivity on the part of the public health services staff. Local actors felt empowered and some seized the opportunity to grow -in a professional sense of the term.

However, despite an obvious potential, the pilot projects did not really question the system. The shift towards the patient remains very timid and does not reflect a profound change in the perception by the staff of the role citizens and civil society could play. Likewise, conflicts between individual and collective objectives of some programmes are acknowledged. The staff sometimes acknowledges that the system claims that what counts is the patients' demand, but at the same time exerts pressure on the staff to achieve significant coverage with health projects even if this means enforcing procedures on patients. Still the quality assurance projects have not been taken as opportunities to address these contradictions and tensions, prominent in all of the project settings. A subtle equilibrium has been reached between the health system's tradition and the project culture so as to avoid areas of confrontation. One may view it as a missed opportunity to shake the health system and force it to move towards more flexibility and responsiveness. One may also view it as a first step for the quality culture to gain recognition.

In addition the greatly appreciated horizontal relationships developed in the quality projects, suspending hierarchical lines, go paradoxically together with a very strong need of recognition from the hierarchical line. Even when the hierarchy encourages autonomy and promotes empowerment, the staff seek recognition for the good work done and legitimacy for its action from the hierarchical line, always mentioned, while two other important providers of recognition, peers and patients, are almost never mentioned.

Eventually, the importance of the patients starts to be acknowledged. However the patients remain a target for interventions. They are not really considered as partners, nor is the defence of the patients' interest, above that of the organisation really emphasised. The quality approaches sensitised the staff to a more responsive and autonomous attitude, accountable to peers (not only the hierarchy), but other dimensions of professionalism such as patient-centredness (Fehrsen & Henbest 1993; Henbest 1989; Mead & Bower 2000) are still poorly addressed.

Quality assurance pilot projects apparently failed to effect a profound transformation of the health system towards a more flexible and responsive organisation.

The permanence of a strong command and control hierarchical culture in the health system after ten years of pilot project, even in sites where it was vigorously implemented, suggests that a major transformation of the system did not occur as a result of the quality projects. However this does not mean that a positive preparedness in some areas toward major shifts in the system would be excluded. Only future developments will provide an answer.

The quality culture emphasizing local initiative, innovation, systematic documentation, team work and non hierarchical relationships could flourish within the system as exemplified in many interviews. There are, however, signs that it may not survive the projects' end. The international support to the Tétouan quality project ended the very day of the start of our interviews. The confidence in the relevance, and to a lesser degree in the future of quality was remarkable among the personnel at all levels. A close monitoring of what will happen to quality assurance in Tétouan in the coming months and years will be crucial to better understand the complex dynamic between projects, quality improvement initiatives and organisational culture.

The findings of our study are consistent with the view of Kolb (Kolb 2002b) that quality management is a subtle articulation of successive phases: eliciting actual processes; challenging them to change existing practices; consolidating new practices. It refers to the dialectic between rigour and creativity: "Too much of the former, sterile rigidity dominates; too much of the latter, sterile chaos follows". We previously acknowledged this tension in several case studies (Blaise & Kegels 2001; Blaise & Kegels 2002) and argued that the challenge of quality management is less

mastering tools and techniques and more managing the tension between on the one hand conformity to standards and on the other promotion of change and creative innovation.

However, we also raised the question of the potential of quality management to transform the culture of an organization (Blaise & Kegels 2002). Our study does not permit to be very confident that this will happen. From the findings of this study, we can formulate an hypothesis as an intermediate and provisional theory to explain the paradox of cohabitation between the quality culture paradigm and the command and control paradigm:

> It appears as if the Moroccan health system, structured as a command and control hierarchical organisation, allowed innovation, creativity, local initiative and non hierarchical relationships as long as they developed within the boundaries of a 'project'. However these key characteristics of a quality culture did not permeate routine management. The quality culture shift, expected from quality projects did not happen at organisational level.

If that is the case, then there are consequences for the strategy of pilot testing quality projects with the aim of scaling up successful approaches. If, as our findings tend to show, a bureaucratic system only tolerates innovation creativity and horizontal lines of accountability within the boundaries of a project, but naturally kills the initiative as soon as it is left out of its shell, then the research priority is to understand better how a bureaucratic system can be transformed and how quality culture can be developed in such a system *outside a project context*. In that case the multiplication of successful pilots would not increase relevant knowledge. The answer to this challenge may well be that a bureaucratic system can only be 'bureaucraticly' 'de-bureaucratised'.

8

Chapitre 8

Le management de la qualité dans les systèmes de santé en Afrique. Synthèse réaliste de cinq études de cas

Dans ce chapitre, nous faisons une synthèse 'réaliste' de nos cinq études de cas afin d'en tirer les leçons.

A partir de notre théorie initiale, nous construisons au fil des études de cas une théorie améliorée de l'interaction entre la démarche qualité et les systèmes de santé.

La culture qualité qui s'épanouit dans les projets ne transforme pas la culture des systèmes de santé qui restent bureaucratiques.

Le management de la qualité dans les systèmes de santé en Afrique. Synthèse réaliste de cinq études de cas

Introduction

Depuis une quinzaine d'années en Afrique, cercles de qualité, audits cliniques, cycles de résolution de problèmes et autres 'projets qualité' ont été mis en oeuvre dans les services publics de santé pour améliorer la qualité des soins. Ces projets ont souvent mis l'accent sur des approches participatives, la résolution locale de problèmes et le changement, bousculant plus ou moins fort les pratiques managériales traditionnelles. A court terme, les évaluations montrent l'amélioration des résultats de programmes ou d'activités. Toutefois, la pérennité de la dynamique reste largement à démontrer. En effet, le véritable aboutissement d'un programme d'assurance qualité devrait être apprécié à l'aune de sa capacité à mettre la préoccupation pour la qualité au cœur du management et du fonctionnement du système, et ce de façon continue . C'est la vision moderne de l'assurance qualité déclinée dans les approches du management de la qualité totale, de l'amélioration continue de la qualité ou de l'organisation apprenante.

Autrement dit, la transformation de l'organisation de façon à placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son management est l'un des résultats attendu d'un programme d'amélioration de qualité. Nous voulons mieux comprendre l'interaction entre le management de la qualité et le système de santé dans lequel il est introduit.

Que se passe-t-il lorsqu'on introduit le management de la qualité dans une organisation de services de santé, dans quelle mesure les projets qualité ont permis aux systèmes de santé d'adopter les principes du management de la qualité, quelles sont les conséquences sur l'organisation de l'introduction de la démarche qualité et quelles sont les conditions favorables ou défavorables à l'adoption, l'appropriation et l'intégration de la démarche qualité dans le management des services de santé ? C'est à ces questions que la recherche présentée ici essaie de répondre.

Rappel méthodologique

L'évaluation réaliste, une méthode adapté à l'étude des systèmes complexes

La définition, la mesure et le management de la qualité en santé se révèlent être beaucoup plus qu'une simple procédure technique: c'est un processus social dans un système complexe dont l'étude requiert une approche méthodologique appropriée (Chapitre 1). Notre objectif était d'explorer dans quelle mesure les projets qualité ont permis aux systèmes de santé d'adopter les principes du management de la qualité. Les approches expérimentales et quasi expérimentales qui établissent des relations de causalité linéaires ne sont pas adaptées. En effet les systèmes de santé sont des systèmes complexes caractérisés par des interactions non linéaires (Burton 2002; Morin 1990; Plsek & Greenhalgh 2001). Nous avons utilisé l'approche de 'l'évaluation réaliste' (Chapitre 2) pour évaluer une série de 'projets qualité' conduit dans des systèmes de santé en Afrique au cours des quinze dernières années. Conceptualisée par Pawson et Tilley (2002a; 2002b; 1997; 2000) dans le domaine des sciences sociales, l'évaluation réaliste (*'realistic evaluation')* est une approche méthodologique de la famille des *theory based evaluations (Pawson 2003)*. Au-delà du constat d'un effet produit par une intervention, l'évaluation réaliste cherche à comprendre ce qui marche, pour qui, dans quelles circonstances et comment. Alors que les résultats issus de la '*grounded theory'*, de la recherche action et d'autres méthodes de recherche sur les systèmes de santé restent très liés à un contexte, l'évaluation réaliste cherche à générer des théories intermédiaires (*'middle range theories'*) qui permettent d'étendre la validité des interprétations au-delà d'un contexte particulier (Charmaz 2000; Chen & Rossi 2004; Grodos & Mercenier 2000; Stame 2004; Strauss & Corbin 1994; Weiss 1997). Construite autour d'études de cas menées dans des contextes multiples et variés, l'évaluation réaliste met en effet l'accent sur l'interaction entre le contexte et la logique d'une intervention.

Les limites du contexte

Nous avons concentré notre étude au continent africain. Cependant pour pouvoir en identifier les spécificités nous faisons appel lorsque cela est pertinent à la réflexivité par rapport à des expériences d'autres continents. Nous avons également limité notre étude au domaine des systèmes de santé au sens restreint du terme: les organisations prestataires de services de santé. De plus, pour des raisons pratiques d'accès au terrain, nous nous sommes concentrés sur le secteur public. Ici également on peut se référer lorsque cela est pertinent à des constats relevant d'autres secteurs que celui de la santé. L'explicitation de ces limites fait partie de la définition du contexte.

Les contours du complexe Contexte - Mécanisme - Effet (CMO) que nous avons étudié

Nous nous inscrivons dans le paradigme moderne du management de la qualité: qu'il soit mis en œuvre sous le modèle du management de la qualité totale, ou sous le modèle de l'amélioration continue de la qualité, '*la qualité est le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent s'organiser*' (Minvielle *et al.* 1994). Notre objectif de recherche était de mieux comprendre l'interaction entre le management de la qualité et le système de santé.

Nous nous sommes concentrés sur le processus d'introduction du management de la qualité (mécanisme M) dont nous étudions l'impact sur l'organisation, sa configuration, son fonctionnement, sa 'culture', et dont l'effet attendu est de placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son fonctionnement (outcome O). Ces limites précisées, nous avons examiné plusieurs 'configurations CMO' (études de cas) dans différents contextes (C_1,C_2,C_3).

Synthèse des résultats

Dans ce chapitre, nous décrivons ce que nous avons fait en retraçant l'ensemble des études de cas (Chapitres 3 à 7). La Figure 24 en présente l'articulation.

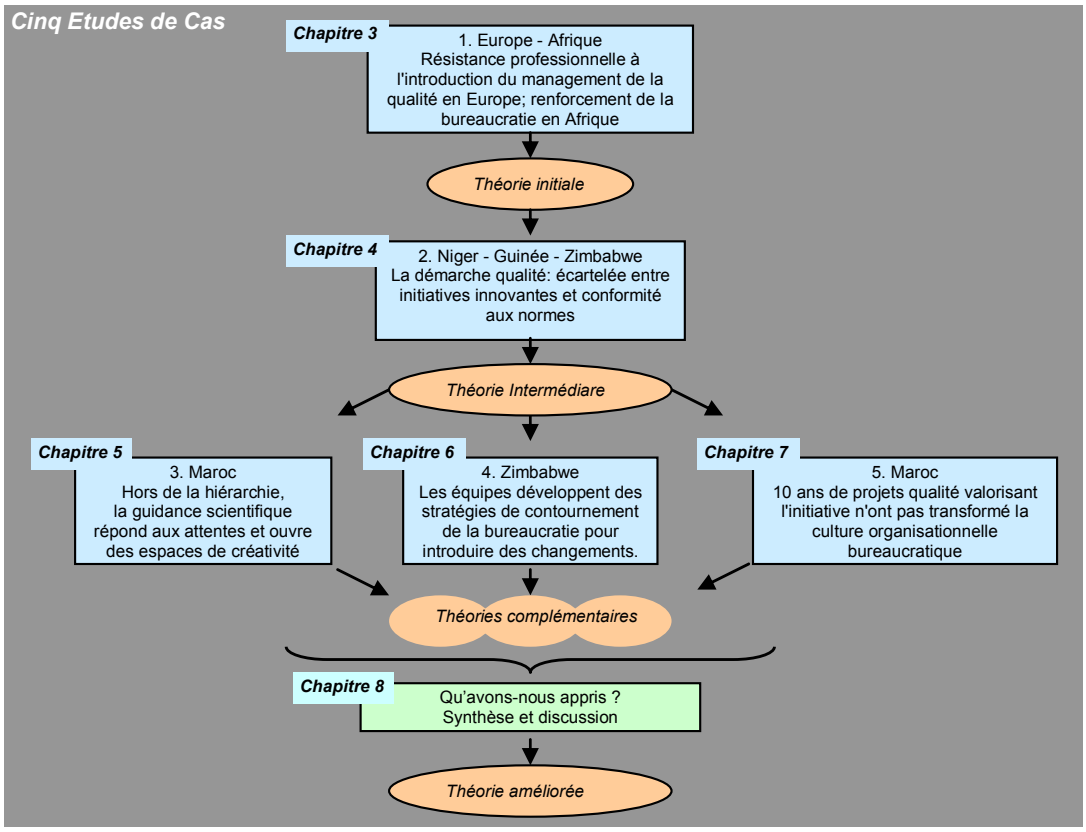


Figure 24: Evaluation réaliste de projets qualité en Afrique: architecture de la recherche

Management de la qualité et culture organisationnelle, comparaison Europe Afrique: la construction d'une théorie initiale

Afin de générer une théorie initiale, nous avons comparé les tendances suivies par le mouvement pour la qualité dans les services de santé Européens d'une part et Africains d'autre part (Chapitre 3) (Blaise & Kegels 2001; Blaise & Kegels 2004). Nous nous sommes appuyé sur plusieurs sources documentaires: la littérature scientifique, la presse d'information et de nombreux documents de projets. Nous avons également fait appel à notre expérience personnelle dans les deux systèmes et à notre pratique en Afrique de clinicien, de manager, de consultant, de chercheur et d'enseignant auprès d'étudiants ayant une longue expérience de responsable sanitaire.

Pour effectuer cette comparaison nous avons réduit la complexité des systèmes de santé grâce à une modélisation (Boqué 1993). Nous avons fait appel aux modèles de Mintzberg (1989a) qui distingue différents types d'organisations. Nous nous sommes principalement référés au modèle de l'organisation 'mécaniste' et au modèle de l'organisation 'professionnelle'. De façon très succincte, pour Mintzberg, dans une organisation mécaniste, les opérateurs (les médecins et autre personnel de santé, par exemple) exécutent des procédures (des guides de bonne pratique, par exemple) mises au point par une technostructure (les experts des programmes de contrôle des maladies, par exemple). Leur travail est coordonné par la standardisation des procédures. Une telle configuration est très différente de celle d'une bureaucratie de type 'professionnelle', caractérisée selon Mintzberg par la prédominance des opérateurs professionnels qui assurent eux-mêmes le contrôle de leur travail. Leur coordination repose sur la standardisation des connaissances et des comportements par la formation et la socialisation. Cette modélisation de Mintzberg est cohérente avec les travaux des sociologues des organisations et des professions. Pour Crozier et Friedberg (1977b p198-200), ce qui caractérise le modèle bureaucratique ('mécaniste', pour Mintzberg) c'est la réglementation impersonnelle, la centralisation, le cloisonnement hiérarchique et le développement de pouvoirs parallèles autour de zones d'incertitude non prévues par le règlement, d'où résultent des dysfonctionnement d'une mécanique, en apparence seulement, bien réglée. Pour Freidson (2001), ce qui caractérise un professionnel de santé, c'est la revendication d'une autonomie de la prise de décision au nom de l'intérêt du patient et du contrôle des conditions d'exercice de la médecine et d'organisation du travail.

Notre étude a mis en évidence le rôle joué par la configuration (mécaniste ou professionnelle) des systèmes de santé dans les réactions à l'introduction des principes du management de la qualité. En Europe, l'accent est mis sur la standardisation des pratiques cliniques (guides de bonne pratique, Références Médicales Opposables en France par exemple) et sur le contrôle externe (accréditation, par exemple), justifiés par une exigence accrue de sécurité et de transparence vis-à-vis des pratiques des professionnels de santé (Laplace *et al.* 2002). L'autonomie dont jouissent les professionnels de santé est mise en cause et cela suscite en retour leur réaction sous forme de résistance ou bien de tentative de contrôle du processus. Cette orientation est parfois vécue comme une évolution vers une mode de gestion bureaucratique. En Afrique, la standardisation des pratiques cliniques est très courante, par exemple à travers des algorithmes décisionnels pour la consultation, ou encore des manuels de procédures développés par les programmes verticaux de contrôle des maladies. Cette standardisation a permis la délégation de tâches cliniques de diagnostic et de traitement, normalement réservées aux médecins, au personnel auxiliaire dans des conditions relativement sûres. Cependant., l'amélioration de la conformité des pratiques cliniques se paie par une obstruction à l'amélioration des relations interpersonnelles, une dimension essentielle de la qualité des soins (Donabedian 1966; Donabedian 2001a). L'impersonnalisation des relations avec les '*usagers*', une caractéristique des systèmes bureaucratiques (Crozier 1963; Crozier & Friedberg 1977a), s'est trouvée renforcée alors que c'est précisément un problème de qualité majeur aujourd'hui en Afrique (Dujardin 2003; Jewkes *et al.* 1998; Olivier de Sardan 2003) (Figure 25).

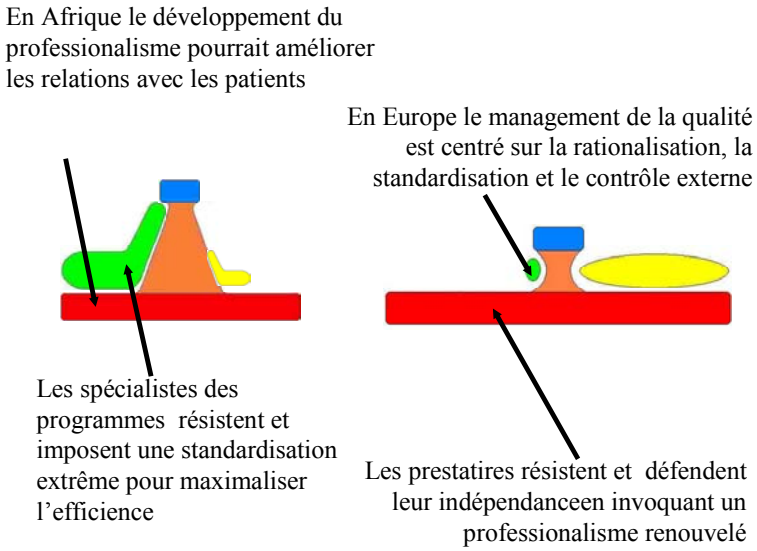


Figure 25 Les systèmes de santé en Afrique et en Europe: les relations entre le mouvement du management de la qualité et les configurations organisationnelles (adapté de Mintzberg (1989a))

Nous avons déduit de cette analyse que la configuration organisationnelle des systèmes de santé n'est pas neutre et interfère avec l'introduction des principes de management de la qualité. Notre analyse montre que les problèmes de qualité ne sont pas de même nature en Europe et en Afrique et que l'on doit être conscient que la mise en œuvre de principes de management de la qualité dans un contexte ne produira pas nécessairement les mêmes effets dans un autre contexte. Nous avons conclu qu'il est important d'être conscient de la configuration organisationnelle d'une organisation lorsque l'on envisage d'y introduire le management de la qualité afin d'anticiper les réactions.

Nous avons pu alors synthétiser ces observations dans une première théorie initiale (Tableau 7):

Dans des systèmes de santé configurés comme des organisations de type professionnel, les approches de management de la qualité centrées sur la standardisation des processus cliniques et sur le renforcement des mécanismes de contrôle des professionnels afin d'améliorer transparence et sécurité témoigne d'une évolution vers une organisation de type mécanique qui met en cause l'indépendance professionnelle et suscite des réactions.

Dans les systèmes publics de santé des pays en développement, les approches de management de la qualité centrés sur la standardisation et la contrôle des processus, risquent de renforcer la dimension mécanique des organisations, compromettant la relation avec les patients pourtant déjà fortement détériorée et dissuadant la prise d'initiative du personnel de santé pour résoudre les problèmes d'offre de soin.

Tableau 7: Théorie initiale

Etudes de cas en Afrique subsaharienne : la confrontation de la théorie initiale avec un premier jeu de contextes

Changeons de focale et regardons de façon plus précise ce qui se passe dans quelques systèmes publics de santé d'Afrique lorsque des démarches qualité ont été introduites. Suivant notre théorie initiale, les interventions d'amélioration de la qualité qui mettent l'accent sur la standardisation risquent de renforcer la rigidité d'organisations de type mécanique, et par

conséquent d'affecter les relations avec les patients et de restreindre les capacités du personnel à prendre des initiatives pour résoudre localement les problèmes de qualité.

Nous avons donc mené une première série comparative d'études de cas au Niger, en Guinée, au Zimbabwe (Chapitre 4), pour étudier l'interaction entre démarche qualité et système de santé en confrontant notre première théorie à des contextes précis et pour ainsi voir dans quelle mesure elle se vérifiait et si des résultats contradictoires permettaient de l'affiner.

Très succinctement décrites, les interventions étudiées étaient les suivantes. **En Guinée** dans le cadre d'un vaste programme d'extension des services de santé à la fin des années 80, des algorithmes décisionnels (ordinogrammes) ont été introduits dans tous les centres de santé pour encadrer strictement les démarches cliniques et réguler ainsi l'utilisation et la consommation des Médicaments Essentiels rendus simultanément largement disponibles mais soumis à une tarification liée à la pathologie (Levy-Bruhl *et al.* 1997). **Au Niger**, un projet d'assurance qualité à été mis en œuvre dans le cadre du '*Quality Assurance Project*' dans la région de Tahoua (Dugas & De Brouwere 2001; Legros *et al.* 2000; Legros *et al.* 2002; Winter & Boucar 1997). Ce projet consistait à mettre en place des cercles de qualité constitués par le personnel des centres de santé formés à l'utilisation d'un jeu d'outils standards de l'Assurance Qualité, et conduisant des cycles de résolution de problèmes. Les améliorations de qualité ont touché des domaines où se manifestaient des écarts aux standards définis par le ministère et les programmes verticaux. La dynamique, jugée très positive, s'est éteinte progressivement après la fin du projet. **Au Zimbabwe** le projet District Health Services Management (DHSM) consistait à renforcer les capacités de management de l'équipe responsable d'un district sanitaire (un hôpital et 15 centres de santé) (Chimbadzwa & Daveloose 2000; DHSM team 1995; DHSM team 1999). La démarche consistait à mener des cycles de résolution de problèmes centrés sur l'organisation du système. L'approche était systémique, et faisait appel à la modélisation pour identifier les problèmes, mettre en oeuvre des changements et les évaluer. Considéré un projet de Recherche sur les Systèmes de Santé le projet bénéficiait d'une guidance scientifique par deux institutions académiques.

L'analyse transversale des informations générées par nos études de cas nous a permis de cerner cinq types de problèmes qui ont limité l'impact ou compromis la pérennisation des changements introduits. Premièrement, la mise en œuvre du management de la qualité comme un programme particulier, indépendant des autres, tend à dissocier les problèmes selon qu'on les traite dans le cadre de l'assurance qualité ou qu'ils sont considérés comme relevant du management de routine. L'intégration (la qualité au cœur du management) prônée par le mouvement pour la qualité totale ne semble effectivement pas favorisée lorsque les activités d'assurance qualité sont menées de façon parallèles aux activités de gestion de routine. L'intervention ne transforme pas fondamentalement la façon dont l'organisation fonctionne. Deuxièmement, l'absence de vision systémique conduit à résoudre des problèmes dans le segment du système où ils se manifestent, ignorant parfois une origine ou des conséquences dans un autre segment du système. L'amélioration de qualité par la résolution de problèmes ne peut se réduire à la rectification de processus pris isolément et les interventions d'amélioration de la qualité doivent avoir une dimension systémique. Ceci illustre notre affirmation (chapitre 2 - méthodologie) que le système de santé est un système complexe. Troisièmement, le souci légitime de vulgarisation des méthodes d'assurance qualité à l'aide de boîtes à outils conduit à des simplifications réductrices de situations et de problèmes complexes ; ceci se manifeste dans des sélections de problèmes peu pertinents ou des choix de solutions à court terme qui passent à coté de problèmes plus fondamentaux. Cette observation concorde avec notre affirmation (chapitre 1 - préambule) que le management de la qualité est beaucoup plus un processus social au sein d'un système complexe que l'application technique d'un jeu d'outils. Quatrièmement, la généralisation sans précaution de résultats obtenus dans des interventions pilotes conduit à des effets pervers: alors que, dans un contexte, la standardisation des procédures clinique avaient permis une professionnalisation parce qu'elle étaient considérées comme un support pour la formation continue, la même standardisation a conduit à une forte dépersonnalisation des relations patient - malade dans un autre contexte parce qu'elle était utilisée comme un outil de contrôle. Cinquièmement, nos études de cas révèlent la tension entre la culture de transparence, de flexibilité et de partage des responsabilités promue par les modèles de management pour la

qualité et la culture organisationnelle des systèmes publics de santé africains reposant sur des lignes hiérarchiques de commande et de contrôle (Figure 26).

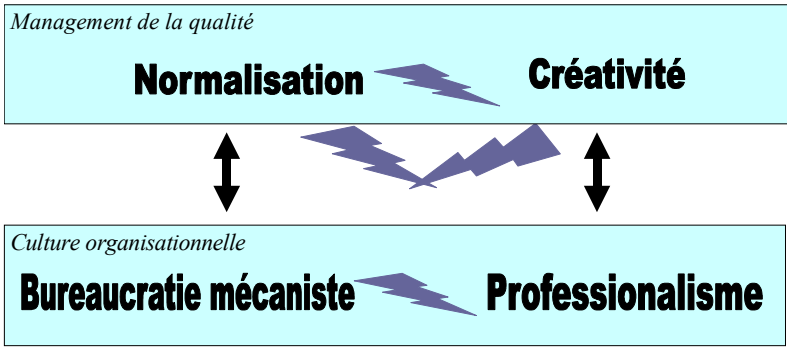


Figure 26: les tensions entre logiques du management de la qualité et cultures organisationnelles.

Ces observations, la première, la quatrième et plus particulièrement la cinquième, sont éclairantes pour affiner notre théorie initiale.

En Guinée, la mise en conformité aux standards était centrale et passait par le respect de procédures très rigides. Au Niger, les standards, définis au niveau du ministère et des programmes, représentaient l'objectif à atteindre, sans qu'ils ne soient discutés. Les solutions pour les atteindre, en revanche, faisaient appel à la créativité d'équipes décentralisées et non hiérarchisées. Au Zimbabwe, la mise en œuvre de changement était centrale et conduisait, parfois de façon très conflictuelle, à la remise en question des normes techniques et bureaucratiques imposées par la hiérarchie.

Nous retrouvons la tension entre les deux grands courants qui traversent le mouvement du management de la qualité. D'un côté il y a un courant normalisateur 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 qui met le changement et la remise en cause permanente des processus et des structures au cœur même du management: « Toute la difficulté du management de la qualité consiste en effet à bien articuler les phases: celle de l'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. » (Kolb 2002b).

Nous retrouvons également la tension entre les approches du management de la qualité et les cultures organisationnelles. L'environnement organisationnel dans lequel se sont déroulées nos études de cas est celui des services publics de santé en Afrique. Historiquement configurés comme des bureaucraties (Van Lerberghe & De Brouwere 2000), et correspondant à ce que Mintzberg (1986) qualifie de 'bureaucraties mécanistes'[34], ils ont en commun[35] des procédures de gestion rigides, des prises de décisions traditionnellement centralisées, une gestion centralisée des ressources et du personnel, une grande importance attaché au respect de procédures écrites et décidées en amont par des experts, des relations qui s'établissent essentiellement sur un mode hiérarchique et impersonnel, cette dernière caractéristique ayant pour conséquence une très faible considération pour le service au client.

---

[34] Weber (1864-1920) considère la bureaucratie comme le type d'organisation le plus adapté et le plus efficient pour moderniser la production. Nous considérons ici avec Mintzberg le terme de bureaucratie dans cette acceptation 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 interchangeables 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.

[35] Il y a bien évidemment des différences entre le Zimbabwe où (jusqu'en 2002 au moins) les ressources et les infrastructures sont généralement adéquates et le personnel décemment 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 dû 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.

Dans le projet Guinéen, l'accent mis sur les procédures s'accordait bien avec la logique bureaucratique qui s'en est trouvée renforcée y compris dans ses dysfonctionnement, en particulier en ce qui concerne les relations avec les patients. Dans le projet Nigérien, la mise en question des normes de procédure a été soigneusement évitée en adoptant les standards définis nationalement ; la créativité et l'autonomie des personnels de santé ne s'exprimait qu'autour de décisions très locales d'organisation du travail et dans des cercles de qualité intimement liés au projet, de sorte que la configuration bureaucratique du système n'était pas remise en cause. Dans le projet Zimbabwéen l'approche systémique et scientifique retenue a conduit à des remises en cause bien plus profondes des procédures et des stratégies définies nationalement. Le fonctionnement collégial et non hiérarchique institué par le projet bousculait très sérieusement les traditions. Il a entraîné des tensions importantes entre le district et sa hiérarchie. Il n'a dû son maintien qu'en invoquant une réglementation (un mode de défense très bureaucratique) promulguée tout juste avant le démarrage du projet, le *Corporate Plan (Ministry Of Health Zimbabwe 1992)* qui donnait plus d'autonomie et de responsabilité aux équipes responsables de district.

Notre théorie se trouve en partie appuyée par nos observations: les démarches qualité qui mettent l'accent sur la standardisation agissent en synergie avec la logique bureaucratique du système qui s'en trouve renforcée. Concernant la relation avec les patients, l'utilisation systématiques des algorithmes combiné à l'absence de valorisation de la relation médecin - malade dans les procédures de contrôle ne favorisent pas des soins centrés sur le patient. Des observations documentées révélant le déficit de communication commencent à être publiées (Haddad *et al.* 1998; Jewkes *et al.* 1998; Olivier de Sardan 2003). Nous avons –nous-mêmes soulevé à plusieurs reprise la nécessité de promouvoir les soins centrés sur le patient et l'importance de la recherche dans ce domaine , même si nous n'avons pas intégré cette importante dimension dans le cadre restreint de cette recherche (Blaise *et al.* 2001; Blaise 2001; Blaise 2004). Nous y reviendrons dans la discussion.

Cependant, nos observations montrent que les démarches qualité mises en œuvre ne se sont pas uniquement centrées sur la dimension de standardisation et de conformité aux normes. Au Zimbabwe comme au Niger, elles reposaient très largement sur l'encouragement à, et l'encadrement de la prise d'initiative, par les agents de santé dans des cercles de qualité (Niger), ou par les responsables de district (Zimbabwe). Selon notre théorie initiale, le système, de nature bureaucratique, aurait dû interférer négativement. C'est ce qui s'est passé effectivement mais on voit qu'au Niger , la tension a été réduite en maintenant les conséquences des initiatives à un niveau très local. Au Zimbabwe, en revanche, les initiatives étaient systémiques et pouvaient remettre en cause des stratégies nationales. Comment cette tension a-t-elle pu être gérée ? En fait, les projets qualité mettent en place des mécanismes, des dispositions ou des stratégies afin de rendre l'innovation acceptable à la bureaucratie.

A la suite de cette étude de cas notre théorie initiale peut être complétée (Tableau 8).

Dans des systèmes de santé configurés comme des organisations de type professionnel, les approches de management de la qualité centrées sur la standardisation des processus cliniques et sur le renforcement des mécanismes de contrôle des professionnels afin d'améliorer transparence et sécurité témoigne d'une évolution vers une organisation de type mécanique qui met en cause l'indépendance professionnelle et suscite des réactions.

Dans les systèmes publics de santé des pays en développement, configurés comme des organisations mécanistes, les approches de management de la qualité centrés sur la standardisation et la contrôle des processus, contribuent à renforcer la dimension mécanique des organisations, altérant la relation avec les patients pourtant déjà fortement détériorée.

Lorsque les approches de management de la qualité encouragent la prise d'initiative des acteurs du terrain, celle-ci rencontre des résistances au changement liées à la nature bureaucratique du système. Des mécanismes particuliers doivent être déployés pour gérer cette tension.

Tableau 8: Révision de la théorie initiale après la première série d'études de cas.

Cependant notre théorie, jusqu'à présent, ne précise pas quels peuvent être les mécanismes déployés pour gérer la tension entre culture qualité et culture bureaucratique. Comment la culture qualité qui valorise la prise d'initiative, le changement et l'innovation trouve-t-elle son chemin face à une culture organisationnelle bureaucratique qui valorise le respect de la hiérarchie et du règlement ? Nous évoquions le rôle de la guidance scientifique externe dans l'étude de cas du Zimbabwe. Une guidance scientifique pourrait contribuer à rendre les innovations proposées plus crédibles et donc plus accessibles à la négociation avec le hiérarchie. Mais peut-être d'autres mécanismes ont-ils joué ? Enfin cette tension est-elle susceptible de se résoudre par la transformation de l'organisation, pour mettre la dynamique d'amélioration au cœur de l'organisation ? ou bien une telle transformation est-elle un préalable à l'introduction des approches valorisant la prise d'initiatives ? Pour répondre à ces questions, et explorer la dernière proposition de notre théorie intermédiaire nous avons mené trois études de cas indépendantes. La première étude de cas au Maroc, évalue le potentiel de la guidance scientifique pour encadrer une dynamique de prise d'initiatives d'amélioration de qualité par les responsables de district. La seconde au Zimbabwe explore les stratégies développées par l'équipe de district pour gérer la tension avec la hiérarchie bureaucratique résultant d'innovations systémiques. La troisième au Maroc évalue 10 ans de projets d'assurance qualité dans les services de santé pour explorer dans quelle mesure l'organisation s'est approprié la culture qualité et s'en est éventuellement trouvée transformée.

Evaluation du projet Palinas au Maroc: la guidance scientifique légitime l'innovation

Cette étude de cas repose sur l'évaluation du Projet d'Appui aux Lauréats de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) (PALINAS). Il s'agissait d'évaluer le potentiel de la Guidance scientifique pour améliorer la capacité des délégués de province[36], et plus particulièrement les lauréats de la maîtrise de l'INAS, pour améliorer leur capacité managériale afin d'améliorer la qualité des soins et des services. L'appui consistait en une guidance scientifique apportée conjointement par deux institutions académiques, nationale et internationale. La guidance scientifique consistait à faciliter une démarche de management scientifique (processus cyclique d'analyse de problème, recherche de solution, prise de décision, mise en œuvre de changement, et évaluation systématique, reposant sur des faits documentés). Notre étude, reposant sur des interviews approfondis recueillant les perceptions des équipes provinciales de santé et sur l'analyse des documents de projet, visait à comprendre dans quelle mesure, et comment la guidance scientifique avait (ou non) réussi à placer le souci qualité au coeur du processus de management de façon durable.

Les interviews ont permis de 'reconstruire' l'histoire du projet tel qu'il a été vécu par les acteurs de terrain. La compréhension du concept de guidance a évolué au long du projet. Initialement perçue comme un appui traditionnel à la mise en œuvre d'instructions opérationnelles, la capacité de la guidance scientifique à apporter des réponses sur mesure aux acteurs du terrain a progressivement été reconnue et utilisée. Le développement de solutions innovantes hors des instructions officielles et le travail en équipe rompant la hiérarchie traditionnelle et résolvant des problèmes de communication ont été appréciés et considérés comme motivant. L'appui focalisé sur l'équipe de responsables de district a permis une approche systémique des problèmes intervenant à la fois au premier échelon de soins et à l'hôpital. Même si l'équipe toute entière était concernée, le pouvoir d'influence du délégué provincial est tel que sa mutation compromet la continuité des initiatives, le successeur ne reprenant pas à son compte les initiatives de son prédécesseur. Cela confirme l'importance de l'engagement de la direction dans le processus, un fait établi dans le domaine du management de la qualité (Silimperi *et al.* 2002)

La guidance scientifique a mis à profit, tout en les renforçant, les autres initiatives d'amélioration de qualité. La flexibilité en termes de contenu et de mise en oeuvre de la guidance scientifique, manifeste au vu de la diversité des solutions proposées, apparaît comme un facteur déterminant du succès, mais sa pérennité dépend du degré de tolérance du système à la créativité.

[36] On peut considérer que la délégation sanitaire provinciale au Maroc correspond au district sanitaire tel que défini par l'OMS.

Le statut d'institution publique gouvernementale de l'INAS, chargée de former les cadres de l'administration sanitaire, a joué un grand rôle car il lui donnait une légitimité aux yeux de la bureaucratie tout comme des acteurs de terrain pour développer des innovations. Sa situation hors de la ligne hiérarchique de commande et de contrôle du ministère l'affranchissait du mandat de contrôler la stricte application des procédures lui permettant de concentrer ses efforts précisément dans les domaines où les procédures officielles étaient défaillantes. Son statut académique et sa position de centre de formation des cadres lui permet de formaliser ses innovations qui peuvent ensuite être appropriées par l'administration. Ce dispositif s'apparente à l'organisation apprenante. Nous n'avons cependant pas observé ce phénomène d'appropriation dans notre étude de cas (ce qui ne signifie pas qu'il ne se soit pas produit du tout). Sa pérennité dépend aussi de l'appropriation de cette fonction de guidance scientifique par l'institution de formation des cadres. Cette approche qui privilégie la réponse flexible aux besoins ressentis sur le terrain plutôt que la stricte application des programmes de santé publique est très originale pour une institution de formation à l'administration sanitaire. Son potentiel a été reconnu par les cadres qui ont été directement impliqués, mais le scepticisme l'emporte chez les autres.

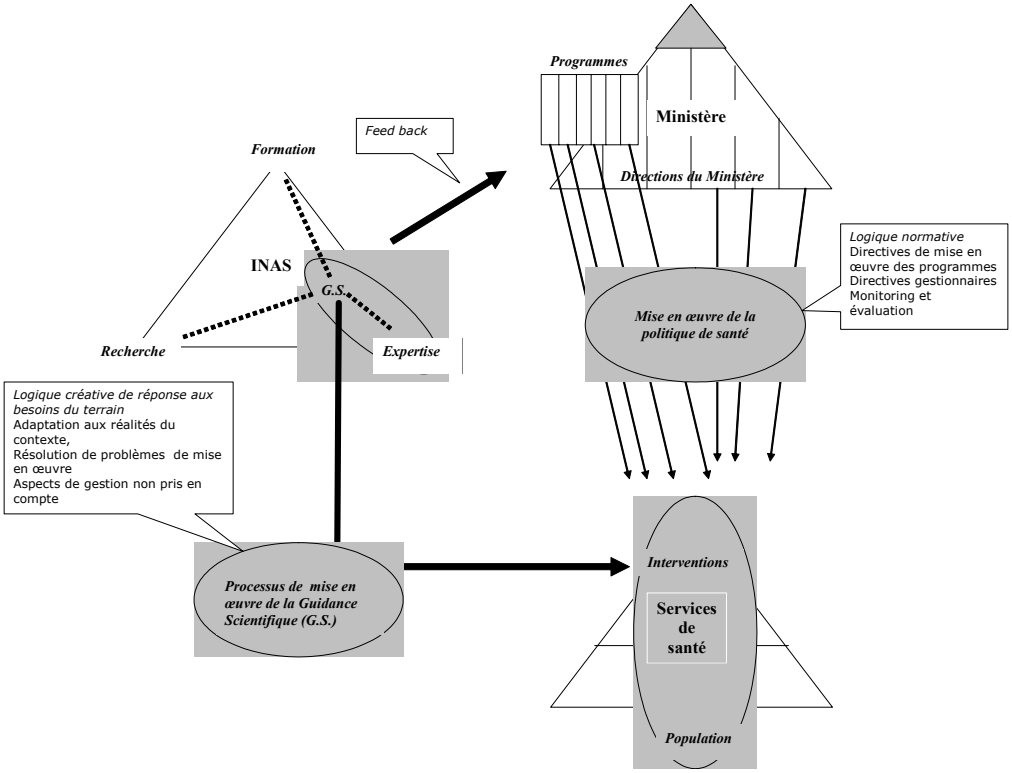


Figure 27: Les différences entre la logique créative et réactive de la guidance scientifique en réponse aux besoins du terrain et la logique normative et proactive du ministère pour la promotion et la mise en œuvre de la politique de santé.

Cette étude de cas confirme la double logique qui sous-tend l'assurance de la qualité dans le système public de santé (Figure 27). D'un côté une logique de conformité aux normes pour garantir que la mise e9n oeuvre des activités des programmes de santé est conforme aux décisions et aux instructions transmises aux personnels de terrain, que les objectifs définis dans la politique de santé seront respectés ainsi que les procédures administratives et comptables. D'un autre côté, une logique de stimulation de la prise d'initiatives d'amélioration de qualité, faisant appel à la créativité pour concevoir des réponses flexibles et sur mesure aux problèmes émergents identifiés par les acteurs de terrain eux-mêmes. Ainsi mise en évidence il est manifeste que cette double logique peut difficilement être appliquée sans contradiction par la seule ligne de commande et de contrôle, ce qui est pourtant ce que l'on demande à la supervision dite 'facilitatrice'. Dans notre étude de cas, la mise en œuvre de la logique de prise d'initiatives depuis une position extérieure à la ligne hiérarchique s'est avérée essentielle.

Cette observation complète notre théorie (Tableau 9 :

…Des mécanismes particuliers doivent être déployés pour gérer cette tension.
Un appui, sous forme de guidance scientifique par exemple, positionné en dehors de la ligne hiérarchique de commande et de contrôle mais légitime aux yeux du système bureaucratique, permet d'apporter des réponses flexibles, innovantes et localement adaptées aux problèmes non prévus par les procédures réglementaires et qui peuvent être tolérées par la bureaucratie.

Tableau 9: amélioration de la théorie initiale

Le projet DHSM au Zimbabwe: Les responsables du district développent des stratégies de contournement

Cette étude porte sur le projet DHSM au Zimbabwe qui faisait déjà partie du premier jeu d'études de cas. Pour mémoire, ce projet consistait à renforcer les capacités de management de l'équipe responsable d'un district sanitaire (un hôpital et 15 centres de santé). L'approche était systémique, faisait appel à la modélisation pour identifier les problèmes, mettre en oeuvre des changements et les évaluer au cours de cycles de résolution de problèmes (Chimbadzwa & Daveloose 2000; DHSM team 1995; DHSM team 1999). Le projet était intégré au management de routine du district, sans structures propres ni personnel spécifique. Cependant, considéré un projet de Recherche sur les Systèmes de Santé le projet bénéficiait d'une guidance scientifique par deux institutions académiques. Seul le financement de cet appui et celui de la documentation du projet bénéficiaient de ressources supplémentaires au budget ordinaire du district.

Notre étude de cas repose sur deux sources d'information: la documentation du projet et une série d'interviews approfondis menés auprès d'acteurs ayant participé directement ou indirectement au projet. Le projet a débuté en 1992, les interviews ont été menés en 2002 au cours de la dernière année du projet. L'objectif était d'investiguer le processus de mise en œuvre du changement dans une organisation telle que le système de santé de district au Zimbabwe. La question de recherche adressée par cette étude de cas était la suivante: comment la culture organisationnelle du système de santé du Zimbabwe, valorisant le respect strict des normes administratives et des directives de l'administration et des programmes de santé a-t-elle pu s'accommoder de la culture de changement et d'innovation d'un projet reposant sur la mise en question systématique des pratiques et de l'organisation du système pour les améliorer .

L'analyse confirme la nature hiérarchique et réglementaire du système de santé qui s'apparente à la configuration d'une organisation mécanique selon la typologie de Mintzberg (1989a). Les interviews et la reconstitution de la dynamique du projet confirme la tension entre logique de commande et contrôle et logique de remise en question et de changement. Les promoteurs du projet et plus généralement l'équipe de district ont dépensé une énergie considérable à contourner les résistances du système et de la hiérarchie. Nos entretiens révèlent quatre mécanismes à cet effet.

> Le premier consiste à s'appuyer sur la réglementation et sur ses ambiguïtés et contradictions afin d'imposer des changements. Ce phénomène est bien connu. Il a été décrit par Crozier (1963) sous l'appellation de 'phénomène bureaucratique': les acteurs exploitent les failles du règlement pour se protéger et élargir leurs marges d'autonomie.
>
> Le second consiste à mettre en œuvre les changements pour lesquels il y a un large consensus, y compris de la part de la hiérarchie tout en lui permettant de prétendre l'ignorer si les choses tournent mal et qu'on lui demande des comptes. Dans la mesure où cette porte de sortie lui est laissée, la hiérarchie est prête à fermer les yeux, quitte à reprendre plus tard à son compte les changements expérimentés s'ils s'avèrent fructueux et les imposer … réglementairement. Cette stratégie est évidemment risquée et demande une forte certitude quant au résultat escompté. Elle

représente aussi une porte ouverte à des dérives. La guidance scientifique constitue un garde-fou contre des décisions fantaisistes et prend ici tout son sens.

Le troisième consiste à convaincre la hiérarchie d'autoriser réglementairement le changement proposé en faisant jouer des alliances avec des cadres plus haut placés dans la hiérarchie ou bien en lui permettant de se justifier en cas de problème ou de contrôle en lui fournissant un argumentaire : par exemple, le droit à l'expérimentation dans une zone pilote justifiant une dérogation à la règle ou, bien l'existence d'une recommandation émanant d'une organisation internationale. Ces deux arguments ont été utilisés pour obtenir l'autorisation de déléguer la pose de perfusions de quinine dans les centres de santé.

Le quatrième consiste à jouer sur les tensions entre les différentes subcultures qui traversent le système de santé (Degeling *et al.* 1998). Dans une circonstance (l'épidémie de malaria) les valeurs du professionnalisme ont été invoquées par les cadres infirmiers pour résister au changement: ils s'opposaient à la délégation aux infirmiers de tâches dévolues aux médecins (perfusions de quinine) car cela menaçait leur statut professionnel en les considérant comme simple exécutants. En revanche, dans une autre circonstance (déficit aigu de personnel lors d'une grève), l'appel au professionnalisme des infirmiers pour garantir un service minimum a rendu acceptable une complète réorganisation de l'hôpital, qui confiait pourtant responsabilités d'infirmiers à des aides soignants et aurait par conséquent été refusée dans des circonstances normales (Tableau 10)

Dans le cadre du projet, le problème de déficit de personnel était considéré comme crucial. Plusieurs années auparavant une solution avait été testée qui impliquait un contrôle plus serré des congés (une approche bureaucratique). Elle avait été combattue avec succès par le personnel au nom de la règlementation donnant droit à cumuler ses congés (une résistance bureaucratique).

Une nouvelle solution avait été proposée, consistant à concentrer les patients les plus sévères et le personnel le mieux qualifié dans un service de soins plus intensifs et à confier les cas moins sévères et les convalescents à du personnel moins qualifié dans d'autres services de soins moins intensifs (c'est le concept de progressive patient care proposé par King (1966)). Elle avait été jugée inacceptable car elle aurait implicitement dévalorisé le statut de '*Nurse in Charge*' (équivalent de surveillant ou infirmier major) normalement dévolu exclusivement aux infirmières pleinement qualifiées. Le blocage venait des frontières dessinant les limites au changement, construites avec des argumentaires relevant alternativement de la culture bureaucratique et de la culture professionnelle.

Les frontières du blocage ont pu bouger à l'occasion d'un événement qui changeait la donne: une grève du personnel infirmier. La grève était justifiée par la défense de la profession, des compétences des infirmiers, de la qualité des soins et du statut d'infirmier ; les revendications portant sur des questions de salaires étaient cependant très corporatistes. Le corps des médecins du district (combinaison de la sous-culture d'ONG promoteur de changement et de la sous-culture professionnelle spécifique des médecins), a saisi l'opportunité de la grève pour remettre sur la table le dossier de la réorganisation du travail dans l'hôpital.

Il a d'abord soutenu le corps des infirmiers (défense du professionnalisme) en les protégeant des tentatives (bureaucratiques) du ministère pour briser la grève en échange d'une renégociation de l'organisation de l'hôpital. Le médecin-chef s'est opposé à la requête du ministère de transmettre quotidiennement la liste des grévistes en expliquant qu'il était indispensable de conserver le soutien des infirmiers pour assurer le service minimum. Il défendait également la proposition de réorganisation, qui par ailleurs ne pouvait être soutenue officiellement par la hiérarchie. Devant le refus obstiné du médecin chef qui commençait à poser problème en plus haut lieu, la hiérarchie lui a conseillé (très officieusement, c'est-à-

dire sans aucun ordre écrit) de se plier à l'ordre bureaucratique… en le vidant de sons sens: il n'avait qu'à transmettre quotidiennement une copie de la liste de tout le personnel, personne ne lui poserait de questions (contournement de la règle bureaucratique). Ce qui fut fait.

La grève cependant créait une situation d'extrême déficit en personnel, bien plus important que le déficit chronique auquel l'hôpital faisait face depuis des années sans véritable solution. C'était une excellente opportunité pour tester la réorganisation jusque là refusée par les infirmiers au nom de la défense du statut d'infirmier chef de service et des valeurs professionnelles. Le soutien apporté à la grève, au nom de ces mêmes valeurs, mettait les infirmiers dans une disposition favorable.

L'argument décisif a fait appel à des valeurs du professionnalisme: l'autonomie exceptionnelle accordée aux professionnels de santé au nom de la nature spécifique de leur tâche leur impose la responsabilité de gérer les conflits d'intérêts en considérant toujours l'intérêt de leur patient avant leur propre intérêt. Par conséquent pour justifier le caractère d'intérêt général de leur grève et la dimension professionnelle de leur statut, les infirmiers se devaient d'assurer un service minimum de bonne qualité. La réorganisation de l'hôpital proposée était une solution qui permettait de sauver beaucoup de malades avec un personnel très réduit. Elle a été acceptée et expérimentée, redistribuant les malades en fonction de la gravité de leur état et confiant des responsabilités inhabituelles (selon la réglementation) au personnel moins qualifié pour les malades les moins graves.

Ainsi, dans une situation de crise, en s'appuyant sur la culture professionnelle des infirmiers et en contournant les règlements avec la bénédiction implicite de la hiérarchie, un changement radical a pu être mis en œuvre qui bousculait à la fois les principes de la culture bureaucratique (réglementation concernant la grève, et non respect des descriptions de poste) et ceux de la culture professionnelle.

Tableau 10: Jeux d'acteurs, jeux de cultures et tolérance au changement : l'exemple de la grève des infirmiers au Zimbabwe

Cette étude de cas nous a donc permis de mettre en évidence des stratégies de contournement pour s'affranchir de la rigidité bureaucratique et pouvoir remettre en question les règles de procédure afin de les améliorer. Elle montre comment les acteurs font appel à différents paradigmes pour soutenir les changements qu'il proposent. La capacité des acteurs à mener le jeu subtil des relations de pouvoirs et l'utilisation habile des règles écrites et non écrites conditionne le degré de tolérance au changement et à l'innovation de la bureaucratie

Cette observation confirme et nous permet de compléter notre théorie intermédiaire (Tableau 11).

…Des mécanismes particuliers doivent être déployés pour gérer cette tension

Laissées à la merci des contraintes bureaucratiques, les initiatives locales pour améliorer la qualité dépendent de la capacité des acteurs à développer des stratégies de contournement adaptées.

Un appui, sous forme de guidance scientifique par exemple, positionné en dehors de la ligne hiérarchique de commande e de contrôle mais légitime aux yeux du système bureaucratique, permet d'apporter des réponses flexibles, innovantes et localement adaptées aux problèmes non prévus par les procédures réglementaires et qui peuvent être tolérée par la bureaucratie.

Tableau 11: amélioration de la théorie initiale

Dix ans de projets qualité au Maroc: La culture qualité appréciée mais pas de changement de culture organisationnelle

Le Maroc, depuis 1992 met en œuvre des initiatives d'amélioration de qualité dans les services de santé de base. Ces expériences ont montré des résultats prometteurs et sont jugées très enrichissantes tant par les prestataires que par la direction. Mais elles ont été limitées à quelques sites pilotes et certaines de ces expériences pourtant fort appréciées lorsqu'elles étaient en cours ont été abandonnées par la suite et ne se sont pas pérennisées, engendrant parfois la frustration de leur promoteurs et acteurs. La question se posait alors d'apprécier le degré d'internalisation de la démarche qualité dans la culture commune des services de santé publics du Maroc.

Nous avons conduit une étude de cas dans le cadre d'une évaluation de la dynamique suivie par les expériences d'amélioration de la qualité. Les projets qualité visités étaient des projets qui mettaient en œuvre des cycles de résolution de problèmes dans des cercles de qualité, organisés soit au niveau des centres de santé soit au niveau de l'ensemble du système de santé de province, soit encore dans des hôpitaux ou des services hospitaliers. Ces projets suivaient des approches similaires à celles proposées par le *Quality Assurance Project* (Askov *et al.* 2000). Il y avait également des expériences d'audit clinique dans des services de maternité (Filippi *et al.* 2004). Nous avons exploré les perceptions des participants à la démarche qualité à l'aide d'une analyse qualitative d'interviews individuels approfondis, de discussions de groupe et de groupes focalisés (26 interviews dans 3 régions). Les documents de projets ont également été analysés. Les résultats provisoires ont ensuite été discutés avec un panel de participants à la démarche qualité pour affiner les interprétations.

L'analyse des interviews montre que c'est une vision 'managériale' de la qualité qui domine. Ce qui est en jeu, c'est l'atteinte des objectifs de couverture fixé par les programmes de santé publique au niveau central. La pertinence des programmes nationaux n'est presque jamais remise en question. Quant à la qualité, elle est essentiellement considérée sous l'aspect de l'exécution correcte des tâches et des procédures stipulées dans les instructions des programmes. Les interventions ont consisté en activités d'améliorations de qualité, essentiellement sous forme de cycles de résolution de problèmes menant à des interventions réalisables avec les moyens et les marges de manœuvre présents au niveau local.

Les résultats sont variables selon les sites, parfois très spectaculaires mais des doutes s'expriment quant à la pérennité de la dynamique. A cet égard, l'absence d'engagement significatif et de soutien de la part des services centraux dans les projets qualité est critiquée. L'importance du leadership, largement considéré comme relevant de la hiérarchie, est répétée avec insistance dans tous les sites visités. L'appréciation est cependant variable. Tantôt l'implication de la hiérarchie a été perçue comme un facteur positif ayant contribué à la réussite et la continuité de l'action. Tantôt il s'est manifesté par des interférences et des résistances à l'innovation. De façon générale, toute intervention d'amélioration de qualité apparaît extrêmement dépendante du support, de la reconnaissance et de la légitimité apportée par la hiérarchie. Cette quête de reconnaissance auprès de la hiérarchie plutôt que des patients ou des confrères reflète la prééminence de la culture bureaucratique.

Il y a un consensus sur l'importance des progrès réalisés en termes d'amélioration des indicateurs des programmes, mais aussi en terme de processus, particulièrement concernant le travail en équipe. Localement, les agents de santé, les médecins et les infirmiers ont découvert qu'ils étaient capables de résoudre des problèmes à leur niveau leur donnant un sentiment de meilleur contrôle de leur environnement de travail. L'engagement dans une dynamique d'amélioration de la qualité a eu des effets positifs sur la qualité des soins, en particulier en ce qui concerne les conditions matérielles de travail et l'organisation du service. L'expérience du management de la qualité a été perçu comme une occasion d'apprentissage hautement appréciée tant au plan individuel que collectif. Cela a été particulièrement marqué pour les technique de communication et les techniques de travail en équipe. Le travail en équipe est désormais reconnu non seulement comme une façon plus efficace de résoudre les problèmes mais aussi comme une source de plaisir partagé.

Néanmoins, force est de reconnaître que la perspective des patients est pratiquement absente des préoccupations à de rares et notables exceptions près. Les patients sont considéré comme un point de passage obligé, difficile à contrôler, pour atteindre des objectifs de santé publique. Ils ne sont pas vus comme la raison d'être même des services de santé et par conséquent leurs attentes ne sont pas au centre des préoccupations lorsqu'il est question d'améliorer la qualité. Une posture de défense des intérêts des patients (qui serait caractéristique d'une culture professionnelle), ne se manifeste que lorsque des conflits les opposent aux décisions du niveau central. Il est intéressant cependant de noter que la tension entre les résultats attendus d'un programme concernant la population, et les attentes individuelles des patients, est reconnue par le personnel soignant (Tableau 12). Cela pourrait représenter un point d'entrée pour remettre les patients au coeur du processus d'amélioration de qualité et pour travailler sur la relation médecin - malade. Enfin il est aussi frappant qu'un nombre très réduit de participants aux activités d'amélioration de qualité, essentiellement des médecins, surtout universitaires, considèrent le développement, le maintien et le contrôle de la compétence comme une dimension essentielle de la qualité. La compétence est en effet habituellement considérée comme une dimension cardinale de la qualité dans la culture professionnelle médicale.

Réponse : *On doit convaincre la femme [d'adopter] le Stérilet. […] Dans le cadre [des sessions] 'Information - Education - Communication, on s'est dit on va les rassembler et leur parler […]On essaye de convaincre [la femme], mais parfois elle a la tête dure ; elle vous dit non c'est non.*

Question : *pourquoi est ce qu'il faut la convaincre que le stérilet c'est la meilleure méthode?*

Réponse : *parce qu'on a vu que les femmes oublient la pilule ou bien doublent la dose […] ce n'est pas nécessairement la meilleure méthode, mais il faut qu'on atteigne un pourcentage [suffisant] de pose de stérilets par comparaison à d'autres centres, mais on arrive pas [parce que] en général cette année les femmes adhèrent plus à la pilule.[…] Il y a un problème par rapport aux objectifs fixés par la délégation du ministère.*

Question : *Pour vous qui travaillez avec les patients, qu'est ce qui est plus important? que la patiente sorte avec une méthode contraceptive qu'elle a choisi et dont elle est convaincue que c'est la meilleure pour elle? ou bien les objectifs d'un programme sur l'atteinte desquels vous serez jugés?*

Réponse: *C'est son choix.*

Question : *Alors pourquoi vous tenez à les convaincre du DIU ?*

Réponse :*On est obligé d'atteindre l'objectif tracé*

Question : *Est-ce que vous êtes d'accord avec cette obligation ?*

Réponse : *pour moi on doit convaincre la femme. Que ça soit la pilule ou le DIU on doit la convaincre.*

Tableau 12: Echange avec le personnel d'un centre de santé à propos du programme de planning familial

Il ressort de ces résultats qu'en dépit d'approches qui valorisaient les relations transversales non hiérarchiques et la prise d'initiative locale pour résoudre les problèmes, le système qui héberge le projet n'a pas été fondamentalement transformé. L'attention portée aux clients est marginale. L'accent sur le respect des instructions des programmes, sur les procédures et les d'instructions reste très important. L'organisation reste centrée sur elle-même. De même la ligne hiérarchique est l'objet de tous les égards. Sa capacité à promouvoir ou tuer les initiatives est reconnue, parfois déplorée mais pas contestée. Bien au contraire, la seule source de légitimité et de reconnaissance passe par elle: '*On est convaincu par l'assurance qualité qui nous donne de bons résultats, mais si les responsables hiérarchiques ne s'intéressent pas, on va se décourager et tout va s'arrêter.*'

La discussion des résultats provisoires a montré qu'il existe un fort consensus de la part des acteurs de terrain de l'assurance de la qualité pour reconnaître que les initiatives d'assurance de qualité leur ont permis d'agir à leur niveau et en équipe pour améliorer leurs résultats et résoudre leurs problèmes. Ils s'accordent pour exprimer que cela a été difficile, qu'il y a des limites et des contraintes. Ils expriment leur inquiétude en considérant que l'expérience reste fragile, que les

acquis sont menacés. Mais tous s'accordent sur la nécessité que l'expérience continue, se généralise et se pérennise. On voit émerger un paradoxe : alors que les acteurs affirment qu'ils maîtrisent une démarche qualité qu'ils apprécient et veulent utiliser, parce qu'elle les a convaincus, ils redoutent qu'elle disparaisse. Pour l'éviter, ils proposent son institutionnalisation dans un programme avec sa propre hiérarchie répercutée à tous les niveaux du système, et l'implication forte de l'ensemble du système hiérarchique. Toutes ces caractéristiques sont typiques d'une organisation mécanique selon la terminologie de Mintzberg. Ce n'est pas une surprise ; en effet le système de santé Marocain a été construit comme une bureaucratie précisément parce que c'était le mode d'organisation le plus efficace pour mettre en œuvre une série de programme juxtaposés de contrôle de maladies affectant une population, ce qui est quelque peu éloigné du paradigme émergent de la nécessité de répondre aux attentes de patients individuels.

On aurait cependant attendu une évolution après dix ans de démarches qualité, menées avec succès, et qui mettaient l'accent sur les initiatives autonomes des acteurs en leur fournissant formation, outils et soutien méthodologique. Les acteurs sont convaincus qu'ils ont évolué à titre personnel. Mais ils expriment de grands doutes quant à leur capacité à continuer.

Tout ce passe comme si le système de santé, resté bureaucratique structuré autour de relations hiérarchiques de commande et de contrôle tolère une démarche qualité, valorisant l'innovation, la créativité, la prise d'initiative locale et le travail en équipes non hiérarchisées, à la condition qu'elle se déroule à l'abri, dans un projet. Force est de constater qu'hors de la structure projet, ces dimensions clé de la culture qualité n'ont pas fondamentalement ni durablement imprégné des pratiques de management restées bureaucratiques. L'émergence d'une véritable 'culture qualité', un produit attendu de l'introduction de projets qualité, ne semble pas s'être produite au niveau organisationnel. Lorsque la structure projet disparaît, la 'culture projet' disparaît et la 'culture qualité', dans sa dimension innovante, disparaît avec elle.

Cette observation nous permet de compléter notre théorie intermédiaire qui se présente à l'issue de cette synthèse réaliste sous forme d'une théorie améliorée (Tableau 13).

Dans des systèmes de santé configurés comme des organisations de type professionnel, les approches de management de la qualité centrées sur la standardisation des processus cliniques et sur le renforcement des mécanismes de contrôle des professionnels afin d'améliorer transparence et sécurité témoigne d'une évolution vers une organisation de type mécanique qui met en cause l'indépendance professionnelle et suscite des réactions.

Dans les systèmes publics de santé des pays en développement, configurés comme des organisations mécanistes, les approches de management de la qualité centrés sur la standardisation et le contrôle des processus, contribuent à renforcer la dimension mécanique des organisations, altérant la relation avec les patients pourtant déjà fortement détériorée.

Lorsque les approches de management de la qualité encouragent la prise d'initiative des acteurs du terrain, celle-ci rencontre des résistances au changement liées à la nature bureaucratique du système. Des mécanismes particuliers doivent être déployés pour gérer cette tension.

Laissées à la merci des contraintes bureaucratiques, les initiatives locales pour améliorer la qualité dépendent de la capacité des acteurs à développer des stratégies de contournement adaptées.

Un appui, sous forme de guidance scientifique par exemple, positionné en dehors de la ligne hiérarchique de commande et de contrôle mais légitime aux yeux du système bureaucratique, permet d'apporter des réponses flexibles, innovantes et localement adaptées aux problèmes non prévus par les procédures réglementaires et qui peuvent être tolérées par la bureaucratie.

La 'culture qualité' valorisant l'innovation, la créativité, la prise d'initiative locale et le travail en équipes non hiérarchisées, peut s'épanouir lorsqu'elle est enchâssée dans un projet. Elle est alors tolérée par une organisation bureaucratique structurée autour de relations hiérarchiques de commande et de contrôle. Cependant cet enchâssement semble faire obstacle à la transformation de l'organisation qui n'internalise pas les principes de la démarche qualité dans sa culture.

Tableau 13: amélioration de la théorie initiale

9

Chapitre 9 Discussion

Management de la qualité, culture organisationnelle et réforme des systèmes de santé

Dans ce chapitre, nous discutons les limites de notre évaluation réaliste des projets qualité.

Constatant que ces projets ne suffisent pas pour transformer la culture bureaucratique des systèmes de santé, nous envisageons les alternatives pour promouvoir la culture qualité.

Nous les discutons dans la perspective des réformes des systèmes de santé.

Discussion
Management de la qualité, culture organisationnelle et réforme des systèmes de santé

Introduction

Notre discussion s'organise autour de deux thèmes. Dans une première partie, nous discutons le potentiel et les limites de nos résultats et de l'approche réaliste de l'évaluation. Nous montrons que nos résultats sont des théories provisoires et incomplètes, deux caractéristiques d'une *middle range theory*. En dépit de ces limites, l'approche réaliste est potentiellement très riche pour interpréter les effets d'interventions dans des systèmes complexes. Elle permet d'appréhender et d'interpréter des phénomènes sociaux dynamiques tels que les comportements organisationnels. Elle se situe dans une perspective d'aide à la décision pour orienter l'action sur le terrain plutôt que dans une perspective de genèse de lois universelles. Elle représente une avancée méthodologique particulièrement pertinente pour la recherche sur les systèmes de santé dans un monde turbulent où de multiples initiatives se télescopent. Dans une deuxième partie, nous discutons les conséquences de nos résultats pour le futur de l'assurance qualité dans les systèmes de santé. Les projets qualité étudiés ne parviennent pas à changer une culture organisationnelle bureaucratique qui compromet pourtant leur pérennisation. Nous envisageons alors les stratégies susceptibles de permettre à la culture qualité de s'épanouir et au contexte organisationnel d'évoluer en conséquence. Décentralisation et nouveau management public, en vogue hier et aujourd'hui, montrent leurs limites. Il faut probablement trouver un équilibre entre trois idéaux-types décrits par Freidson: l'idéal-type bureaucratique, malmené par les stratégies de débrouille locale, l'idéal-type du marché, valorisant l'initiative, et l'idéal-type professionnel, émergent mais encore embryonnaire en Afrique. Finalement, à côté des mécanismes du contrôle et de la compétition, un troisième mécanisme régulateur devrait prendre toute sa place: la confiance.

Limites des résultats, limites et potentiel de l'approche réaliste

La question du changement *dans* les systèmes de santé, et plus précisément du changement *du* système de santé est au cœur de nos observations. Alors que les projets qualité étudiés ont tous valorisé la remise en question systématique et documentée des pratiques, le travail en équipes non hiérarchisées, la prise d'initiative et le changement, les systèmes de santé, structurés de façon hiérarchique et assurant traditionnellement leur qualité sur le principe du respect du règlement, des relations hiérarchiques et des procédures, ne semblent pas avoir modifié leur façons de fonctionner. Ils inhibent les initiatives inspirées de la démarche qualité, plus qu'ils ne les empêche, lorsqu'elles pourraient se poursuivre en dehors de l'abri d'un projet. Cette interprétation que nous proposons de la synthèse de nos études de cas appelle à être discutée.

Tout d'abord, comme nous l'avons abondamment développé au chapitre méthode, il s'agit de la construction d'une théorie intermédiaire, provisoire qui n'établit pas une causalité linéaire entre intervention et effets, mais identifie des régularités dans les effets produits, attendus, inattendus ou émergents, pour en proposer une interprétation. Parce que nous interprétons des interactions dans des systèmes complexes, ces théories sont donc forcément provisoires et incomplètes.

Elles sont provisoires d'abord parce que le système de santé est un système social construit par les interactions continues entre un ensemble d'acteurs, interactions ni prévisibles ni contrôlables. Elles se modifient en permanence, et ne se reproduisent pas à l'identique. Enfin elles sont sous l'influence de paramètres externes au système (les processus de réforme, la mondialisation, etc…) qui ne sont pas non plus totalement prévisibles. Morin (1990) explique qu'en raison de la propriété d'ouverture des systèmes complexes, les lois d'organisation ne sont pas d'équilibre mais de déséquilibre, rattrapé ou compensé, de dynamisme stabilisé. Brugha (2000)

décrit des contraintes analogues à propos de la méthode *'stakeholder analysis'*[37] pour l'analyse des politiques: *The provisional nature of the information obtained and the unpredictability of future events are inherent limitations of stakeholder analysis. Recognition of these limitations increases its utility for understanding and influencing the policies and politics of health*

Elles sont incomplètes parce nous avons dû réduire la complexité pour pouvoir l'appréhender. Les lunettes que nous avons chaussées, indispensables pour évoluer dans la compréhension des systèmes complexes, ne nous offrent qu'un angle de vue. Changer de 'lunettes', d'outil de modélisation, offrirait une autre perspective sur les mêmes phénomènes, un autre éclairage, qui en donnant un autre relief à l'objet, nous en donnerait une perception différente qui n'efface pas la précédente, mais la complète et l'enrichit.

Si nous prolongeons la métaphore, tandis que nous tournons autour de notre objet d'étude, il est lui-même en transformation permanente de sorte qu'en repassant au même point d'observation quelque temps plus tard, il se présentera différemment. Il s'agit donc d'un processus continu jamais terminé. Il ne s'agit pas de comprendre pièce à pièce le fonctionnement d'un mécanisme stable comme on démonterait une horloge, il s'agit de comprendre des dynamiques en évolution perpétuelle et ainsi de donner du sens à l'action des acteurs. Le caractère incomplet et provisoire des théories ne correspond pas à une inadéquation de la méthode. Il reflète la nature complexe du système dans lequel nous observons des interactions.

Elles sont incomplètes également parce qu'elle n'embrassent pas toute les perspectives. Le chercheur représente lui-même un biais. Son interprétation est fortement liée à sa discipline d'origine et à son expérience. Dans notre préambule, nous avons parlé de transdisciplinarité à propos du management de la qualité. Nous avons appliqué cette transdisciplinarité dans notre travail. En effet nous faisons appel à des modèles qui viennent de plusieurs disciplines. Cependant pour enrichir les perspectives, il est important de travailler en équipe multidisciplinaire afin d'additionner et de croiser les regards, mais également en interdisciplinaire pour partager et échanger les regards. Dans notre travail, nous n'avons véritablement eu pleinement cette opportunité qu'à l'occasion de notre dernière étude de cas ou une équipe a été constituée dans laquelle les disciplines étaient différentes (sociologues, médecins) ainsi que les références culturelles (deux européens 3 marocains) et les domaines d'expérience professionnelle (administration sanitaire, sociologie des populations, médecine de famille, assurance qualité, recherche, expertise). La mise au point du protocole réalisé en équipe et sur le terrain a représenté une opportunité irremplaçable de construire un cadre commun.

L'élément clé sur lequel repose la construction de nos théories est l'identification et l'interprétation de **régularités,** de *pattern,* dans les comportements organisationnels. Ces théories permettent d'évaluer la plausibilité de survenue de certains effets d'une intervention. Elles sont plus proches de l'aide à la décision, en particulier dans le domaine social et de l'intervention publique, que de la construction académique de connaissances universelles L'évaluation réaliste se rapproche de que fait l'expert - consultant de manière implicite[38] : il dégage des lignes de force à partir de multiples observations qu'il relie entre elles, sur un terrain, mais aussi entre les terrains qu'il visite au fil des ans. C'est à partir de ces lignes de force qu'il construit ses recommandations tout comme le chercheur réaliste construit ses théories à partir des *patterns* qu'il observe, explore et confronte d'étude de cas en étude de cas. A la différence du consultant, le chercheur explicite tout ce processus pour le rendre transparent. On pourrait considérer la démarche comme du simple bon sens. L'apparition du courant de l'évaluation réaliste cependant présente l'intérêt de codifier la démarche. La codification apporte de la rigueur, une attitude systématique, une formulation des théories. Elle permet surtout de transmettre les résultats et la façon dont ils sont produits, ce que l'expert-consultant n'est pas tenu de faire. Elle permet de discuter les résultats de

[37] La stakeholder analysis représente une approche qui pourrait utilement compléter la notre pour mettre en évidence les jeux de pouvoir et les compétitions d'agendas. Ils apparaissent d'ailleurs dans nos interviews.

[38] Le consultant est cependant biaisé. Il est biaisé par ses termes de référence, par l'influence de sa propre expérience et par ses propres jugements de valeur. Son interprétation risque de se révéler également biaisée précisément parce qu'il intègre ses modèles et paradigmes de façon implicite. La démarche du chercheur réaliste consiste pour sa part à expliciter les modèles et les paradigmes d'interprétation (ses lunettes) qui expliquent ce qu'il voit. C'est ce qui le distingue du consultant.

façon scientifique et de les comparer à d'autres travaux. La synthèse réaliste permet de dépasser les limites des méta-analyses auxquelles recours l'*Evidence Based Policy* par analogie à l'*Evidence Based Medicine*. Enfin l'approche réaliste représente une avancée très importante car elle fait ce que ni les (autres) *theory based evaluations* ni la recherche sur les systèmes de santé et la recherche action n'avaient pu faire jusqu'à présent: elle propose une méthode et un cadre pour construire de façon systématique et scientifique une synthèse riche de la multiplicité des contextes et des contradictions qu'ils révèlent. Elle s'avère pertinente pour l'étude d'une multitude de problématiques dans les systèmes de santé. La recherche sur les effets produits par la mise en oeuvre de mutuelles de santé sur la qualité du système de santé et les relations avec les prestataires en est un bon exemple (Criel *et al.* 2004). Elle apporte une méthodologie particulièrement pertinente pour la recherche sur les systèmes de santé dans un monde en mouvement où de multiples initiatives se télescopent. Nous reconnaissons cependant qu'il reste beaucoup à faire. La méthode a été proposée très récemment et peu d'exemples sont publiés à ce jour. Nous espérons que cette recherche contribuera à l'enrichir.

Morin (1990) pose que l'intelligibilité du système doit être trouvée non seulement dans le système lui-même mais aussi dans sa relation avec l'environnement et l'observateur et que cette relation n'est pas qu'une simple dépendance, elle est constitutive du système. Dans notre recherche, nous avons limité notre champ de vision à ce qui se passe dans l'organisation. Il est bien évident que nos interprétations restent relatives. On ne peut réduire l'environnement à l'organisation, ni la dynamique organisationnelle à la seule étude de l'interaction entre management de la qualité et organisation bureaucratique. A une extrémité du spectre, il faudrait pouvoir étudier les interactions entre le système de santé et l'environnement politique national mais surtout international qui joue un rôle extrêmement important. Ce qui se passe à l'intérieur du système de santé est très fortement influencé par les projets qui viennent de l'extérieur, véhiculés par des consultants internationaux sous influence qui amènent sous leurs semelles leurs propres références culturelles et apportent des solutions toutes faites. De même les sociétés évoluent constamment sous l'effet conjugué de dynamiques sociales propres et de l'intensification des échanges dans un monde ouvert. A l'autre extrémité du spectre, nous n'avons pas développé d'instrument pour intégrer la perspective des patients et leur impact sur la configuration et la dynamique des systèmes. Nous nous sommes contentés du discours des personnels de santé. Cependant, bien sûr, notre interprétation en tient compte Nous intégrons aussi dans le processus d'interprétation notre expérience personnelle pendant plusieurs années au contact des patients dans les systèmes de santé publics en Afrique. Il n'en reste pas moins qu'il serait intéressant de changer d'éclairage. Enfin, à l'intérieur du système même, d'autres modèles d'analyse comme l'analyse des jeux de pouvoir auraient apporté des éclairages complémentaires. Nous évoquons au fil de notre analyse les travaux de Friedberg (Friedberg 1997) et nous avions un temps envisagé d'étudier plus spécifiquement les jeux d'acteurs. Des contraintes matérielles ne nous l'ont pas (encore) permis. Etudier cette dimension devrait faire partie des recherches futures. Nous touchons du doigt le potentiel et les limites de l'approche réaliste. D'un côté elle permet d'appréhender des systèmes dans leur complexité, mais en même temps pour des raisons pratiques, elle force à les réduire. C'est un processus de construction jamais achevé, ce qui en fait tout à la fois l'intérêt et la limite.

Les limites de notre interprétation sont bien illustrées dans la discussion de notre dernière étude de cas. Nous sommes en effet face à une situation paradoxale [39]. D'un côté nous voyons que le système de santé bureaucratique est structuré et rigidifié autour du respect du règlement. Mais en même temps nous savons bien que les règles de procédures des systèmes de santé que nous avons analysés, ont une valeur relative et sont détournées ou simplement non appliquées.

Les modèles de configuration organisationnelle ne nous ont pas permis de mettre en lumière ce paradoxe que nous n'ignorons cependant pas. Olivier de Sardan (2003) met remarquablement en évidence ce fossé et l'interprète comme l'émergence d'une *culture bureaucratique locale* à partir de la réinterprétation des normes afin de les adapter aux contraintes extrêmes auxquelles sont

[39] Le paradoxe est d'ailleurs une caractéristique des système complexe: Morin nous explique qu'il est possible de voir simultanément une chose et son contraire dans un système complexe. Et que c'est l'interprétation de cette contradiction qui permet d'avancer.

soumis les personnels de santé en Afrique. La pérennité de cette culture bureaucratique locale est assurée et transmise par le personnel non qualifié souvent très stable dans les services de santé ruraux en Afrique. L' interprétation d'Olivier de Sardan est très proche de celle de Lipsky (Hudson 1997; Lipsky 1980; Lipsky 1997) qui étudie les *'street level bureaucrats'* au contact direct des usagers de services publics (bureaucratie d'interface). Il constate que ces agents disposent d'une grande marge de manoeuvre dans leur application des normes. Cette marge de manoeuvre est inévitable et, pour Crozier (1963), constitutive de l'organisation. D'une part parce qu'il faut bien appliquer des règlements généraux à des situations particulières. D'autre part parce que les moyens ne sont jamais suffisants. En conséquence, les agents doivent faire des choix: choix des individus qui vont être servis correctement et choix de l'aménagement de la procédure qui sera jugée acceptable et adéquate dans telle ou telle situation particulière.

Lipsky et Olivier de Sardan nous montrent une autre face des réactions du personnel dans une même situation de contrainte bureaucratique. L'approche réaliste nous autorise à faire la synthèse entre notre perspective et la leur. La culture bureaucratique joue dans les deux sens. La rigidité du règlement est invoqué à la fois pour obstruer le changement (nos observations) et pour justifier sa transgression (les observations d'Olivier de Sardan et de Lipski). Ce paradoxe n'est pas surprenant. Le paradoxe est une des caractéristiques d'un système complexe.

Conséquences de nos résultats

Dans les limites que nous venons de reconnaître dans les paragraphes qui précèdent, nous sommes amenés dans les paragraphes qui suivent à tirer les conséquences de nos observations et de l'interprétation que nous proposons, synthétisée dans notre théorie. Notre recherche illustre la difficulté du changement de culture organisationnelle. Une attitude valorisant flexibilité, changement et participation, une des facettes de la 'culture qualité', qui semble avoir été transmise dans le cadre des projets qualité, ne passe pas la barrière de la culture organisationnelle, restée centrée sur la hiérarchie et le respect des règlements. Or le changement de culture est régulièrement mis en exergue, reconnu comme indispensable pour que la qualité s'enracine dans les systèmes de santé (Donabedian 2001b). Cet enracinement est également l'objectif poursuivi par l'introduction des démarches qualité dans les systèmes de santé. Ces démarches ont été introduites en Afrique sous forme de projets pilote d'assurance qualité afin de tester la faisabilité des approches proposées en vue de les disséminer ou de les généraliser. L'hypothèse était qu'une fois les acteurs familiarisés puis convaincus, ils parviendraient à convertir le système par la seule force de leur pratique de l'assurance qualité et ainsi à transformer l'organisation pour remplacer la culture bureaucratique par une 'culture qualité'. Cela ne semble pas avoir été le cas. A eux seuls, les projets qualité ne parviennent pas à transformer l'organisation, une condition pourtant nécessaire à leur pérennisation. Certes les améliorations de processus menées dans le cadre des projets conduisent à des résultats positifs sur les problèmes concernés. Il est en revanche beaucoup plus difficile de mener le *Total Quality Management* jusqu'à son aboutissement: la transformation de l'organisation. Ce constat est également établi dans d'autres secteurs que celui de la santé. Il confirme la relation importante établie dans la littérature entre les démarches qualité et la configuration ou la culture organisationnelle. (Bloor 1999; Gale 1994; Gerowitz 1998; Kolb 2002b; Minvielle 1997; Zbaracki 1998). Dans la conclusion de notre deuxième étude de cas, nous nous posions la question 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. Les études de cas qui ont suivi montrent que les deux propositions sont vraies et qu'il existe en fait une synergie entre les deux. Nous avons montré dans quelle mesure les démarches qualité représentent une rupture avec la tradition bureaucratique qui prédomine dans les systèmes de santé en Afrique et que cette rupture est perçue positivement. Nous avons montré qu'elles ne suffisent pourtant pas à transformer l'organisation. Nous avons aussi montré que cette transformation est nécessaire à leur pérennisation. Il nous faut donc discuter quelles sont les stratégies susceptibles de transformer l'organisation afin de la rendre réceptive aux principes de la démarche qualité.

Nous discutons d'abord deux aspects: d'une part la possibilité de manipuler la culture organisationnelle par des interventions managériales, d'autre part la généralisation des expériences pilotes. Ensuite nous discutons le potentiel et les limites du 'New Public

Management' et de la décentralisation qui sont des approches aujourd'hui au cœur des réformes du secteur de la santé, destinées à dépasser les contraintes de l'organisation bureaucratique. Nous constatons que les postulats économiques qui sous-tendent ces réformes sont très discutés dans la littérature de la sociologie des comportements organisationnels. La réponse n'est probablement pas de remplacer la bureaucratie par le marché, mais de trouver un équilibre entre la logique bureaucratique de commande et de contrôle, la logique économique du marché et une logique 'humaniste' valorisant les relations sociales, reconnaissant l'altruisme et reposant sur la confiance et les valeurs du professionnalisme.

La culture organisationnelle n'est pas une variable manipulable par une intervention managériale qui cependant l'influence

La littérature du management parle abondamment de culture organisationnelle depuis les années 80, accréditant l'idée que la culture organisationnelle est une variable cruciale pour la performance des organisations (Davies *et al.* 2000). Le plan de réforme du NHS présenté au parlement en Juillet 2000 affirmait "*The NHS has to move from a culture where it bails out failure to one where it rewards success.*" (NHS 2000 page 28). De là à penser qu'il suffit de manipuler la variable pour obtenir l'effet, il n'y a qu'un pas (Scott *et al.* 2003a). Ce pas ne se franchit cependant pas sans précautions (Scott *et al.* 2003c).

L'utilisation du concept de culture quand on parle de changement organisationnel peut mener à des controverses (Davies *et al.* 2000; Hudelson 2004). Deux interprétations extrêmes s'opposent. L'une, proche de la conception des anthropologues, veut que la culture soit ce qu'une organisation *est*. Les anthropologues définissent le mot culture comme le jeu de valeurs, d'idées, de croyances, de concepts, de comportements et de règles qui sont partagées (souvent implicitement) par un groupe social et qui résultent d'une dynamique sociale qui opère un processus normatif: "*ici c'est comme çà qu'on fait*". L'autre, que l'on retrouve dans la littérature du management, définit la culture comme *un attribut* qu'une organisation *possède,* considérée comme une variable indépendante que l'on pourrait isoler, décrire et manipuler par des interventions. Nous opterons pour une position intermédiaire proche de celle de Davies (2000). La culture organisationnelle est une propriété émergeant des divers éléments qui constituent l'organisation ; en ce sens elle n'est pas nécessairement contrôlable, mais on peut décrire certaines de ses caractéristiques et évaluer leur contribution à la mission de l'organisation. Dans ce cas, l'introduction du management de la qualité, comme toute autre intervention impliquant une dynamique sociale dans l'organisation, participe au processus normatif au niveau de l'organisation et influence l'évolution de la culture.

Personne ne contestera que les *façons de faire* ne sont pas statiques et qu'elles évoluent. Ces évolutions sont soumises tant à des influences internes à l'organisation (des changements dans la façon dont les procédures sont élaborées, par exemple, ou dans les modes de rémunération ou d'évaluation) qu'à des influences externes explicites (changement de législation, processus de réforme, évolution du marché) ou implicites (évolution des normes professionnelles, changement de perception du rôle de l'organisation dans la société). Certaines des ces influences sont accessibles à des interventions. Par conséquent la mise en œuvre intentionnelle de ces interventions est susceptible de changer la perception des membres d'une organisation de ce qui leur est commun et donc la culture organisationnelle. Ce qui est beaucoup plus problématique, cependant, c'est de penser que l'on peut prédire quelle forme prendra ce changement organisationnel. En effet nous avons expliqué au chapitre méthodologique que les systèmes de santé sont des organisations complexes. Le caractère *émergent* de leurs propriétés rend la prédiction aléatoire. De plus, comme le montre notre étude, les organisations sont traversées de multiple subcultures (Degeling *et al.* 1998). Elles peuvent agir de façon synergique, dans le sens désiré ou non, ou se neutraliser, et la gestion de cette diversité est également un enjeu. Pour Nizard (1991) ce sont les turbulences au sein de l'organisation, conséquences de turbulences de l'environnement, qui amènent à des crises identitaires dont naissent des transformations culturelles. La gestion de ces turbulences, le fait de saisir ou non les opportunités de changement qui se présentent, les choix qui seront faits vont influencer la culture organisationnelle. Davies (2000), à propos du NHS qui cherche explicitement à transformer la culture avec l'avènement de

la '*clinical governance*', formule une série de recommandations. Des tentatives de changements globaux sur tous les aspects de la culture organisationnelle ne sont ni faisables ni désirables. Pour mener à bien des changements de culture organisationnelle, encore faut-il avoir une vision claire de ce que l'on veut. La culture organisationnelle ne peut être appréhendée de façon isolée et des tensions sont inévitables avec des facteurs provenant de l'environnement. Enfin il faut tenir compte de la diversité culturelle à l'intérieur même de l'organisation. Quoiqu'il en soit, comme le rappelle Scott (2003b), '*efforts targeted at culture change may not always generate the anticipated organizational outcomes, indeed experience in health care and other sectors suggests that such attempts have the potential to induce seriously dysfunctional as well as functional consequences*'.

Si nos études de cas montrent que dans l'immédiat la culture bureaucratique résiste bien aux assauts de la démarche qualité, du moins en ce qui concerne l'innovation, il est trop tôt pour conclure que cela ne se produira jamais. Il se pourrait que l'on soit dans une phase de capitalisation, et qu'il soit nécessaire d'atteindre un effet de seuil pour que se déclenche un changement d'attitude organisationnelle significatif. La situation semble un peu différente dans les pays industrialisés où les systèmes de santé correspondent à ce que Mintzberg qualifie de 'bureaucraties professionnelles'. En France Minvielle retrouve dans les hôpitaux la tension entre le bénéfice de la standardisation et la nécessaire flexibilité. Il reconnaît que la culture professionnelle peut parfois représenter un obstacle au changement mais affirme qu'elle peut également être mise à profit pour réaliser ce qu'il appelle la *gestion de la singularité à grande échelle*, autrement dit articuler l'individualisation de la prise en charge des patients avec la standardisation des pratiques (Kimberly & Minvielle 2002; Minvielle 1996). En Angleterre, il semble que des évolutions de culture se produisent sous la pression (très forte) de l'exigence de performance (Scott *et al.* 2003c). Mannion (2003) établit un lien entre les dimensions de la culture organisationnelle et les dimensions de la performance des hôpitaux anglais. Il suggère qu'il serait souhaitable d'obtenir un mélange approprié de ces dimensions culturelles afin de mieux profiler l'organisation. Dans une communication personnelle, ce dernier auteur nous rapportait comment la culture de certains hôpitaux a fortement évolué sous la pression de la compétition: dans ce cas, le changement a consisté en une diminution du poids de la hiérarchie et une responsabilisation accrue des différents niveaux de l'encadrement, mais, paradoxalement, c'est lorsqu'il a été imposé de façon bureaucratique, depuis le sommet de la hiérarchie, que le changement a été le plus efficace.

S'il n'est pas raisonnable d'imaginer que l'on va changer la culture organisationnelle par une simple manipulation de ses composantes de façon mécanique pour obtenir un effet prévisible, il reste pertinent d'essayer de comprendre quelle est la culture de l'organisation: *pourquoi se comporte-t-elle comme elle le fait ?* de manière à s'appuyer sur cette compréhension pour orienter des changements. C'est à cette compréhension que nous avons tenté de contribuer en identifiant dans un contexte donné la culture 'projet qualité' et en montrant qu'elle se distingue de la culture préexistante de l'organisation. Nos résultats semblent effectivement montrer que la culture qualité, intimement liée au projet pilote, a vécu en bonne intelligence avec la culture organisationnelle sans la remettre en question. Il est probablement illusoire de penser que la généralisation du projet pilote, consistant à transférer dans le système de santé les activités testées, en transférerait également la culture. Ce dernier point nous amène à discuter la logique des projets pilotes.

La logique de 'projet pilote' est mise en question

Si les projets pilotes d'assurance qualité montrent des résultats immédiats souvent probants en termes de modification d'indicateurs des programmes de santé et de changements de comportements, le doute persiste quant à la pérennisation, la généralisation et l'adoption par le système hôte des approches testées, et ceci en dépit d' affirmations comme celle-ci: "[en matière d'assurance qualité] *on a atteint la maturité et les gens ne peuvent plus faire marche arrière. Si aujourd'hui je dis à quelqu'un - ce programme assurance qualité, c'est fini. Il va toujours continuer à travailler en utilisant les principes qualité. Ca, ça fait partie d'une culture*" (Un coordinateur qualité). On a tendance à prendre pour acquis, parce que les acteurs ont montré une aptitude à changer leurs perspectives et leurs pratiques 'bien au chaud' dans un projet, qu'ils sont automatiquement outillés pour les faire vivre et les partager dans le 'grand bain' de l'organisation. Rien ne semble moins sûr. La maîtrise des

outils n'est sans doute pas le principal élément. En revanche la re-création des conditions qui permettent leur utilisation intelligente est probablement cruciale. Cela met en question la stratégie du projet pilote.

La logique du projet pilote, suivie par nombres d'interventions d'amélioration de qualité, consiste à tester une approche dans une zone qui bénéficie de conditions particulières, puis, si le test est concluant, de la reproduire ou bien la généraliser. Si on généralise aussi les conditions requises en termes de ressources, en particulier de ressources humaines, on est sensé obtenir des résultats. Mais ceux-ci peuvent être très différents de ce qui était escompté si l'impact de dimensions moins tangibles mais cruciales a été sous estimé. Par exemple, la proximité de grands centres urbains (pour faciliter le suivi), un personnel plus qualifié et plus motivé, la concentration de plusieurs projets pilotes dans une même zone, sont autant de facteurs qui se renforcent mutuellement et ne seront pas reproductibles dans les zones où le projet sera répliqué.[40] Tous ces facteurs peuvent théoriquement être anticipés et contrôlés, soit lors de la sélection de la zone pilote, soit en estimant mieux les besoins lors de l'extension. Cependant notre étude met en évidence un facteur d'une autre nature. En effet, nous voyons que l'adoption d'une 'culture qualité' s'est produite à l'intérieur du projet. Mais elle n'a pas fondamentalement affecté la culture de l'organisation. Autrement dit, les attitudes propres à la 'culture qualité' (réflexivité, remise en question, documentation des prises de décision, collégialité, évaluation des résultats) sont associées au projet, mais on ne les retrouve pas lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes en dehors des activités du projet: le personnel va alors recourir à la voie hiérarchique alors qu'ils auraient peut-être été mieux résolus en équipe ou en prenant une initiative[41]. Cette situation n'est pas spécifique aux projets d'assurance qualité: on sous-estime probablement l'effet 'projet' sur les comportement des acteurs. S'il s'avère que les comportements positifs nouveaux (l'engagement par exemple), sont un déterminant essentiel de succès mais sont liés au contexte 'projet pilote', alors toute forme de pérennisation 'au-delà' est illusoire. Il y a peut-être là une explication de l'échec sur le long terme de nombreuses initiatives de développement. Notre travail ne nous permet cependant pas d'aller jusque là ; cette question nécessiterait d'autres recherches.

Les acteurs nous proposent des alternatives

Nos études de cas mettent en évidence la robustesse de la bureaucratie et sa résistance à laisser de l'espace à la flexibilité et à la créativité dont les projets qualité ont fait preuve. Quelles peuvent être les alternatives pour dépasser cette résistance ? Lors de nos visites de terrain, nos interlocuteurs exprimaient leur désarroi devant le constat qu'en dépit de leur forte motivation à faire vivre la démarche qualité, ils étaient incapables de surmonter la résistance du système. Ils évoquaient tour à tour deux stratégies: l'institutionnalisation de la démarche qualité dans un programme ou bien la multiplication des projets qualité.

L'institutionnalisation de la qualité: un programme vertical supplémentaire ?

Lorsque nous avons restitué les résultats de notre étude sur le terrain, les cadres marocains ont unanimement recommandé l'institutionnalisation d'un programme qualité. Ils entendaient par là la création d'une entité administrative, légitimée par des textes, structurée autour d'une ligne hiérarchique, et dont les responsables nommés ont la charge de mettre en œuvre un plan d'action avec des objectifs précis, organisant la formation et encadrant des activités. Ce programme aurait pour objet de disséminer la pratique des outils de l'assurance qualité. Est-ce l'impossibilité de penser l'organisation autrement ? Ou bien est-ce la conviction que c'est la seule forme d'organisation qu'une bureaucratie puisse reconnaître ? Ils ont probablement raison. Cependant, à la lumière de nos études de cas, un tel schéma présente au moins deux risques: d'une part, le risque d'enfanter un programme vertical supplémentaire déconnecté des (autres) activités du

[40] Il faut cependant introduire une nuance entre la zone pilote et la zone de démonstration. La logique de la zone de démonstration est de montrer ce qui pourrait être obtenu dans des conditions optimales pour *donner envie de faire*. L'objectif est de permettre de la discussion et l'échange à partir d'une réalité tangible et non pas mythique. La logique du projet pilote est différente: il s'agit de tester pour diffuser, ce qui est assez différent.

[41] Il ne faut cependant pas être systématique: tous les problèmes ne justifient pas l'établissement d'un cycle de résolution de problème.

service et vide de contenu; d'autre part, le risque de retomber dans une logique de commande et de contrôle au dépens de la prise d'initiative et de l'innovation. Le plus vraisemblable c'est qu'une telle approche forcerait de haut en bas ses activités 'qualité' en compétition avec les autres programmes. Paradoxalement, ces risques étaient bien identifiés par ceux-là mêmes qui recommandaient l'institutionnalisation de la démarche qualité dans un programme. Paradigme quand tu nous tiens !

La saturation par les projets: une stratégie pour forcer le changement de culture ?

Dans un rapport évaluant la mise en œuvre de l'assurance qualité au Maroc, le projet de planification familiale, santé maternelle et infantile du Maroc recommandait de multiplier les sites qualité (Wilson et al.1998). Ce n'est pas surprenant à la lumière de notre théorie. Cette proposition témoigne d'une reconnaissance implicite de la flexibilité et du potentiel de la structure projet quand il s'agit de mener quelque chose à bien. Pourquoi changer une stratégie qui marche? Puisqu'une culture différente, complémentaire de celle de l'administration est requise pour l'amélioration de la qualité, et que la structure projet le permet, multiplions les projets. On peut même imaginer une logique de saturation par des projets de manière à submerger le système. Le projet, en effet possède des atouts imbattables. Ils permettent des avancées, ils donnent des résultats immédiats à ceux qui en bénéficient, ils mobilisent des gens autour d'une idée et leur permettent de travailler ensemble, ils représentent une aventure humaine pour les participants qui est toujours enrichissante, ils représentent surtout des espaces de contre-pouvoir qui peuvent, de cette façon, peser sur les orientations des réformes (Dujardin 2003).

Il ne faut cependant pas s'illusionner. Les projets portent leur propres contraintes, ils ont une durée de vie finie contrairement à l'administration sanitaire (en tout cas jusqu'à présent!), ils ignorent le long terme, ils suivent, et de plus en plus rigidement, une logique linéaire, cristallisée dans un cadre logique qui, dans le pire des cas, les enferme. Rares sont les projets conçus de façon réellement participative et où tout n'est pas écrit à l'avance dans les bureaux d'une capitale européenne. Rares sont les projets où seul le premier problème à résoudre serait identifié, à charge au projet de s'écrire en se faisant[42]. En dépit, et peut-être à cause de ses atouts, le concept 'projet' ne répond pas à la préoccupation de transformation de l'organisation, pour qu'elle articule la conformité aux normes (indispensable à une médecine sûre) et la flexibilité créative (tout aussi indispensable pour réagir aux incertitudes de l'environnement et mieux répondre aux attentes des patients). La proposition de multiplier les projets revient en fait à renoncer à influencer le changement *dans*, et surtout *de* l'organisation et à accepter une distribution des rôles : à l'organisation, pérenne, la stabilité gravée dans les règles ; au projet, éphémère, la flexibilité qui permet l'adaptation, quitte à ce qu'ils se neutralisent.

Les deux alternatives, institutionnalisation de la démarche qualité dans un programme ou saturation du système par les projets qualité, n'emportent pas notre conviction lorsqu'il s'agit de sortir de la logique bureaucratique. C'est précisément à ce problème que les récentes réformes de l'état et du secteur de la santé essayent de répondre: nous voulons parler de la décentralisation et du nouveau management public.

La réforme du secteur santé: une stratégie pour sortir de la bureaucratie ?

En fait, cette question du manque de réactivité de la bureaucratie centralisée n'est pas nouvelle. Dans les années 80 la décentralisation était supposée apporter une solution. Depuis la fin des années 90 c'est le concept du *New Public Management* (NPM - Nouveau Management Public) qui a repris le flambeau. De quoi s'agit-il, et répondent-ils à la question ?

Le Nouveau Management Public

Le nouveau management public est né en Angleterre sous le gouvernement conservateur (1979-97) initialement dirigé par Madame Thatcher. Inspiré par les théories économistes néoclassiques (Blaauw *et al.* 2003) il consistait à appliquer les principes articulés par l'Adam Smith Institute considérant les principes du marché comme la solution aux maux du secteur public. Il

[42] Nous évoquons l'approche processus de la coopération néerlandaise mentionnée par Dujardin (2003 page 257).

s'agissait de prendre en exemple systématiquement le secteur privé et d'introduire les principes du marché et les techniques managériales du secteur privé dans le secteur resté public. Dans les années 90 le débat est devenu plus focalisé sur la réforme de l'Etat et le concept de *New Public Management* a été formalisé dans les 7 doctrines formulées par Hood en 1991: management entrepreneurial plutôt que bureaucratie; mesure de performance; contrôle des résultats plutôt que des procédures; décentralisation des services publics; compétition au sein du secteur public; style de management inspiré du privé; rationalisation de l'allocation des ressources. S'y est ajouté un huitième: séparation du rôle de régulation et du rôle de prestation de service (Osborne & McLaughlin 2004). Très politique au départ, dans la ligne de la révolution conservatrice américaine de Reagan, le NPM se veut progressivement plus technocratique. Il est aujourd'hui à la base de quasi toutes les réformes de l'Etat et prescrit dans de nombreux pays sous la pression des institutions internationales. Il est présenté comme une réforme indispensable pour permettre aux pays en développement de faire face au défi de la mondialisation et comme un remède aux inefficiences et aux rigidités de la bureaucratie de l'Etat. En Afrique, il a essentiellement été centré autour de la gestion des personnels (réduction drastique du nombre des fonctionnaires, recrutements compétitifs, introduction de systèmes de gestion de performance du personnel, contrats de performance avec les établissements basés sur des objectifs, décentralisation du contrôle des ressources et des budgets, mesures anticorruption). Hope constate: '*Reforming the public bureaucracy in Africa through the NPM strategies is ultimately intended to make public service accountable, transparent and responsive to the public in delivering public goods and services. The lessons […] in developing countries, including Africa, suggest some mixed results.*' Pour McCourt '*First we can conclude that there are significant instances of NPM implementation.[…] On the other hand […] the implementation is still in its infancy in many places[…] Some of the difficulties notably those caused by a top down approach, are arguably inherent in NPM […]What appears to happen is that a a given NPM practice gets refracted through the prism of a particular country's laws, culture, political imperatives and so on.*' (McLaughlin *et al.* 2002). Cette dernière observation illustre bien la complexité des systèmes et l'inappropriation de l'application de solutions standards sans discernement[43]. McCourt pense que si les résultats sont restés si modestes, c'est parce que les changements inhérents au NPM sont politiquement infaisables. Il explique qu'il existe de l'évidence solide pour affirmer que l'absence de volonté et d'engagement politique est à la base des échecs. Par conséquent il faut comprendre le contexte politique pour comprendre pourquoi ces changements sont si difficiles. Il émet l'hypothèse que les constitutions politiques léguées historiquement, gravées dans le marbre, constituent des blocages impossibles à dépasser. En appui à cette hypothèse il note que les pays qui semblent avoir réussi des réformes en profondeur, l'Ouganda et le Ghana, sont passés par des révolutions qui ont changé leurs constitutions.

Nous discuterons rapidement trois composants du NPM : la décentralisation, la contractualisation et l'introduction de systèmes de gestion de la performance.

La décentralisation

La décentralisation est depuis plus longtemps encore une dimension phare de la réforme des systèmes de santé. Elle vise précisément à diminuer les lourdeurs bureaucratiques en rapprochant la prise de décision du terrain. Cependant, si elle est mise en œuvre effectivement partout, le processus s'avère très lent car les compétences ne sont pas nécessairement disponibles en périphérie et que le processus est très complexe (Collins & Green 1994; Walt & Gilson 1994). Les résultats sont encore loin des attentes à l'exception notable de quelques pays comme l'Ouganda ou le Ghana.

[43] Les effets inattendus et contraires de la mise en œuvre de ce type de réforme managériale *top-down* sont admirablement illustrés par Penn-Kekana (2004) qui montre comment la responsabilisation budgétaire des infirmières chefs de services a créé un niveau de stress tel (elles étaient menacées de prison si leur budget était dépassé) que des initiatives d'amélioration pourtant bien implantées ont été abandonnées dans le souci d'éviter toute prise de risque. Comme le signale l'auteur, ce qui empêchait l'infirmière de dormir, c'était le risque d'erreur administrative, pas celui d'erreur médicale.

La contractualisation

La contractualisation fait également partie du *package* du NPM. Des expériences existent concernant des hôpitaux de district. Elles n'ont pas montré que les résultats soient meilleurs en termes de qualité, ni en termes de coûts si on inclut ceux de la gestion du contrat. La gestion et le contrôle des contrats par la puissance publique reste un domaine encore plein de questions (Mills *et al.* 1997).

Les systèmes de gestion de la performance

Des systèmes de gestion de performance, qui lient des incitants financiers à des résultats, essentiellement en termes d'output quantitatif, sont populaires aujourd'hui. A titre d'exemple, l'Initiative pour la Performance au Rwanda (Meessen *et al.* 2004) met en place un système de primes très incitatif qui augmente de manière très significative les revenus du personnel (il peut en représenter jusqu'à 60%)[44]. La logique est '*qu'une dose plus grande d'incitation de type 'marché' peut être bénéfique aux populations à desservir*'. La théorie sous-jacente à l'instauration du système est explicitement économique: la théorie de l'agence. Lorsque l'on tend *'vers la séparation des fonctions de soins, d'achat et de régulation'*, le *principal,* ici une ONG, demain peut-être l'Etat, établit une relation contractuelle avec un *agent* : le personnel des centres de santé prestataires des soins. Les incitants sont exclusivement liés à la productivité: c'est le nombre de contacts qui est pris en compte, concernant la consultation, la vaccination, la consultation prénatale et l'accouchement. L'ambition de l'approche était '*d'insuffler une nouvelle dynamique, l'objectif est de libérer les talents, le sens de l'initiative et les idées; […) Plutôt que de vouloir faire des diagnostics et leur imposer des stratégies d'action, laissons-les faire leur propres choix.'* De fait, l'utilisation des services concernés a augmenté de façon importante et il y a eu des synergies entre les différents programmes de santé ; l'intégration des soins n'a pas été remise en question. Il faut cependant garder à l'esprit que l'acheteur était unique et achetait un 'paquet' de soins. Le résultat probablement le plus remarquable, c'est la prise effective d'initiatives pour réorganiser le travail, aménager les horaires, améliorer l'accueil et les locaux, travailler en équipe etc… Pour les auteurs, cela démontre le développement d'un '*sens entrepreneurial*'. Comme dans les projets d'amélioration de qualité, on retrouve une stimulation à la prise d'initiatives d'amélioration et une valorisation du travail en équipe (le mode de calcul des primes poussait à la coopération). La question reste de savoir si c'est effectivement le mécanisme proposé qui produit la prise d'initiative ou si la dimension 'projet' joue un rôle prépondérant. En termes d'effets produit sur le service, il s'agit essentiellement d'augmentations quantitatives, bien que cela puisse refléter une perception améliorée de la part des patients. Devra-t-on acheter la qualité de la même façon si ce mode de rémunération devient prédominant ? Les auteurs notent eux-mêmes que la difficulté de la mesure objective et simple de la qualité en fait un très mauvais candidat au financement par des primes. De façon générale, les risques de distorsion inhérents aux stratégies d'incitation financières sont bien documentées (Hall 2002). Il y a trois types de problèmes: le problème de la *contrôlabilité* (le résultat obtenu est-il directement lié à l'effort de l'agent ou peut-il être distordu par des causes hors de son contrôle); le problème de *l'alignement* (dans quelle mesure ce à quoi la prime incite est-il aligné avec ce que l'on veut réellement obtenir); le problème de *l'interdépendance* (l'effet recherché dépend de la coopération d'autres personnes). Plus ces distorsions sont probables, et plus la contribution des mécanismes d'incitation financière devrait être modeste. La littérature est abondante sur l'effet des incitants financiers dans les systèmes de santé et en particulier sur le comportement des médecins. La sensibilité des prestataires aux incitants financiers est peu disputée. Cependant la direction et l'amplitude de cette sensibilité est très variable et complexe à modéliser. D'autres ressorts sont en jeu faisant appel à des registres différents des logiques de marché.

Entre marché et bureaucratie faut il choisir ?

Toutes ces approches sont en effet marquées par la domination du paradigme économique. Blaauw (2003) distingue les théories économiques néoclassiques des théories économiques néo-institutionnelles. Ce sont les premières qui ont fortement influencé le NPM affirmant leur foi

[44] Dans le *new GP contract* du NHS en Angleterre, la part d'incitant financiers liés à la productivité ne dépasse pas 20%.

dans les mécanismes du marché, les secondes reconnaissant plus explicitement que le fonctionnement du marché est influencé par les cadres institutionnels qui gouvernent les transactions économiques. Alors que les néoclassiques considèrent le comportement humain comme purement rationnel et individualiste, les néo-institutionnels reconnaissent qu'il est aussi influencé par l'opportunisme (recherche de son propre intérêt ultime, mais en passant par des choix 'altruistes') et la rationalité limitée : la rationalité des choix est limitée par l'accès et l'utilisation de l'information et oblige à des décisions dans l'incertitude cherchant plutôt à 'satisfaire' qu'à maximiser l'utilité (Simon 1986). Cependant qu'elles soient inspirées des théories néoclassiques ou néo-institutionnelles, *les réformes organisationnelles dérivent d'une vision de la nature humaine plutôt pessimiste. Même si l'homme n'agit pas toujours de façon égoïste, comme il est difficile de prévoir quand il va choisir d'agir de façon opportuniste, les réformes ont été conçues pour le pire des scénarios et visent à atteindre leurs objectifs en dépit des intérêts égoïstes des individus* (Blaauw *et al.* 2003).

Ni le modèle d'organisation bureaucratique, basé sur la hiérarchie et la règle, ni le modèle de marché décliné sous les diverses composantes du *New Public Management* ne permettent (ni ne permettront) à eux seuls aux systèmes de santé de fonctionner comme ils devraient. Ces modèles reposent sur des paradigmes beaucoup trop linéaires pour coordonner un système complexe comme le système de santé. Bien sûr ils ont leurs vertus, et reposent sur des principes incontournables. Il faut des règles pour vivre en société, comme dans une organisation. Les théories économiques expliquent bien des comportements humains et leur apport est fondamental tout comme les mécanismes régulateurs qu'elles inspirent, mais ce n'est pas suffisant.

Pour améliorer la capacité du système de santé à aller vers l'excellence, c'est-à-dire à constamment chercher à s'améliorer, à la fois en respectant des standards mais en faisant preuve de flexibilité, il faut promouvoir d'autres mécanismes.

Faut-il continuer à promouvoir des interventions ?

Bien évidemment, le changement organisationnel ne surviendra pas en un jour et la fédérations des acteurs autour d'une intervention spécifique est un moyen irremplaçable de les mobiliser. Le développement de la démarche qualité en fait partie. Mais si on veut avoir un impact sur la durée, il faut sortir de la logique d'interventions à court termes visant des résultats immédiats et conçus plus en fonction des agendas internationaux que des préoccupations locales. L'unité de temps du changement social et organisationnel n'est malheureusement pas celui de l'exercice budgétaire ou de la planification.

Dujardin identifie 8 principes de réussite d'une intervention dans les systèmes complexes (Tableau 14). Ils devraient s'appliquer à toute intervention d'amélioration du système (Dujardin 2003 page 243).

Une intervention dans un système complexe doit répondre aux caractéristiques suivantes:

1. Elle est approprié par les acteurs directs
2. Elle est adapté au contexte culturel, socio-économique et politique.
3. Elle reçoit l'appui des autres acteurs parce que l'intérêt des décideurs, des spécialistes, des partenaires du développement, des politiciens sont pris en compte.
4. Elle bénéficie d'instruments simples, efficaces et adaptés : l'administration est au service de l'intervention, par sa souplesse le projet s'adapte à la réalité changeante.
5. Elle permet aux acteurs d'apprendre de façon constructive
6. Elle sert d'exemple: elle doit être visible facile à reproduire, et source d'apprentissage.
7. A moyen et long termes, elle maximalise les bénéfices indirects et minimalise les effets pervers
8. Elle est porteuse d'éthique et de morale sociale individuelle.

Tableau 14 : Principes de réussite d'une intervention dans les systèmes complexes (Dujardin 2003)

Faut-il et comment reconfigurer l'organisation ?

Un courant propose de reconfigurer les organisation de santé. Cela s'apparente à du re-engineering d'organisation.

Unger (2000) s'appuie sur les modèles de Mintzberg et propose un re-engineering de la pyramide sanitaire pour adopter un modèle hybride qu'il appelle 'adhocratie divisionnalisée'. Il combine la mise en réseau de différents systèmes de santé de districts sans perdre pour autant le contrôle des missions par l'Etat. Unger considère que c'est une forme d'organisation adaptée à l'expérimentation de solutions créatives aux problèmes locaux, qu'il tient pour essentiel pour les systèmes de santé. L'auteur reconnaît cependant en conclusion que la reconfiguration organisationnelle représente un défi. Il est douteux d'imaginer que l'on puisse reconfigurer une organisation de façon planifiée. En effet c'est le jeu des forces sociales internes (stratégies des acteurs et luttes de pouvoir) et des facteurs de contingence internes (propre à l'organisation) et externes (propre à l'environnement organisationnel) qui détermine la configuration finale (Pichault & Nizet 2000a). C'est en tout cas la façon dont nous comprenons le travail de Mintzberg, et sa construction de ce qui s'apparente à une théorie explicative du fonctionnement des organisations. Une telle théorie des organisations est plus *inspiratrice* que prescriptive du changement.

Le NHS, propose quatre stratégies pour amener le changement de sa culture organisationnel et sortir de la bureaucratie: le développement organisationnel; l'apprentissage organisationnel et l'organisation apprenante; la recherche action; et le management des projets (Davies & Nutley 2000; Iles & Sutherland 2001). **Le développement organisationnel** repose sur l'idée que les changements organisationnels surviennent en conséquence de changements dans la façon de concevoir leur travail par les individus. Le développement organisationnel planifie et met en oeuvre des interventions qui visent à modifier le comportement individuel depuis des perspectives variées. **L'organisation apprenante** opérationnalise le concept d'apprentissage en double boucle. Le plus souvent l'apprentissage consiste à résoudre les problèmes au fur et à mesure de leur survenue et d'en conserver la mémoire. On 'répare' la chaîne de fabrication. C'est *l'apprentissage en simple boucle*. On peut aussi, tout en résolvant les problèmes, identifier comment, pourquoi et dans quelles conditions les problèmes surviennent, autrement dit, quelles sont les caractéristiques propres à l'organisation qui les ont fait apparaître. Il s'agit ensuite de transformer l'organisation pour qu'ils ne surviennent plus. C'est *l'apprentissage en double boucle*. Enfin, étape

ultime, l'organisation se structure autour de ce processus d'apprentissage assurant ainsi sa transformation continuelle et visant l'excellence : on parle *d'organisation apprenante*. **La recherche action** consiste à permettre aux acteurs de mettre en œuvre des changements tout en les étudiant de façon systématique. Ils collectent des données pour vérifier les hypothèses qui guident le changement.. **Le management de projets** est d'une inspiration un peu différente. Il s'agit de s'assurer que sur une durée déterminée et avec des ressources fixées, on va atteindre des objectifs précis, chiffrés. Le paradigme dans lequel toute cette transformation se situe est explicitement celui des systèmes complexes. Il s'agit de tirer parti du potentiel de l'organisation essentiellement à travers le partage d'expérience et la mise en réseau des expériences. Il s'agit de recréer des liens au-delà des cloisonnements bureaucratiques et professionnels.

L'Institute of Medicine (IOM) aux Etats-Unis adopte résolument dans ses documents récents le paradigme de la complexité (Institute of Medicine 2001a). Reconnaissant que le système de santé se comporte comme un système complexe, il accepte qu'il est illusoire de le diriger dans ses moindres détails. Il propose un jeu de quelques règles directrices très simples qui devraient suffire à orienter l'ensemble du système dans la bonne direction par auto-ajustement mutuel (comme le font des oiseaux dans une nuée ou les poissons dans un banc pour ne pas se heurter). L'IOM propose 6 buts et 10 principes pour refondre le système (Tableau 15). La stratégie de mise en œuvre devrait reposer sur quatre piliers: la recherche permanente de l'évidence, le recours aux technologies de l'information, la préparation des ressources humaines et l'alignement des modalités de paiement sur des impératifs de qualité (Institute of Medicine 2001b).

IOM Strategy for Reinventing the system	
Six aims for improvement	**Ten rules for redesign**
Health care should be	1. Care is based on continuous healing relationships.
1. safe	2. Care is customized according to patient needs and values.
2. efficient	3. The patient is the source of control.
3. patient-centred	5. Decision making is evidence-based.
4. effective	6. Safety is a system property.
5. equitable	7. Transparency is necessary.
6. timely	8. Needs are anticipated.
	9. Waste is continuously decreased.
	10. Cooperation among clinicians is a priority.

Tableau 15: les 6 buts et les 10 principes de refonte du système de santé américain proposés par l'IOM

Mintzberg analyse les modalités d'organisation de la puissance publique (Mintzberg 1996). Suivant son habitude, il construit une typologie des modalités d'organisation de l'Etat. Il montre les limites du modèle du gouvernement – machine (*Government-as-Machine Model*) dominé par la règle et les standards pour éviter l'arbitraire, les jeux politiques et la corruption. Ce modèle s'est révélé longtemps fiable et stable mais il manque de souplesse et se révèle incapable de laisser place à l'initiative individuelle. Mintzberg montre également les limites du modèle *Performance-control' Model* qui sépare les fonctions, assigne des objectifs et mesure les performances (très similaire au modèle du *New Public Management*). Il considère que ce modèle, insistant à l'excès sur le planning et la mesure de performance, finit par renforcer le contrôle hiérarchique jusqu'au niveau des microstructures où la responsabilité des managers est engagée sur des objectifs très impersonnels. Tout ceci finalement conduit à la réinstauration du modèle mécanique préexistant et finit par inhiber l'initiative à force de concentrer l'effort sur les indicateurs de performance. L'exemple que nous avons cité plus haut à propos de la réforme budgétaire en Afrique du Sud l'illustre parfaitement (Penn-Kekana *et al.* 2004). Mintzberg considère que pour orienter des systèmes constitués au plus haut point d'interactions sociales, il faut reconnaître l'intérêt du contrôle normatif, c'est-à-dire enraciné dans les valeurs et internalisé par les acteurs. Mintzberg

n'est pas prescriptif: '*there is no one best model, we currently function with all of them*'. Mais considérant les systèmes de santé ou d'éducation, il considère qu'il faut un renforcement du modèle normatif (*Normative-control Model*), et qu'il faut libérer les professionnels à la fois du contrôle direct par la bureaucratie de l'Etat et des pressions trop étroites du marché.

Professionnalisme, réseaux informels: la dimension sociale complémentaire aux dimensions bureaucratique et économique, le contrôle par les valeurs internalisées complémentaire au contrôle par la règle et par la compétition

Lipsky (Hudson 1997; Lipsky 1980), à partir de sa théorie de la *street level bureaucracy*, évoquée plus haut, considère que les tentatives de responsabilisation avec ces nouveaux systèmes de mesure de performance et les nouveaux mécanismes de contrôle vont sans doute échouer en raison de la plasticité des mécanismes d'adaptation et de contournement des *street level bureaucrats*. Il suggère plutôt de changer les structures et le contexte du travail en optant d'un côté pour le renforcement du professionnalisme qui permet d'organiser le contrôle au sein même des groupes de professionnels, et d'un autre côté de renforcer l'influence des citoyens en les considérant comme un groupe de référence au lieu de simples clients à servir.

Freidson et l'idéal-type du professionnalisme

Freidson tire une conclusion similaire à partir d'un raisonnement différent et va plus loin dans son opérationnalisation. Il constate que les systèmes de santé sont structurés autour de trois pôles: l'idéal-type de la bureaucratie, défini par Weber; l'idéal-type du marché, défini par Adam Smith, et l'idéal-type professionnel. L'idéal-type du marché considère que l'homme poursuit son intérêt et qu'il maximise l'utilité de sa dépense, tout ou presque pouvant être exprimé en unités monétaires. Nous en avons évoqué plus haut les diverses nuances. Dans l'idéal-type rationnel – légal, représenté par la bureaucratie administrative, l'employé est lié à la mission et à la réussite de l'entreprise par une relation contractuelle qui le protège du contrôle arbitraire de son employeur. L'employé est libre, il se soumet volontairement aux règlements et procédures explicites établies par l'organisation, et contrôlées par des supérieurs hiérarchiques eux-mêmes liés par un contrat formalisé (Weber 1947; cité dans Weber 1997). Freidson rappelle les limites de ces deux idéaux-types pour la régulation des soins de santé et en particulier des relations entre le corps médical et la société et entre les médecins et les patients. Il construit alors par contraste l'idéal-type professionnel (Freidson 2001). L'idéal-type professionnel repose sur le constat que la nature de l'acte médical et son recours à des connaissances et des techniques très spécialisées, qui doivent être adaptées à chaque circonstance, justifient l'octroi d'une autonomie considérable aux professionnels de santé. Du fait de la spécialisation des connaissances nécessaires à apprécier le bien fondé d'un acte médical, et de la complexité de la prise de décision, le contrôle du travail incombe à la profession (contrôle par les pairs) plutôt qu'aux clients ou aux managers. En contrepartie de cette autonomie, il est attendu des professionnels d'une part qu'ils garantissent leur compétence et d'autre part qu'ils s'engagent en toute circonstance à placer l'intérêt de leur patient avant leur propre intérêt. Freidson construit ainsi un idéal-type. Un idéal-type n'existe pas dans la réalité, c'est un modèle théorique qui permet d'observer le présent et d'orienter les évolutions futures. Il ne peut constituer le mode unique de régulation de la profession médicale et par extension des systèmes de santé. La régulation relève d'un équilibre entre différents pouvoirs et contre-pouvoirs. En revanche pour Freidson, les privilèges, les responsabilités et les devoirs accordés et attendus de la profession selon l'idéal-type professionnel ont une base rationnelle, peuvent être justifiés et légitimés. Il se démarque en cela d'un autre courant de la sociologie des professions qui affirme que les privilèges accordés aux professionnels (les médecins, les avocats) reflètent en fait une stratégie de pouvoir victorieuse d'un groupe de travailleurs pour convaincre le public et surtout l'Etat qu'ils devraient relever d'un mode de régulation autonome.

Le modèle professionnel est-il transposable en Afrique ?

Nous avons vu que le modèle de l'organisation mécaniste est largement prédominant dans les systèmes de santé en Afrique et qu'il procède de l'histoire. Le modèle du marché émerge avec le développement du secteur privé mais également dans le secteur public sous l'influence du *New*

Public Management. Le modèle professionnel est en revanche largement absent (en dehors de l'Afrique du Sud, où c'était le modèle de référence pour la médecine générale de la population blanche du temps de l'apartheid). Depuis une dizaine d'années, le secteur privé connaît un essor en Afrique. Il revendique le modèle professionnel pour sa régulation. L'existence d'une régulation professionnelle en Afrique, avant même de parler de son efficacité, reste cependant à démontrer. Un modèle de régulation accouché par l'histoire et résultant d'une longue confrontation entre un groupe professionnel et l'Etat peut-il être planifié et construit en quelques années et dans un contexte totalement différent ? Le doute est permis. On ne refait pas l'histoire. Est-ce à dire qu'il n'est pas pertinent en Afrique et qu'il ne pourrait émerger ? Le modèle 'professionnel' et ses valeurs, qui met l'accent sur l'autonomie dans la prise de décision au service de l'intérêt du patient dans une relation de confiance, apporterait pourtant une réponse aux limites constatées du modèle bureaucratique (autonomie de décision limitée, pauvreté des relations médecin-malade) et aux dérives potentielles du modèle commercial (conflit d'intérêt difficile à maîtriser en raison de l'asymétrie d'information[45], risque de dérives mercantiles). La déontologie et l'éthique, constitutives du modèle, apporteraient un cadre pour gérer les conflits d'intérêt que le modèle commercial risque d'exacerber. Mais il serait illusoire d'imaginer qu'il suffirait qu'il existe des organismes professionnels à qui l'on pourrait confier une fonction de contrôle, pour que se manifestent les valeurs du professionnalisme et les avantages qui en sont attendus. Le contrôle professionnel s'exerce plus sous la forme d'un contrôle social que sous la forme d'un contrôle de type administratif. La régulation issue d'un modèle professionnel est avant tout le produit de l'internalisation de normes de comportement sous la pression conjuguée du public et des groupes de pairs. Il émerge d'un long processus de socialisation des professionnels, qui commence dès l'enfance lorsque l'on fait l'expérience d'une première visite du médecin de famille et se poursuit lors de l'apprentissage du métier au contact de ses pairs et des patients[46]. En l'absence d'un modèle de référence existant et largement répandu, et qui permette un ancrage identitaire, ce phénomène est beaucoup plus difficile à reproduire. Seul un processus social complexe, difficilement planifiable, pourrait faire émerger un modèle authentique et efficace de régulation professionnelle.

L'expérience malienne des médecins de campagne: émergence d'un professionnalisme ?

L'expérience du Mali est intéressante à cet égard (Dugas & Van Dormael 2003a). A la fin des années 1980, l'excès de médecins arrivant sur le marché du travail, la baisse drastique du recrutement des médecins dans la fonction publique, la légalisation de la pratique privée et une politique de santé encadrant le développement de centres de santé communautaires CSCOM (formations sanitaires privées, à gestion communautaire) a représenté une opportunité pour l'émergence du concept de 'médecin de campagne'. Avec l'appui d'une ONG française, *Santé Sud*, de l'école de médecine et de la coopération française, un puis deux puis dix-neuf et aujourd'hui une soixantaine de médecins travaillent au premier échelon de soins en milieu rural et se reconnaissent comme médecin de campagne. Le scepticisme et les résistances des promoteurs du modèle alternatif, celui des CSCOM (à certains égards, complémentaire) ont joué un rôle d'aiguillon: les promoteurs du modèle des médecins de campagne devaient apporter la preuve que des médecins exerçant en privé[47], défendant jalousement leur autonomie vis-à-vis de l'Etat, seraient capables de contribuer aux objectifs de santé publique, n'abuseraient pas de leur autonomie en s'engageant dans des dérives mercantiles au détriment des patients, et seraient

[45]Certains arguent que l'asymétrie d'information se réduit avec les technologies de l'information et l'Internet. On peut cependant objecter qu'il s'agit surtout d'un déplacement de cette asymétrie. L'abondance d'information tue l'information: l'asymétrie n'est plus dans l'accès à l'information, il est dans la capacité à gérer la surabondance d'information. A ce jeu, il n'est pas sûr que les patients soient gagnants face aux possibles manipulations des compagnies pharmaceutique et des entreprises de technologies médicales.

[46] A cet égard la littérature sur la formation médicale critique à juste titre le modèle d'enseignement des futurs médecins à l'hôpital qui véhicule beaucoup plus le modèle 'pasteurien' des 'beaux diagnostics' au détriment du modèle biopsychosocial que chaque jeune médecin doit reconstruire sur le tas avec plus ou moins de bonheur ou de frustration (Dujardin 2003).

[47] Les statuts étaient en fait très variables: certains étaient employés salariés du comité de gestion d'un centre de santé communautaire (CSCOM), d'autres étaient contractuels mais gardaient leur indépendance. Le paiement à l'acte représentait une part plus ou moins importante selon les cas. Enfin certains médecins fonctionnaient sous un statut privé lucratif

capables de maintenir leurs compétences. Dugas et Van Dormael (2003b) mettent en évidence des comportements différents lorsque ce sont des médecins de campagnes qui sont impliqués dans les soins au lieu d'infirmiers. Les différences portent finalement moins sur l'offre de soins que sur l'autonomie dont font preuve les médecins et sur les modes relationnels qu'ils établissent avec leur patients, leurs collaborateurs et subordonnés, et les autorités sanitaires auxquelles ils sont tenus de rendre compte comme toute formation sanitaire. Les auteurs notent également que cette 'résistance' des médecins de campagne à la mise en oeuvre de la politique sectorielle montre la relative souplesse du système de santé malien qui a autorisé des initiatives et des variantes permettant une meilleure adaptation et appropriation. Des visites récentes[48] montrent qu'aujourd'hui ces médecins de campagne sont résolument engagés dans la formation de jeunes médecins à la médecine de campagne, et qu'ils ont mis en place un système de supervision par des collègues, ayant eux-mêmes été médecins de campagne. Cette supervision qui ne peut pas être hiérarchique (il n'y a pas de relation hiérarchique entre le médecin de campagne et l'organisation professionnelle qui opère la supervision) se révèle d'une nature très différente de la supervision traditionnelle. Elle correspond à la supervision par les pairs et réalise, de fait, la supervision 'facilitante et formative' toujours recommandée mais très rarement pratiquée. Compétence, contrôle par les pairs, autonomie, trois mots clés qui témoignent de l'émergence d'une identité professionnelle du médecin de campagne et qui correspondent à des valeurs du professionnalisme. Quel sera l'avenir, quelles leçons retenir pour d'autres contextes? Que s'est-il réellement passé, quelle est la réalité de l'émergence du professionnalisme et quels sont les éléments et les circonstances qui l'ont permise ? Quel a été le rôle des intervenants étrangers ? S'agit-il d'un modèle importé ? Et si c'est le cas, par quelle médiation s'est faite l'appropriation ? Tout ceci se trouve enfermé dans une 'boîte noire'. Il faudrait maintenant l'ouvrir.

Le 'réseau informel' et le contrôle par l'internalisation des valeurs pour compenser les échecs du marché et de la bureaucratie

Avec une argumentation différente de celle de Freidson, un courant d'économistes et de sociologues critique également la domination de l'opposition binaire entre marché et bureaucratie, remet en question les postulats sur lesquels repose le courant économique dominant, et suggère de reconnaître qu'existent des motivations authentiques à contribuer à l'intérêt général, enchâssées dans les relations sociales.

L'école des relations humaines de Chicago a démontré dès 1920 l'importance des phénomènes sociaux et les rôles joués par les groupes sociaux sur les comportements. Les théories de la motivation (théorie X et Y, théorie de Maslow, d' Herzberg) montrent l'importance de facteurs non économiques dans la motivation (Herzberg 2003). Les travaux de Merton, et de Crozier et Friedberg (1963; 1977a) de même que ceux de Lipsky (Hudson 1997; Lipsky 1980) montrent comment l'individu, en déplaçant les buts, distord la mécanique de la bureaucratie. Caporael (1989) remet en cause le présupposé du choix rationnel, égoïste, individualiste devant le dilemme de l'individu confronté au choix entre son intérêt individuel et l'intérêt du groupe auquel il appartient. Ouchi (1980) constate également les limites des bureaucraties et des marchés[49] pour réguler avec efficience les interactions dans les organisations et leur permettre d'atteindre leurs buts. Sa perspective est économique. Il critique la théorie de Williamson (1975; 1981) qui considère que les organisations se structurent autour de la question des coûts de transaction constituant alternativement des marchés ou des bureaucraties. Qu'il s'agisse d'améliorer la qualité (perspective assurance qualité) ou la performance du personnel (perspective gestion des ressources humaines), obtenir la coopération optimale aux buts de l'organisation est une question clé. Le problème vient du fait que les buts des individus et ceux de l'organisation ne se recouvrent que partiellement. Obtenir cette coopération va nécessiter des transactions[50]. En termes économiques, ces transactions ont un coût, l'important étant que chaque partie juge correct le résultat de la transaction. Le coût de transaction dépend d'interactions différentes selon le type d'organisation. Dans le marché, la transaction se fait autour des *prix*. Mais la valeur des services

[48] Communication personnelle S. Dugas.
[49] *Market failure* en anglais
[50] Ouchi

peut être difficile à établir (la 'qualité des soins' par exemple). Dans la bureaucratie la transaction se fait autour de la *règle* qui précise les procédures à suivre et les standards de performance à atteindre ainsi que les droits et avantages accordés en échange. Mais les règles ne peuvent couvrir toutes les situations, surtout lorsque les tâches ou les résultats sont vagues ou ambigus. La multiplication des règles ou bien le recours constant à la hiérarchie pour trancher étouffent l'organisation. Ouchi va alors plus loin et considère la *socialisation* comme un troisième mécanisme pour obtenir la coopération à moindre coût de transaction. Il utilise le terme de *clan* pour désigner ce type d'organisation où les objectifs et les comportements sont internalisés par les acteurs "*de sorte qu'il n'est plus nécessaire de les contrôler puisque le désir spontané (socialisé) des employés est de réaliser ce qui est également bon pour l'organisation"*. Pour Ouchi, "*marchés, bureaucraties, et clans représentent trois modalités différentes de transaction qui sont présentes à divers degrés dans toute organisation*". Granovetter (1985) critique la position traditionnelle utilitariste qui postule que le comportement est rationnel et individualiste et qu'il n'est que marginalement affecté par les relations sociales. Il critique également la théorie de Williamson (1975; 1981) des coûts de transactions. Il montre que l'action économique est à la fois enchâssée dans - et émergente du réseau complexe de relations sociales dont l'existence ne peut d'aucune façon être réduite à la seule utilité économique : "*there is evidence all around us of the extent to which business relations are mixed up with social ones*". Blaauw reprend ces travaux qui représentent un courant de la sociologie organisationnelle trop peu mis à contribution dans la recherche sur les systèmes de santé et les réformes du secteur santé. En soulignant l'importance des normes culturelles, des relations sociales et des réseaux informels dans la vie des organisations, ce courant met en question les postulats des approches mécanistiques et économiques (Blaauw *et al.* 2003). Blaauw *et al.* suggèrent que les approches actuelles sous-estiment la dimension socioculturelle des organisations. Mais ils mettent en garde contre une instrumentalisation simpliste dans des pratiques managériales visant à motiver ou forcer à plus de coopération qui pourraient s'apparenter à de la manipulation. Si les réseaux sociaux informels facilitent la coopération, leur création ne relève pas d'une décision administrative déconnectée d'une dynamique sociale: '*Tackling the software of health sector reform is difficult and requires participative and developmental approaches rather than technical or structural solutions*'. Constatant que le new public management représente un virage de l'organisation hiérarchique vers les mécanismes du marché, ils font remarquer qu'il n'existe pas beaucoup d'évidence qu'il s'agisse de la réponse correcte aux problèmes posés par la bureaucratie. Ils proposent une troisième dimension qui repose sur la reconnaissance des réseaux sociaux informels dont le fonctionnement repose sur la confiance et suggèrent que le développement de bureaucraties construites sur la confiance pourrait se révéler plus efficace pour améliorer les performances du système de santé que la privatisation ou la 'corporatisation' des services publics. Ils reconnaissent qu'il ne s'agit pas d'un exercice simplement technico - économique mais aussi socio - culturel. A propos de la gestion des ressources humaines, Marchal et Kegels sont sur la même ligne lorsqu'ils recommande '*Manage People, not resources*' (Marchal & Kegels 2003).

Nous voyons se dessiner une convergence au fil de cette discussion entre tous ces modèles alternatifs: le modèle 'professionnel' de Freidson, le *Normative Control Model* , basé sur les valeurs internalisée de Mintzberg ou le modèle des réseaux sociaux informels identifié par Blaauw. Tous font le constat que ni le marché ni la bureaucratie, ni les postulats qui les inspirent, ne suffisent pour expliquer les comportements dans les organisations ou pour emporter la conviction lorsqu'il s'agit de réformer le système de santé et d'orienter la contribution de ses acteurs à sa mission d'intérêt public. La logique de la bureaucratie repose sur le contrôle du respect de la règle, celle du marché repose sur la compétition et l'individualisme. La première postule que les individus sont prêts à contribuer à la mission d'une organisation par un contrat librement consenti mais qui ne les engage pas au-delà de l'exécution de tâches précises et qui donne lieu à rétribution. Le second postule que l'individu est prêt à contribuer à la mission d'une organisation à la condition que cette contribution serve d'abord ses intérêt personnels, y compris si cela implique une coopération qui serve aussi les intérêts d'autres individus. Le postulat commun revient à considérer que l'individu n'est pas altruiste et que par conséquent on ne peut pas faire confiance à sa bonne volonté pour contribuer à une mission d'intérêt général.

Les modèles alternatifs que nous avons passé rapidement en revue reposent sur le contrôle internalisé des normes reposant sur des valeurs partagées. Ces modèles réfèrent à l'étique et à la

déontologie. Ils ont pour dénominateur commun de reposer sur la **confiance**: confiance dans le médecin qu'il n'utilisera pas le pouvoir que lui confère son savoir pour abuser les intérêts de son patient ou de la collectivité; confiance dans l'engagement des agents du service public de privilégier l'intérêt général sur leur intérêt personnel. Au fond il s'agit de revaloriser l'éthique et la déontologie. Ethique et déontologie médicale tout comme éthique et déontologie du service public. Cette proposition peut paraître très angélique. Cependant les exemples sont aussi très nombreux de situations où des personnels de santé ont fait preuve d'une abnégation et d'un engagement remarquable sans aucune contrepartie sinon le sentiment de contribuer à un résultat qui les grandit. Plus généralement, comme le rappelle d'ailleurs Mintzberg, les services public français et anglais ont longtemps véhiculé ce qu'aujourd'hui l'on déclare à jamais perdu: le sens du service public [51]. Dans le monde médical, la déontologie a surtout été transmise de maître à élève. Aujourd'hui, on parle de plus en plus de l'intégrer dans l'enseignement. Sans écarter la règle, indispensable à la vie en société, ni se priver du stimulant très puissant de la quête du profit personnel, ils serait regrettable d'étouffer tout comportement altruiste en le marquant du sceau du soupçon. La valorisation systématique du profit individuel et la marchandisation des relations, y compris à l'intérieur de l'organisation, risque en effet de décourager définitivement toute velléité altruiste, tournant la théorie de l'homo-economicus en une prophétie autoréalisatrice[52].

(Re)construire la confiance dans les services de santé

Si l'on accepte que ni le marché ni la bureaucratie ne peuvent tout et qu'il restera des domaines où la meilleure garantie de qualité repose sur la confiance, alors il faudra identifier les domaines où elle doit être développée et surtout comment le faire, tâche d'autant plus ardue dans des contextes ou le service public, hérité de la colonisation, n'a pas cette tradition.

Gilson (2003) constate que nombre des défis posés aux systèmes de santé sont des problèmes de relations et de comportement. Elle remarque que l'analyse des politiques sanitaires fait traditionnellement peu appel à la littérature qui étudie ces questions. Elle note pourtant dans cette littérature que la **confiance** et son potentiel pour favoriser la coopération entre les gens autour d'un but commun est au centre des préoccupations. Pour Gilson, la particularité de la confiance est d'offrir une alternative à l'individualisme qui a orienté l'analyse des politiques publiques ces dernières années. S'appuyant sur cette littérature, elle commence par reconnaître que les systèmes de santé ne sont pas un simple espace de règles et d'organisations qu'il suffirait de réécrire et de reconfigurer suivant des règles simples, évidentes et universellement acceptées, mais qu'ils représentent des institutions socio-politiques dont la complexité doit être reconnue. Du fait de cette complexité il est essentiel de renforcer la légitimité de l'action de l'Etat dans les systèmes de santé car l'Etat y joue partout un rôle central, quels que soient par ailleurs leurs modes de financement. Pour établir cette légitimité il faut absolument créer (ou restaurer) la confiance dans l'Etat et les agences qui agissent en son nom. La confiance n'est pas donnée pour acquis et résulte d'un processus de négociation qui doit être activement engagé. Il entraînera certainement des résistances au niveau des *Street level Bureaucrats*. Faire confiance signifie aussi que l'on confie des responsabilités dont il faut rendre des comptes, ce là vaut dire que l'on doit assumer ses initiatives. Il s'agit là d'un paradigme fort différent de la simple application de la règle ou de son détournement réglementaire.

Gilson identifie trois niveaux d'action pour (re)construire la confiance.

> Il faut d'abord améliorer les relations entre employeurs et employés, entre secteur privé et public, et plus particulièrement entre les patients et les prestataires de soins, avec comme orientation principale la (re)construction de relations interpersonnelles

[51] Face à l'accroissement spectaculaire des risques posés par la croissance non moins spectaculaire des avancées technologiques dans la santé, on prend conscience aujourd'hui de la faiblesse des mécanismes de contrôle des pratiques médicales qui existaient jusqu'à présent. Rétrospectivement, l'absence d'abus généralisés et le nombre somme toute réduit de vrais charlatans témoigne pourtant d'une certaine efficacité du modèle de contrôle professionnel. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'il soit adapté aujourd'hui et qu'il ne doive pas être renouvelé (Irvine 1999).

[52] Robert Merton, dès 1948, a dénommé prophétie autoréalisatrice (*self-fulfilling prophecy*) la capacité qu'auraient les croyances (ou les attentes) d'une personne à l'égard d'une autre, à transformer les comportements de celle-ci de manière conforme aux attentes originelles de la première: une définition erronée de la situation suscite un nouveau comportement qui rend vraie la conception initialement fausse

basées sur la confiance. Dujardin (2003) montre l'ampleur de la tâche mais propose également des solutions. Il faut certainement se rapprocher des attentes, diverses et potentiellement contradictoires, des patients et des communautés, plutôt que de se concentrer exclusivement sur quelques problèmes de santé prioritaires retenus au niveau international parce que la concentration des interventions fera baisser plus rapidement et à moindre coût les chiffres globaux de mortalité[53] (Unger & Killingsworth 1986; Walsh & Warren 1979). Il faut également travailler sur la relation médecin (infirmier) - malade. La méthode clinique centrée sur le patient offre un cadre conceptuel particulièrement prometteur (Fehrsen & Henbest 1993; Henbest 1989; Henbest & Fehrsen 1992; Levenstein *et al.* 1986; McCracken *et al.* 1983; Mead & Bower 2000). Il appartient au domaine de la médecine de famille dont la pertinence pour les services de santé de premier échelon doit être mieux explorée et testée (Dugas & Van Dormael 2003b; Unger *et al.* 2002). Cependant l'ampleur de la tâche ne doit pas être sous-estimée. Nous avons nous-mêmes recensé les multiples contraintes et proposé des pistes pour développer les soins centrés sur le patient en Afrique (Blaise *et al.* 2001; Blaise 2001; Blaise 2004).

Il faut ensuite promouvoir un mode de management favorable à des relations de confiance en multipliant les opportunités d'interactions entre les gens, en laissant suffisamment de place à des attitudes centrées sur la personne, en reconnaissant l'engagement personnel et en favorisant le dialogue sans préjugés.

Il faut enfin qu'un processus politique permette l'avènement de normes sociales nouvelles favorables au développement de telles pratiques, et restructure en conséquence les relations au sein des systèmes de santé.

Conclusion

Notre évaluation réaliste des projets qualité dans les systèmes de santé en Afrique a montré leurs limites sur le long terme pour transformer les systèmes de santé en dépit de leur ambition de mettre la qualité au cœur des processus de management de l'organisation. La démarche qualité portée par ces projets visait d'une part à assurer la conformité aux normes et procédures définies par le système de santé et ses programmes et d'autre part améliorer le fonctionnement du système de santé grâce à la remise en question systématique des pratiques, à la mise en œuvre de changements innovateurs et à la coordination des acteurs par le travail en équipe favorisant les relations fonctionnelles non hiérarchisées. Même si cela a pu être largement réalisé dans le cadre des projets, force est de constater que l'architecture du système de santé n'a pas été remise en question. Il est resté structuré autour du contrôle hiérarchique, et tolérant l'innovation tant qu'elle se déroule à l'abri d'un projet mais contestant sa légitimité dans le cadre normal du fonctionnement du système. L'idéal du *Total Quality Management* ne s'est donc pas réalisé. Si la pertinence de la démarche qualité et de ses différentes approches n'est pas remise en question quant à son potentiel pour améliorer les pratiques de soins et de management, en revanche sa capacité à agir, seule, comme un moteur de transformation de l'organisation afin qu'elle adopte la 'culture qualité' est fortement mise en doute.

Nous avons discuté le potentiel de l'approche réaliste que nous avons suivie pour étudier l'interaction entre l'introduction de la démarche et le système de santé. Elle a permis d'identifier des lignes de forces communes dans différents contextes. Elle s'est révélée particulièrement adaptée à l'interprétation d'interactions dans des systèmes complexes. Elle montre cependant ses limites en raison de la nécessaire réduction de la complexité dans des modèles forcément imparfaits.

Nos observations, malgré ces limites, ont mis en lumière la synergie indispensable entre les démarches qualité et la transformation organisationnelle: une culture favorable à la démarche qualité est un préalable à son introduction **et** le management de la qualité contribue au

[53] Nous ne voulons pas dire que ces problèmes ne sont pas prioritaires, ou qu'il ne faudrait pas identifier de priorités. Nous voulons signifier que les priorités sont relatives, et que le processus d'établissement de ces priorités ne devrait pas être confisqué par les agendas internationaux et devrait mieux impliquer les patients et les communautés.

changement de culture. Ce constat souligne la nécessité de réformer les systèmes de santé et de relativiser l'importance du contrôle bureaucratique, qui paralyse l'innovation et empêche l'adaptation du service aux attentes des patients. Nous avons passé en revue les alternatives proposées pour la transformation du système de santé. L'évolution vers l'organisation apprenante, décentralisée, flexible et réflexive fait l'objet d'un consensus large et justifie les approches prônées par la démarche qualité et expérimentées dans les projets. En revanche, la logique du projet pilote si elle permet la démonstration pour emporter la conviction, ne semble pas une stratégie suffisante pour faire évoluer le système.

Il semble crucial de développer une alternative à la régulation bureaucratique des systèmes de santé si on veut que la culture qualité puisse émerger. Nous avons discuté les différentes stratégies possibles à cet effet. Le '*New Public Management*' est aujourd'hui la stratégie qui s'impose partout. Nous avons rappelé ses postulats économiques fondateurs pour constater qu'ils considèrent les comportements humains comme essentiellement guidés par l'individualisme et le profit personnel. Nous avons constaté qu'ils négligent la dimension sociale des comportements humains, enchâssés dans le réseau complexe de relations sociales dont l'existence ne peut d'aucune façon être réduite à la seule utilité économique. Le mode de régulation du marché ne peut donc prétendre être la seule alternative au contrôle bureaucratique. En nous appuyant sur les travaux récents dans le domaine des comportements sociaux, nous avons considéré qu'à côté de la régulation bureaucratique, qui reste indispensable, et de celle du marché, justifiée dans un grand nombre de cas, il ne faut pas négliger le potentiel de l'internalisation des comportements autour de valeurs partagées reposant sur la déontologie et l'éthique. La promotion du professionnalisme est une piste insuffisamment explorée.

Des approches alternatives au contrôle bureaucratique et à l'individualisme économique devront reposer sur la confiance. Mais il faudra construire la confiance. Pour cela il faudra travailler à la fois sur les relations entre prestataires et patients au sein même de l'acte médical, afin qu'il soit centré sur le patient, et sur l'environnement dans lequel cet acte médical prend place, afin qu'il laisse s'épanouir les initiatives d'amélioration.

Nous laisserons les mots de la fin à Donabedian qui a dédié sa vie professionnelle à l'assurance qualité:

> *Dans mon esprit la condition primordiale pour le succès de l'assurance qualité est la détermination. Si nous sommes réellement engagés, n'importe quelle méthode, si elle est raisonnable, marchera. Dans le cas contraire le plus sophistiqué, le plus élégant des mécanismes échouera. (Donabedian 2001b)*

Références

Références

2000. BMA wants open debate on regulation of doctors *BMJ* ; **320:** 720.

Al-Assaf A, 2001a. Lessons in sustaining health care quality. In *Health Care Quality. An international perspective*, Al-Assaf A (ed); World Health Organisation: New Delhi, 133-142.

Al-Assaf A, 2001b. Quality Improvement: Tools and Methods. In *HealthCare Quality. An International Perspective*, Al-Assaf A (ed); World Health Organisation: New Delhi, 55-80.

Anderson BG, 1992. Quality jargon: what's all the fuss? *Australian Clinical Review* ; **12:** 175-181.

Appleby J, Thomas A, 2000. Measuring performance in the NHS: what really matters? *BMJ* ; **320:** 1464-1467.

Arce HE, 1998. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health [editorial] *Int J Qual Health Care* ; **10:** 469-472.

Armstrong M, Baron A, 1998. Critique of performance management. In *Performance Management*, Armstrong M, Baron A (eds); Institute of Personnel and Development: London, 85-100.

Askov K, MacAulay C, Miller Franco L, Silimperi D, Van Zanten Veldhuyzen T. 2000. *Institutionalisation of Quality Assurance. Project report published for USAID by the Quality Assurance Project.* Quality Assurance Project, Center for Human Services.: Bethesda.

Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F, 1999. A model for clinical governance in primary care groups *BMJ* ; **318:** 779-783.

Balique H, Ouattara O, Iknane AA, 2001. [Ten years experience in Mali community health centers] *Santé Publique* ; **13:** 35-48.

Baltussen R, Y Y, Haddad S, Sauerborn R, 2002. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso *Health Policy Plan* ; **17:** 42-48.

Beecham L, 2001. BMA supports GPs' quest for new contract *BMJ* ; **323:** 70.

Beghin I, Eusebio J, Van der Stuyft P, Kusin J, 1991. Evaluation des aspects nutritionnels d'un projet de développement rural aux Philippines: aspects méthodologiques. In *Alimentation et nutrition dans les pays en développement; 4es Journées Scientifiques Internationales du GERM, Spa (Belgique) 23- 29 avril 1989*, Lemonnier D, Ingenbleek Y, Hennart P (eds); ACCT AUPELF Karthala: Paris Montréal Paris, 83-87.

Berwick DM, 1989. Continuous improvement as an ideal in health care *N Engl J Med* ; **320:** 53-56.

Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP, 1992. Quality management in the NHS: the doctor's role--I *BMJ* ; **304:** 235-239.

Berwick DM, 1998. Developing and Testing Changes in Delivery of Care *Ann Intern Med* ; **128:** 651-656.

Berwick DM, Nolan TW, 1998. Physicians as Leaders in Improving Health Care: A New Series in Annals of Internal Medicine *Ann Intern Med* ; **128:** 289-292.

Blaauw D, Gilson L, Penn-Kekana L, Schneider H. 2003. *Organisational relationships and the 'software' of health sector reform. Working paper 23,* Disease Control Priorities Project (DCPP): Bethesda.

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.* COTA asbl: Bruxelles.

Blaise P, 2001. Remettre la relation au coeur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins *Bulletin de l'Institut de Recherche pour le Développement* 175-183.

Blaise P, 2004. Patient-Centred Care in African Health Services: The Neglected Agenda [abstract]. In *International Society for Quality in Health Care's 21st International Conference 'Patient Central'. Amsterdam RAI, 19 to 22 October 2004. Conference programme and abstracts*, ISQua (ed); Amsterdam, 132.

Blaise P, Kegels G, 2001. Mintzberg, organisation's configuration and quality management in health care. In *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, 25-41.

Blaise P, Kegels G, 2002. Quality management in health care systems in Africa: one concept, many faces, contrasted results. An analysis of three case studies from Africa. In *Quality in higher education, health care and local government. 5th Toulon Verona Conference. ISEG, 19-20 September 2002. Conference Proceedings*, European Society of Organisational Excellence (ESOE): Lisbon.

Blaise P, Kegels G, 2003. Managing change in bureaucratic health care organisations. A case study of a quality improvement project in Zimbabwe. In *Proceedings of the 6th "Toulon-Verona" Conference 'Quality in Higher Education, Health Care, Local Government', Oviedo, Spain, 10-11-12 September 2003*, 265-273.

Blaise P, Kegels G, 2004. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models *Int J Health Plann Manage* ; **19:** 337-364.

Blaise P, Kegels G, Criel B, 2001. Child-centred care in African health care systems: why is there so little of it? And what can be done? In *Promoting growth and development of under fives. Proceedings of the International Colloquium, Antwerp 28,29,30 November 2001*, Kolsteren P, Hoeree T, Perez-Cueto E (eds); ITGPress: Antwerp, 200-221.

Blaise P, Sahel A, Afilal R, Wahid A, Boffin N, Kegels G, 2004. Ten years of quality projects and their effect on the organisational culture of the Morrocan health care system. In *7th "Toulon-Verona" Conference 'Quality in services Higher Education, Health Care, Local Government' Toulon, France, 2-3 September 2004*, Univerité du Sud Toulon-Var: Toulon, 255-270.

Blaise P, Zayyoun A, De Brouwere V, Kegels G, 2003. Addressing the unmet needs of management teams in Morocco. The potential of scientific guidance to breach bureaucratic constraints to quality improvement. [poster]. In *International Society for Quality in Health Care 21st International Conference: 'Rewarding results, two decades of continuous improvement', Dallas, USA, 2-5 November 2003*, Dallas.

Bloor G, 1999. Organisational culture, organisational learning and total quality management: a literature review and synthesis *Aust Health Rev* ; **22:** 162-179.

BMA. 2002. *The New General Medical Services Contract 2003. Investing in General Practice.* British Medical Association: London.

Bohigas L, Heaton C, 2000. Methods for external evaluation of health care institutions *Int J Qual Health Care* ; **12:** 231-238.

Boissier Rambaud C, Champion Daviller MN, Nebesarova J, Barbin B, Fessler JM, 1998. Les ordonnances. In *Hôpitaux, Cliniques: De l'accréditation à la qualité. Accréditation, Gestion des risques, Normalisation, Assurance de la qualité, Certification.*, 2nd edn, Editions Lamarre: Velizy, 17-25.

Bonami M, de Hennin B, Boqué JM, Legrand JJ. 1993. *Management des systèmes complexes. Pensée systémique et intervention dans les organisations.* 1st edn, DeBoeck Université: Bruxelles.

Boqué JM, 1993. Une démarche de modélisation: les configurations organisationnelles. In *Management des systèmes complexes. Pensée systémique et intervention dans les organisations*, Bonami M et al. (eds); 1st edn, DeBoeck Université: Bruxelles, 65-79.

Borredon L, Roux-Dufort C, 1998. Pour une organisation apprenante: la place du dialogue et du mentorat *Gestion* ; **23:** 42-52.

Bouchet B, Boucar M, Edson W, Kelley E, Abdallah H, Ovretveit J, 2002a. Improving quality through microprojects: can developing countries do better ? [abstract]. In *19th International conference of the international Society for Quality in Health Care, Unesco Headquarters, Paris, 5-8 November 2002. Conference Program & Abstracts.*, International Society for Quality in Health Care: Paris.

Bouchet B, Fransisco M, Ovretveit J, 2002b. The Zambia Quality Assurance Program: successes and challenges *Int J Qual Health Care* ; **14:** 89-95.

Brugha R, Varvasovszky Z, 2000. Stakeholder analysis: a review *Health Policy Plan* ; **15:** 239-246.

Buetow SA, Roland M, 1999. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care *Qual Health Care* ; **8:** 184-190.

Burton C, 2002. Introduction to complexity. In *Complexity and health care. An Introduction*, Sweeney K, Griffiths F (eds); Redcliffe Medical Press Ltd: Oxon, 1-18.

Campbell S, Roland M, Wilkin D, 2001. Improving the quality of care through clinical governance *BMJ* ; **322:** 1580-1582.

Campbell SM, Roland M, Buetow SA, 2000. Defining quality of care *Soc Sci Med* ; **51:** 1611-1625.

Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG, 1998. Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *J Public Health Med* ; **20:** 414-421.

Caporael LR, Dawes RM, Orbell JM, van de Kragt AJC, 1989. Selfishness examined: Cooperation in the absence of egoistic incentives *Behavioral and Brain Sciences* ; **12:** 683-739.

Carroll JS, Edmondson AC, 2002. Leading organisational learning in health care *Qual Health Care* ; **11:** 51-56.

Casalino LP, 1999. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care *N Engl J Med* ; **341:** 1147-1150.

Chabrol A, 1999. Medec: Evaluation, accréditation: le credo des professionnels de santé *Bulletin de l'Ordre des Médecins* ; **Avril 1999:** 3.

Charmaz C, 2000. Grounded theory. Objectivist and Constructivist Methods. In *Handbook of qualitative research*, Denzin NK, Lincoln YS (eds); 2 edn, Sage Publications: Thousands Oaks, 509-535.

Charvet-Protat S, Jarlier A, Préaubert N. 1997. *Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital* Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé: Paris.

Chen H, Rossi P, 2004. Issues in the Theory-driven Perspective *Evaluation and Program Planning* ; **12:** 299-306.

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* Ministry of health & Child Welfare of Zimbabwe & Medicus Mundi Belgium: Bruxelles.

Coignard S. Hormone de croissance. La filière suspecte de Pasteur. *Le Point*; 20-9-2002 70-73.

Collins C, Green A, 1994. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries *Int J Health Serv* ; **24:** 459-475.

Coulter A, 2002. After Bristol: putting patients at the centre *BMJ* ; **324:** 648-651.

Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T, 2001. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study *Fam Pract* ; **18:** 359-363.

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

Criel B, Atim C, Basaza R, Blaise P, Waelkens MP, 2004. Editorial: Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: researching the context *Tropical Medicine and International Health* ; **9:** 1041-1043.

Criel B, Van Dormael M, 1999. Mutual health organizations in Africa and social health insurance systems: will European history repeat itself? *Tropical Medicine and International Health* ; **4:** 155-159.

Criel B, Waelkens MP, 2003. Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Soc Sci Med* ; **57:** 1205-1219.

Crozier M. 1963. *Le phénomène bureaucratique* Editions du Seuil: Paris.

Crozier M, Friedberg E. 1977a. *L'acteur et le système.* 1977 edn, Editions du Seuil: Paris.

Crozier M, Friedberg E, 1977b. Organisation et culture. In *L'acteur et le système*, Seuil: Paris, 196-224.

Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R, 1995. Evidence based medicine [editorial; comment] [see comments] *BMJ* ; **310:** 1085-1086.

Davies HT, Marshall MN, 1999. Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet* ; **353:** 1639-1640.

Davies HT, Nutley SM, 2000. Developing learning organisations in the new NHS *BMJ* ; **320:** 998-1001.

Davies HTO, Nutley SM, Mannion R, 2000. Organisational culture and quality of health care *Qual Health Care* ; **9:** 111-119.

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

De Geyndt W. 1995. *Managing the quality of health care in developing countries. World Bank Technical Paper N°258* The World Bank: Washington DC.

Degeling P, Kennedy J, Hill M, 1998. Do professional subcultures set limits to hospital reform? *Clinician in Management* ; **7:** 89-98.

Delvosalle C, Lorent P, 1999. Introducing quality in universities: how necessity makes utopia becoming reality. In *TQM for Higher Education Institutions. 2nd "Toulon-Verona" conference. 30-31 August 1999. Conference Proceedings*, Baccarani C (ed); European Society of Organisational Excellence (ESOE): Verona, 3-14.

DHSM team. 1995. *District Health Services Management (DHSM) Project. Report of a seminar held at Blair Research Institute. Harare, Zimbabwe, March 30th 1995*. Medicus Mundi: Bruxelles.

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*. Medicus Mundi Belgium: Brussels.

DiPrete-Brown L, Miller Franco L, Rafeh N, Hatzell T. 1994. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries* Quality Assurance Project: Bethesda.

Donabedian A, 1966. Evaluating the quality of medical care *Milbank Memorial Fund Quarterly* ; **44:** 166-206.

Donabedian A, 1968. Promoting quality through evaluating the process of patient care *Med Care* ; **6:** 181-202.

Donabedian A, 1979. The quality of medical care: a concept in search of a definition *J Fam Pract* ; **9:** 277-284.

Donabedian A. 1980. *Exploration in Quality Assessment and Monitorig Volume1. Definition of quality and approaches to its assessment* Health Administration Press, University of Michigan: Ann Arbor.

Donabedian A, 2001a. A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand. Interview by Fitzhugh Mullan *Health Aff (Millwood)* ; **20:** 137-141.

Donabedian A, 2001b. The effectiveness of quality assurance. In *Health care quality. An international perspective*, Al-Assaf A (ed); World Health Organisation: New Delhi, 259-264.

Dorozynski A, 1995a. Foreign doctors strike over new French law [news] *BMJ* ; **311:** 1248-1249.

Dorozynski A, 1995b. France gears up to fight health insurance debts *BMJ* ; **311:** 967-968.

Dorozynski A, 1996a. French doctors may strike against reforms [news] *BMJ* ; **312:** 993.

Dorozynski A, 1996b. New battle looms for France over health reforms *BMJ* ; **312:** 9.

Dorozynski A, 1997. France launches plan to control health costs *BMJ* ; **317:** 164.

Dorozynski A, 2000. French health staff strike over budget cuts [news] *BMJ* ; **320:** 333.

Dorozynski A, 2002. French healthcare system beset by strikes *BMJ* ; **324:** 258.

Dragudi B, 2004. A day in the life of a District Medical Officer *Health Policy Plan* ; **19:** 67-68.

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* République du Niger, Ministère de la Santé: Niamey.

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.* CREDES: Paris.

Dugas S, Van Dormael M, 2003a. Chapître 5 - Les médecins de première ligne au Mali: les leçons de l'expérience. In *La construction de la médecine de famille dans les pays en développement*, ITG Press: Antwerpen, 203-214.

Dugas S, Van Dormael M. 2003b. *La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. Studies in Health Services Organisation & Policy N°22* ITG Press: Antwerpen.

Dujardin B. 2003. *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue* Karthala, Editions Charles Leopold Mayer: Paris.

Dumay JM. Sang contaminé: le fiasco judiciaire. *Le Monde*; 19-7-2002 p 11.

Durand-Zaleski I, Colin C, Blum-Boisgard C, 1997. An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France [see comments] *BMJ* ; **315:** 943-946.

Dwyer J, Jezowski T, 1995. Quality Management for Family Planning Services: Practical Experience from Africa *Cahiers Pratiques de l'AVSC* ; **7**.

Dyer C, 2000. Tighter control on GPs to follow doctor's murder convictions *BMJ* ; **320:** 331.

Edwards N, Marshall M, McLellan A, Abbasi K, 2003. Doctors and managers: a problem without a solution? *BMJ* ; **326:** 609-610.

Equipe du Projet Kasongo, 1976. Utilisation du personnel auxiliaire dans les services de santé ruraux: une expérience au Zaïre *Bull OMS* ; **54:** 625-632.

Equipe du Projet Kasongo, 1982. Stratégies de diagnostic-traitement à la consultation curative primaire. In *Santé et maladies au Rwanda*, Meheus A et al. (eds); Administration Générale de la Coopération au Développement (AGCD): Bruxelles, 217-237.

Feder G, 1994. Clinical guidelines in 1994 *BMJ* ; **309:** 1457-1458.

Fehrsen G, Henbest R, 1993. In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment *Fam Pract* ; **10:** 49-54.

Ferlie E, 2001. Organisational studies. In *Studying the organisation and delivery of health services. Research Methods*, Fulop N et al. (eds); Routledge: London, 24-39.

Ferrinho P, Omar MC, Fernandes M, Blaise P, Bughalo A, Van Lerberghe W, 2004. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy *Human Ressources for Health* ; **2**.

Filippi V, Brugha R, Browne E, Gohou V, Bacci A, de Brouwere V, Sahel A, Goufodji S, Alihonou E, Ronsmans C, 2004. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing 'near miss' obstetrical emergencies *Health Policy Plan* ; **19:** 57-66.

Fonfria J. Protection sociale Rationnement ou juste soin ? *Valeurs Mutualistes*; 4-1997 12-13.

Fontaine D, 1997a. Repères pour une modélisation systémiques des programmes de santé (Approaches for a systemic modelling of health programs) *Soc Sci Med* ; **44:** 503-517.

Fontaine D, 1997b. [Approaches for a systemic modelling of health programs] *Soc Sci Med* ; **44:** 503-517.

Franco L, Newman J, Murphy G, Mariani E. La qualité, par la résolution de problèmes et l'amélioration des processus. 1997. Bethesda, USA, Projet d'assurance de la qualité, Center for Human Science, USAID. Série sur le perfectionnement de la méthodologie d'assurance de qualité.

Frankel S, Sterne J, Smith GD, 2000. Mortality variations as a measure of general practitioner performance: implications of the Shipman case *BMJ* ; **320:** 489.

Freeman AC, Sweeney K, 2001. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study *BMJ* ; **323:** 1100-1102.

Freidson E. 2001. *Professionalism. The third logic.* The University of Chicago Press: Chicago.

Friedberg E. 1997. *Le pouvoir et la règle.* 2nd edn, Editions du Seuil: Paris.

Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N. 2001. *Studying the organisation and delivery of services. Research methods* Routledge: London.

Gale L, 1994. Five years of total quality management: Campbelltown Hospital *Aust Health Rev* ; **17:** 102-115.

Garcia A. En 1999, les dépenses d'assurance maladie ont dérapé de 11 milliards de francs. *Le Monde*; 17-2-2000 p 7.

General Medical Council. Revalidating doctors. 1-12. 2000. London, General Medical Council.

Gerowitz MB, 1998. Do TQM interventions change management culture? Findings and implications *Qual Manag Health Care* ; **6:** 1-11.

Gilley JW, Dean P, Bierema L. 2001. *Philosophy and practice of organizational learning, performance, and change* Perseus Books Group: Cambridge,MA.

Gilson L, 2003. Trust and the development of health care as a social institution *Soc Sci Med* ; **56:** 1453-1468.

Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K, 1994. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania *Soc Sci Med* ; **39:** 767-780.

Granovetter M, 1985. Economic action and social structure: the problem of embededness *American Journal of Sociology* ; **91:** 481-510.

Gray JA. 1997. *Evidence-based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions* Churchill Livingstone: London.

Grodos D, Mercenier P. 2000. *Health Systems Research. A clearer methodology for more effective action. Studies in Health Services Organisation & Policy N°15* ITGPress: Antwerpen.

Grol R, 2000. Implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research? *Int J Qual Health Care* ; **12:** 455-456.

Grol R, Grimshaw J, 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care *Lancet* ; **362:** 1225-1230.

Guélaud C. Assurance-maladie: le Haut Conseil juge prioritaire d'améliorer l'organisation et la qualité des soins. *Le Monde*; 14-1-2004 p 8.

Gupta M, 2003. A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ; **9:** 111-121.

Hackman JR, Wageman R, 1995. Total quality management - empirical, conceptual and practical issues *Administrative Science Quarterly* ; **40:** 309-342.

Haddad S, Fournier P, Machouf N, Yatara F, 1998. What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea *Soc Sci Med* ; **47:** 381-394.

Hall BJ, 2002. Incentive Strategy Within Organizations *Harv Bus Rev* 1-38.

Hall GH, 1998. Why clinical audit doesn't work. Monitoring undermines confidence in medical services [letter; comment] *BMJ* ; **316:** 1906.

Hamel J, 1998. Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie. Quelques notes et rappels *Cahiers Internationaux de Sociologie* ; **CIV:** 121-138.

Hamel J, Dufour J, Fortin D. 1993. *Case study methods* Sage Publications: London.

Haskell TL, 1997. The new aristocracy. Book review : Death of the guilds: professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present by E. A. Krause, Yale University Press, 305 pp. *The New York Review of books* ; **44:** 47-53.

Health Services Research Group, 1992. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? *Can Med Assoc J* ; **146:** 2153-2157.

Hellbruck RP, 1997. Medical guidelines: a valid and reliable management tool? *Int J Health Plann Manage* ; **12:** 51-62.

Henbest RJ, 1989. Patient-centred care: a review of the concept *S A Fam Pract* 454-463.

Henbest RJ, Fehrsen GS, 1992. Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes *Fam Pract* ; **9:** 311-317.

Herzberg F, 2003. One more time: how do you motivate employees? 1968 *Harv Bus Rev* ; **81:** 87-96.

Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F, 1998. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *BMJ* ; **317:** 862-863.

Horton R, 1998. How should doctors respond to the GMC's judgments on Bristol? [see comments] *Lancet* ; **351:** 1900-1901.

Houdart P *et al.* 2° Volet Hôpitaux et cliniques. Special maternité. Exclusif fecondation in vitro, le palamarès des 88 centres. *Science et Avenir*; 10-1998 38-55.

Houdart P *et al.* Hôpitaux. Le palmarès 2001: 550 établissements au banc d'essai, les meilleurs ville par ville pour 16 spécialités. *Le Point*; 31-8-2001 55-87.

Houdart P *et al.* Hopitaux. Le palmarès 2003. *Le Point*; 6-6-2003 76-112.

Huang P, Hsu YH, Kai-Yuan T, Hsueh YS, 2000. Can European external peer review techniques be introduced and adopted into Taiwan's hospital accreditation system? *Int J Qual Health Care* ; **12:** 251-254.

Huberac JP. 2001. *Guide des méthodes de la qualité*. 2nd edn, Maxima: Paris.

Hudelson PM, 2004. Culture and quality: an anthropological perspective *Int J Qual Health Care* ; **16:** 345-346.

Hudson B, 1997. Michael Lipsky and street level bureaucracy. A neglected perspective. In *The policy process. A reader*, Hill M (ed); 2nd edition edn, Pearson Education Limited, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf: Essex, England, 393-403.

Husser WC, 2003. Medical professionalism in the new millenium: A physician charter *J Am Coll Surg* ; **196:** 115-118.

Iles V, Sutherland K. 2001. *Managing Change in the NHS - Organisational Change A review for health care managers, professionals and researchers* National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation: London.

Institute of Medicine. 2001a. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (2001)* National Academy press: Washington D.C.

Institute of Medicine, 2001b. Formulating New Rules to Redesign and Improve Care. In *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Institute of Medicine (ed); National Academy Press: Washington, 61-88.

Irvine D, 1999. The performance of doctors: the new professionalism *Lancet* ; **353:** 1174-1177.

Irvine D, 2001. Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework *Lancet* ; **358:** 1807-1810.

Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés en Afrique de l'Ouest.* Karthala: Paris.

Jarlier A, Charvet-Protat S, 2000. Can improving quality decrease hospital costs? *Int J Qual Health Care* ; **12:** 125-131.

Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z, 1998. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services *Soc Sci Med* ; **47:** 1781-1795.

Kaplan RM, Norton DP, 1992. The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance *Harv Bus Rev* .

Kimberly J, Minvielle E, 2002. Quality as an Organisational Problem. In *Advances in Health care Organization Theory*, Mick S, Wyttenbach M (eds); Jossey-Bass: San Francisco, 205-232.

King M. 1966. *Medical care in developing countries; a primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere* Oxford University Press: Nairobi.

Kirk-Smith MD, Stretch DD, 2003. The influence of medical professionalism on scientific practice *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ; **9:** 417-422.

Klazinga N, 2000. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems *Int J Qual Health Care* ; **12:** 183-189.

Klein R, 1998. Competence, professional self regulation, and the public interest *BMJ* ; **316:** 1740-1742.

Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbite K, Calivis M, Hopwood I, Niimi R, Diallo MP, Conde M, Ofosu-Amaah S, 1997. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea *Int J Health Plann Manage* ; **12 Suppl 1:** S29-S47.

Kolb F, 2002a. A la recherche de l'organisation apprenante. In *La Qualité - Essai sur l'évolution des pratiques de management*, Vuibert: Paris, 197-209.

Kolb F, 2002b. Bilan général des démarches qualité. In *La Qualité - Essai sur l'évolution des pratiques de management*, Vuibert: Paris, 177-195.

Kolb F. 2002c. *La qualité* Librairie Vuibert: Paris.

Laplace L, Kamendje B, Nizard J, Coz JM, Chaperon J, 2002. [The French and British health systems: a comparison of their evolution since the mid-1990's] *Sante Publique* ; **14:** 47-56.

Le Pape A, Sermet C, 1998. Les références médicales opposables sur le médicament: bilan de trois années d'application. *Questions d'économie de la santé* ; **14:** 1-6.

Le Pen C. 1999. *Les habits neufs d'Hippocrate* Calman-Lévy: Paris.

Lefèvre P. 1999. *Acteurs et évaluation de projets de développement. Vers une approche pluraliste de l'évaluation. [PhD Dissertation]* Université Libre de Bruxelles, Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Economiques.: Bruxelles.

Legros S, Tawfik Y, Abdallah H, Crespin X, Tzavaras C, Djingarey M, 2002. Evaluation of the Quality Assurance Project and BASICS Joint Project in Niger *Int J Qual Health Care* ; **14:** 97-104.

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.

Leung WC, 2000. Managers and professionals: competing ideologies *BMJ Career Focus* ; **321:** S2-S7266.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB, 1986. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine *Fam Pract* ; **3:** 24-30.

Levy-Bruhl D, Soucat A, Osseni R, Ndiaye JM, Dieng B, de Béthune X, Diallo AT, 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:** S49-S79.

Lindh M, Blitz J, Conradie H. The generalist doctor in the district health system. S.A.Fam Pract 21[2], 50-52. 1999.

Lipsky M. 1980. *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* Russel Sage Foundation: New York.

Lipsky M, 1997. Street-level bureaucracy. An introduction. In *The policy process. A reader*, Hill M (ed); 2nd edition edn, Pearson Education Limited, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf: Essex, England, 389-392.

Little AD. 1992. *Survey of 500 Institutions.* Little A D: Boston.

Lohr KN, Harris-Wehling J, 1991. Medicare: a strategy for quality assurance, I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care *QRB Qual Rev Bull* ; **17:** 6-9.

Loughlin M. 2002. *Ethics, Management and Mythology. Rational decision making for health service professionals* Radcliff Medical Press Ltd: Abingdon.

Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W, 2002. Managing Health Services in Developing Countries: Between the Ethics of the Civil Servant and the Need for Moonlighting: Managing and Moonlighting *Human Resources for Health Development Journal* ; **5:** 17-24.

Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. 1999. *La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. Studies in Health Services Organisation & Policy N°12* ITGPress: Antwerp.

Malmesbury JJ, 2000. Britain's health league table attacked *BMJ* ; **320:** 533.

Malye F and Houdart, P. Mortalité dans les CHU: des écarts injustifiés. *Science et Avenir*; 10-1997 p 131.

Malye F *et al.* La liste noire des hôpitaux. *Sciences et Avenir*; 10-1997 82-131.

Mandraud I. Les dépenses d'assurance-maladie ont augmenté. *Le Monde*; 20-1-2001

Mannion R, Davies H, Marshall M, Jacobs R, Powell A, 2003. The influence of organisational culture on hospital quality and performance: evidence from the english national health service [abstract N°196]. In *ISQUA's 20th International conference: Rewarding results, Two decades of continuous improvement.Dallas, 2-5 November 2003*, International Siciety for Quality in Health Care: Dallas, 158-159.

Marchal B, Kegels G. The real challenge in managing the health workforce. Manage people, not resources. [poster] Presented at 40 years Medicus Mundi. Jubilee Conference, 24-25 October. 2003. Berlin.

Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T, Knebel E, MacAulay C. 2001. *A modern paradigm for improving healthcare quality.* 1 edn, Quality Assurance Project: Bethesda.

McCracken EC, Stewart MA, Brown JB, McWhinney IR, 1983. Patient-centred care: the family practice method *Can Fam Physician* ; **29:** 2313-2316.

McKee M, Rafferty AM, Aiken L, 1997. Measuring hospital performance: are we asking the right questions? *J R Soc Med* ; **90:** 187-191.

McLaughlin K, Osborne SP, Ferlie E. 2002. *New Public Management - Current trends and future prospects* Routledge: London and New York.

Mead N, Bower P, 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature *Soc Sci Med* ; **51:** 1087-1110.

Meessen B, Musango L, Kashala JP. 2004. *L'initiative pour la performance. Ministère de la santé et HealthNet International, Province de Butare Rwanda.* Republic of Rwanda and HealthNet International: Kigali.

Merton R. 1968. *Social theory and social structure* Free Press: New York.

Meyer J, 2001. Action research. In *Studying the organisation and delivery of health services. Research Methods*, Fulop N et al. (eds); Routledge: London, 172-187.

Miles A, Grey J, Polychronis A, Melchiorri C, 2002. Critical advances in the evaluation and development of clinical care *J Eval Clin Pract* ; **8:** 87-102.

Mills A, Hongoro C, Broomberg J, 1997. Improving the efficiency of district hospitals: is contracting an option? *Tropical Medicine and International Health* ; **2:** 116-126.

Ministry Of Health Zimbabwe. 1992. *Corporate plan* Ministry of Health, Zimbabwe: Harare.

Ministry of Health Zimbabwe. 1992. *Corporate plan* Ministry of Health, Zimbabwe: Harare.

Mintzberg H. 1979. *The structuring of organizations, a synthesis of the research* Prentice-Hall International Inc.: New Jersey.

Mintzberg H. 1986. *Structure et dynamique des organisations* Editions d'Organisation: Paris.

Mintzberg H. 1989a. *Le Management - Voyage au centre des organisations* Editions d'Organisation: Paris.

Mintzberg H. 1989b. *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations* The Free Press: New York.

Mintzberg H, 1996. Managing government, governing management *Harvard Business Review* 75-83.

Minvielle E, 1996. Gérer la singularité à grande échelle *Revue Française de Gestion* ; **109:** 119-124.

Minvielle E, 1997. Beyond quality management methods: meeting the challenges of health care reform *Int J Qual Health Care* ; **9:** 189-192.

Minvielle E, Bremond M, Develay A, Lombrail P, Brodin M, 1994. Vivent les "démarches qualité" à l'hôpital ? *Gestions Hospitalières* ; **340:** 727-738.

Morin E. 1990. *Introduction à la pensée complexe* ESF: Issy-les-Moulineaux.

Morin E, Le Moigne J-L. 1999. *L'intelligence de la complexité* L'Harmattan: Paris.

Murphy E, 2001. Micro-level qualitative research. In *Studying the organisation and delivery of health services. Research Methods*, Fulop N et al. (eds); Routledge: London, 40-55.

NHS. 2000. *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. Presented to the parliament by the secretary of state for health* Crown.

Nitayarumphong S, Mercenier P, 1992. Ayutthaya research project: Thailand experiences on health systems research. In *Life sciences and technologies for developing countries: methodology and relevance of health system research. Research reports. Contractholders Meeting. Conference proceedings.*, 1992 Commission of the European Communities, Directorate General XII, Science, Research and development. International Children's Centre: Paris, 55-78.

Nizard G. 1991. *Les métamorphoses de l'entreprise. Pour une écologie du management* Economica: Paris.

Nutley S, Smith PC, 1998. League tables for performance improvement in health care *J Health Serv Res Policy* ; **3:** 50-57.

Olivier de Sardan JP, 2003. Pourquoi le malade est-il si "mal traité" ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé. In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (eds); Karthala: Paris, 265-294.

Osborne SP, McLaughlin K, 2004. The New Public mangement in context. In *New Public Management - Current trends and future prospects*, McLaughlin K, Osborne SP, Ferlie E (eds); Routledge: London.

Ouchi W, 1980. Markets, bureaucracies and clans *Administrative Science Quarterly* ; **25:** 129-141.

Ovretveit J, 1998. Evaluating quality. In *Evaluating Health Interventions*, Open University Press: Buckingham, 227-257.

Pawson R, 2002a. Evidence-based Policy: In Search of a Method *Evaluation* ; **8:** 157-181.

Pawson R, 2002b. Evidence-based Policy: the Promise of 'Realist Synthesis' *Evaluation* ; **8:** 340-358.

Pawson R, Tilley N. 1997. *Realistic Evaluation* Sage Publications Ltd: London.

Pawson R, 2003. Nothing as Practical as a Good Theory *Evaluation* ; **9:** 471-490.

Penn-Kekana L, Blaauw D, Schneider H, 2004. '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 Plan* ; **19:** i71-i77.

Pichault F, Nizet J. 2000a. *Les pratiques de gestion des ressources humaines* Editions du Seuil: Paris.

Pichault F, Nizet J, 2000b. Une analyse contextualiste des pratiques de GRH. In *Les pratiques de gestion des ressources humaines. Approches contingente et politique*, Editions du Seuil: Paris, 19-40.

Plane JM. 2003. *Théorie des organisations.* 2 edn, Dunod: Paris.

Plsek PE, Greenhalgh T, 2001. Complexity science: The challenge of complexity in health care *BMJ* ; **323:** 625-628.

Popper K. 1945. *The open society and in enemies, Volume 2 Hegel and Marx* Routledge: London.

Reerink IH, Sauerborn R, 1996. Quality of primary health care in developing countries: recent experiences and future directions *Int J Qual Health Care* ; **8:** 131-139.

Ritchie J, Spencer L, 1994. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analysing Qualitative Data*, Bryman A, Burgess R (eds); Routledge: London, 173-194.

Rothman DJ, 2000. Medical professionalism--focusing on the real issues *N Engl J Med* ; **342:** 1284-1286.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS, 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't [editorial] [see comments] *BMJ* ; **312:** 71-72.

Sanderson I. Evaluating Complexity: Theory, Evidence and Practical Guidance. paper prepared for the Symposium on "Theory-Based Evaluation"the European Evaluation Society: Fifth Conference, Three Movements in Contemporary Evaluation: Learning, Theory and Evidence, Seville, Spain, October 10-12, 2002. 2002.

Sauerborn R, Nougtara A, Sorgho G, Bidiga J, Tiebelesse L, Diesfeld HJ, 1989. Assessment of MCH services in the district of Solenzo, Burkina Faso. II. Acceptability *J Trop Pediatr* ; **35 Suppl 1:** 10-13.

Scally G, Donaldson LJ, 1998. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England [see comments] *BMJ* ; **317:** 61-65.

Schyve PM, 1998. Accreditation and globalization [editorial] *Int J Qual Health Care* ; **10:** 467-468.

Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M, 2003a. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments *Health Serv Res* ; **38:** 923-945.

Scott T, Mannion R, Davis H, Marshall M, 2003b. Implementing culture change in health care: theory and practice *Int J Qual Health Care* ; **15:** 111.

Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H, 2003c. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence *J Health Serv Res Policy* ; **8:** 105-117.

Shaw CD, 2000. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization *Int J Qual Health Care* ; **12:** 169-175.

Shekelle PG, 2002. Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programmes? *Qual Health Care* ; **11:** 6.

Shekelle P, 2003. New contract for general practitioners *BMJ* ; **326:** 457-458.

Shortell SM, Levin DZ, Obrien JL, Hughes EF, 1995. Assessing the evidence on CQI - is the glass half empty or half full? *Hospital and Health Services Administration* ; **40:** 4-24.

Silimperi D, Miller Franco L, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C, 2002. A framework for institutionalizing quality assurance *Int J Qual Health Care* ; **14:** 67-73.

Simon HA. Decision making and problem solving. 1-37. 1986.

Southon G, Braithwaite J, 1998. The end of professionalism? *Soc Sci Med* ; **46:** 23-28.

Stake RE, 2000. Case Studies. In *Handbook of Qualitative Research*, Denzin NK, Lincoln YS (eds); 2nd edn, 435-451.

Stame N, 2004. Theory-based evaluation and types of complexity *Evaluation* ; **10:** 58-76.

Steffen GE, 1988. quality medical care: a definition *JAMA* ; **260:** 61.

Straus SE, Sackett DL, 1999. Using research findings in clinical practice *BMJ* ; **318:** 332.

Strauss A, Corbin J, 1994. Grounded Theory Methodology. An Overview. In *Handbook of qualitative research*, Denzin NK, Lincoln YS (eds); 1 edn, Sage Publications: Thousand Oaks, 273-285.

Sutherland K, Dawson S, 1998. Power and quality improvement in the new NHS: the roles of doctors and managers *Qual Health Care* ; **7 Suppl:** S16-S23.

Tellier V, Greindl I, Beghin I, 1991. Le tableau "HIPPOPOC": un outil dans l'évaluation d'interventions nutritionnelles. In *Alimentation et nutrition dans les pays en développement; 4es Journées Scientifiques Internationales du GERM, Spa (Belgique) 23- 29 avril 1989*, Lemonnier D, Ingenbleek Y, Hennart P (eds); ACCT AUPELF Karthala: Paris Montréal Paris, 76-82.

Thompson AGH, 2002. Variation may be good for your health: the nature of evidence *Int J Qual Health Care* ; **14:** 1-3.

Tilley N. Realistic Evaluation: An Overview. Paper presented at the Founding Conference of the Danish Evaluation Society, September 2000. www.danskevalueringsselskab.dk/pdf/Nick%20Tilley.pdf . 2000.

Unger JP, Killingsworth JR, 1986. Selective primary health care: a critical review of methods and results *Soc Sci Med* ; **22:** 1001-1013.

Unger JP, Macq J, Bredo F, Boelaert M, 2000. Through Mintzberg's glasses: a fresh look at the organization of ministries of health *Bull World Health Organ* ; **78:** 1005-1014.

Unger JP, Van Dormael M, Criel B, Van der Vennet J, De Munck P, 2002. A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries *Int J Health Serv* ; **32:** 799-815.

Van Balen H, Mercenier P, 1989. Délégation de la prise en charge thérapeutique à un personnel auxiliaire; L'expérience de Kasongo. In *Le médicament essentiel dans les pays en développement; comptes rendus du symposium international, Paris, 19-20 Mai 1987*, Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques (GEEP): Villeneuve-St-Georges, 378-380.

van Bergen JE, 1995. District health care between quality assurance and crisis management. Possibilities within the limits, Mporokoso and Kaputa District, Zambia *Trop Geogr Med* ; **47:** 23-29.

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 *Intégration et recherche. Studies in health services Organisation & Policy N°8*, Van Lerberghe W, de Béthune X (eds); ITGPress: Antwerpen, 175-188.

Van Heusden G, 1999. The function of expert guidance of health district managers *INFI Newsletter - ITM Antwerp* ; **June 1999:** 10-12.

Van Lerberghe W, Conceicao C, Van Damme W, Ferrinho P, 2002. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel *Bull World Health Organ* ; **80:** 581-584.

Van Lerberghe W, De Brouwere V, 2000. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne *Afrique contemporaine* ; **N° special 3 trim.:** 175-190.

Van Lerberghe W, Tellier V, Van Dormael M. 1993. *Quality of health care provision in Africa through the Bamako initiative: problems and strategies; report on the workshop [...] Prince Leopold Institute of Tropical Medicine/UNICEF, 3-4 December 1992, Antwerp, Belgium* United Nations Children's Fund (UNICEF): New York.

Varkevisser CM, Mwaluko GM, Le Grand A, 2001. Research in action: the training approach of the Joint Health Systems Research Project for the Southern African Region *Health Policy Plan* ; **16:** 281-291.

W.H.O., 1987a. Declaration on Strengthening District Health systems Besed on Primary health care. International meeting on strengthening district health systems. Harare Zimbabwe, 3-7 August 1987. WHO/SHS/DHS/87.13. W.H.O.: Harare, 26-27.

W.H.O. Report of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care. WHO/SHS/DHS/87-13-Rev-1, 42pp. 1987b. Geneva, WHO.

Wakeford R, 2000. GMC's proposal for revalidation would not be accurate, economical, or fair *BMJ* ; **321:** 1220.

Walsh JA, Warren KS, 1979. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries *N Engl J Med* ; **301:** 967-974.

Walt G, Gilson L, 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis *Health Pol Plann* ; **9:** 353-370.

Weber M. 1947. *The theory of Social and Economic Organisation* The Free Press: New York.

Weber M, 1997. Rational-legal authority and bureaucracy. In *The policy process. A reader*, Hill M (ed); 2nd edn, Pearson Education Limited, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf: Essex, England, 323-327.

Weiss C, 1995. Nothing as Practical as Good Theory; Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives For Children And Families. In *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*, Connel J, Kubisch A, Schorr L (eds); The Aspen Institute: Washington.

Weiss C, 1997. Theory-Based Evaluation: Past, Present, and Future. In *Progress and Future Directions in Evaluation: Perspectives on Theory, Practice, and Methods. New Directions for Evaluation, No. 76*, Rog DJ, Fournier D (eds); Jossey-Bass.

Whittaker S, Burns D, Doyle V, Lynam PF, 1998. Introducing quality assurance to health service delivery--some approaches from South Africa, Ghana and Kenya *Int J Qual Health Care* ; **10:** 263-267.

Williamson O. 1975. *Markets and hierarchies: analysis and anti-trust implications* Free Press: New York.

Williamson O, 1981. The economics of organisation: the transaction cost approach *American Journal of Sociology* ; **87:** 548-577.

Wilson N, Equipe GIQUA de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires du Maroc. 1998. *Evaluation interne du projet GIQUA. Projet de planification familiale et santé maternelle et infantile phase V* John Snow Inc Maroc: Rabat.

Winter L, Boucar M. Rapport sur le Niger: Projet Tahoua. iii-16. 1997. Bethesda, Center for Human Services.

Yin R. 2003. *Case Study Research. Design and Method.* 3 edn, Sage Publications: Thousand Oaks.

Zbaracki M, 1998. The Rhetoric and Reality of Total Quality Management *Administrative Science Quarterly* ; **43:** 602-636.