

---

*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*

---

Monique Van Dormael<sup>1</sup>

### *Introduction*

La recherche sur les systèmes de santé vise à en améliorer le fonctionnement. Le chercheur est amené à observer et récolter des informations à propos d'un système donné, à l'analyser, à en identifier des dysfonctionnements. Au-delà de ce regard descriptif et analytique, une large part de l'intérêt de ce type de recherche réside dans sa dimension stratégique et sa capacité de réduire l'incertitude lorsqu'il s'agit de faire des choix pour orienter le système de santé. Or tant dans l'observation et l'analyse que dans la formulation d'une stratégie et la vérification de ses effets, la recherche implique nécessairement la mise en oeuvre de modèles théoriques de référence. D'une part le recours à un modèle va permettre de sélectionner les données à recueillir et d'ordonner et rendre intelligibles les observations de terrain : de la pertinence du modèle de référence dépend largement la qualité de l'analyse. D'autre part la formulation d'une stratégie repose sur l'anticipation des conséquences probables de l'action ; elle prend en compte les particularités locales du système, mais aussi un modèle de référence, c'est-à-dire un ensemble cohérent d'hypothèses jugées suffisamment plausi-

---

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

bles et qui ont, dans la mesure du possible, déjà été testées dans d'autres contextes.

Un des modèles de référence utilisés en recherche en systèmes de santé est celui du système de santé intégré. A travers son explicitation, ce texte vise à illustrer en quoi et à quelles conditions le recours à un modèle de référence peut s'avérer fructueux. Trois idées principales seront développées successivement :

L'observation sans a priori est un leurre. Nous avons toujours un modèle de référence en tête, tant dans l'analyse que dans l'action, et la condition pour garder le contrôle de ce modèle est de l'explicitier.

Le modèle du système de santé intégré est un ensemble d'hypothèses agencées entre elles, pouvant être utilisé comme instrument de lecture d'un système de santé donné, ainsi que comme outil de choix stratégiques. Ces hypothèses peuvent toutefois ne pas se vérifier dans certaines conditions particulières, ce qui permet alors de préciser et nuancer le modèle en question.

Le modèle ne fournit pas de recettes, mais des hypothèses prévisionnelles sur les conséquences probables de l'action, sous les conditions particulières du système. La même variante opérationnelle du modèle peut être adaptée à une situation et contre-productive ailleurs.

#### L'IMPOSSIBLE EXPULSION DES MODELES DE REFERENCE

Une conception largement répandue de la recherche voudrait que le chercheur se débarrasse de tout préjugé, exclue ses opinions personnelles, fasse abstraction de sa subjectivité. A cette condition, et à cette condition seulement, il accéderait à la connaissance objective qui fonde la science. Or

cette position d'«inductivisme naïf» est trompeuse (Chalmers 1987). Certes le développement des sciences modernes a pris son essor à partir du moment où l'on a fondé la recherche dans l'observation et l'expérience et non plus dans des spéculations. Mais les faits ne se livrent pas pour autant tels quels aux organes sensoriels. Ce que voit ou entend un observateur dépend en partie de son expérience passée, de sa culture, de ce qu'il espère voir ou entendre, de ses présupposés, de ses connaissances.

L'histoire du développement de la médecine moderne illustre en abondance l'importance des représentations sociales et des cadres théoriques pour la sélection des observations (Léonard 1981). Ainsi l'origine de la découverte de l'agent pathogène de bon nombre de maladies infectieuses à partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle a été possible parce que les conceptions pluricausales de la maladie ont, à ce moment, fait place à la notion d'étiologie spécifique, réorientant la tâche des chercheurs vers l'identification du microbe et de la chaîne de transmission, et réorientant l'usage du microscope. Ainsi encore, le retour à une pensée plus multicausale de la maladie dans les années 1930 ne s'explique pas seulement par le constat d'échec relatif de l'étiologie monocausale (Ryle 1942), mais s'inscrit aussi dans les courants de pensée sociale concernant les conditions d'existence des classes laborieuses, qui se traduisent en médecine par l'émergence d'une nouvelle discipline, la médecine sociale.

L'épistémologie contemporaine remet en cause le présupposé que les faits parlent d'eux-mêmes et qu'il est possible de dissocier complètement l'observateur de ses observations, le chercheur de son objet d'étude. Les faits sont perçus et interprétés par l'observateur à la lumière d'un cadre de pensée - que ce soit une théorie plus ou moins systématisée ou une idéologie implicite et diffuse. Nier nos présupposés mène à nous laisser guider à notre insu par une grille d'analyse qui échappe au champ de notre conscience et par conséquent à tout contrôle.

Au niveau des décisions stratégiques également des modèles sont à l'oeuvre. Même si les choix ne résultent pas de la formulation systématique

d'hypothèses sur les effets attendus des différentes actions possibles, ils supposent néanmoins une représentation de ce que serait le "bon fonctionnement" du système et sous-entendent que les décisions prises permettent de s'en rapprocher. Or, non explicités, les critères qui guident la démarche risquent d'être issus de modes ou d'idéologies bien plus que de l'évidence. Par exemple, lorsqu'on considère que les services de premier échelon sont superflus en milieu urbain vu la présence de l'hôpital, l'on se réfère implicitement à une image du premier échelon comme extension des fonctions de l'hôpital.

Plutôt que de nous laisser guider par des modèles reposant sur des représentations et valeurs implicites, la rigueur de notre démarche de recherche gagne dans l'explicitation de ces modèles, afin de pouvoir les mettre à l'épreuve de la réalité et au besoin les modifier ou les remplacer par d'autres plus pertinents.

Le terme de modèle recouvre des notions diverses. Dans le sens courant - qui n'est pas le sens retenu ici - le mot désigne généralement une figure à copier ou à reproduire, au sens où l'on parle de "prendre modèle" sur quelque chose ou quelqu'un. Dans le langage scientifique par contre, le modèle est une représentation simplifiée d'une réalité complexe, située à un niveau d'abstraction tel qu'il n'est pas possible de le "copier" dans la réalité : son actualisation prend nécessairement place dans un contexte particulier qui lui confère des caractéristiques propres qui sont étrangères au modèle. Mais l'intérêt du modèle réside dans sa capacité d'expliquer cette réalité et/ou d'en prédire l'évolution, parce qu'il est constitué d'un ensemble d'hypothèses formant une structure qui permet d'établir des relations causales entre les divers éléments qui constituent la réalité.

#### LE SYSTEME DE SANTE INTEGRE COMME MODELE DE REFERENCE

Le modèle du système de santé intégré repose sur une série d'options de base explicites concernant le rôle des services de santé dans la société et les critères sur base desquels évaluer ces services. Il comporte également des

énoncés sur le fonctionnement attendu du système de santé en fonction de la manière dont il est organisé, et en tenant compte des conditions locales de ce système et du contexte dans lequel il s'inscrit. Ces énoncés résultent d'une analyse de la pratique de terrain en gestion de systèmes de santé, analyse qui permet de générer une série d'hypothèses relatives à l'organisation des services de santé et de les tester dans des contextes diversifiés. Les confrontations répétées du modèle à la réalité permettent progressivement de confirmer ou d'infirmer les capacités prédictives du modèle et de nuancer les hypothèses qui le constituent.

#### *Les options de base*

Les options à la base du modèle de système de santé intégré peuvent être synthétisées de la manière suivante (GERM 1971) :

- les individus et les communautés prennent constamment des décisions concernant leurs conditions d'existence ; les services de santé doivent reconnaître cette participation de fait, favoriser le dialogue et fournir les informations techniques adéquates pour renforcer, dans le domaine de la santé, la maîtrise par les individus et les communautés de leur propre devenir ;
- au yeux de la population, la santé est un bien parmi d'autres, et le service de santé ne peut exiger un niveau de ressources incompatible avec le contexte socio-économique général ; les activités de santé ont un coût d'opportunité, ce qui doit inciter à l'efficacité dans l'utilisation des ressources ;
- quelle que soit son appartenance sociale, tout individu ou groupe doit pouvoir accéder aux services de santé ;
- les mesures proposées par le service de santé doivent être efficaces et basées autant que possible sur des connaissances objectivées par une approche scientifique ;

- l'action du service de santé doit tendre à l'autonomie des individus et des communautés et éviter de les placer ou de les maintenir dans un état de dépendance à son égard.

Ces options sont en tension les unes avec les autres, elles peuvent entrer en contradiction et il est souvent difficile, voire impossible, de toutes les réaliser pleinement simultanément. Ce qui signifie qu'il faut à tout moment repenser l'équilibre instable de leurs rapports mutuels.

Par exemple selon le principe d'équité il n'est pas acceptable de développer des services pilotes qui ne bénéficient qu'à une petite partie de la population. Mais d'autre part l'expérimentation scientifique de procédures et de stratégies implique de disposer de services fonctionnels qui reçoivent une attention particulière. La mise en tension de ces deux options peut alors consister à effectivement mettre en place des services pilotes, mais en veillant à ce que les moyens qui leur sont fournis restent compatibles avec les ressources disponibles et qu'ils soient reproductibles à plus large échelle, une fois des stratégies cohérentes expérimentées.

Une autre tension essentielle se situe entre la rationalisation par l'approche scientifique et la participation communautaire, deux principes fondamentaux des soins de santé primaires énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata et dont l'articulation n'est pas aisée (Mercenier 1979 ; Van Lerberghe 1993). On rencontre d'ailleurs souvent des interprétations des soins de santé primaires qui privilégient un des principes aux dépens de l'autre. C'est le cas des interprétations qui privilégient la rationalisation aux dépens de la participation, et qui se traduisent par exemple dans certaines campagnes de masse ou dans les soins de santé primaires sélectifs. C'est le cas aussi des interprétations qui, à l'inverse, misent unilatéralement sur les potentialités d'autodétermination, voire d'autosuffisance, des communautés. L'interprétation donnée à la politique de soins de santé primaires dans le cadre du modèle du système de santé intégré reconnaît la tension entre rationalisation et participation, et par conséquent l'équilibre instable et toujours à rétablir de toute entreprise de soins de santé primaires. Elle sup-

pose que les services de santé soient organisés en tenant compte des savoirs des experts mais aussi des demandes, représentations et actions entreprises par les populations hors des services de santé.

*Le système de santé intégré fondé sur les soins de santé primaires*

Ces options de base ou choix politiques ne disent cependant encore rien sur la manière concrète d'organiser un système de services de santé pour qu'il permette de les réaliser au mieux. Un système de soins de santé est composé de divers éléments : la population et ses ressources propres, des formations sanitaires - hôpital et centres de santé, services préventifs et curatifs -, différentes catégories de personnel, des savoir-faire, des moyens techniques et logistiques ... Ces différents éléments ont des relations les uns avec les autres, qui peuvent ou non se traduire dans des formes de coordination.

Le concept de système de santé intégré désigne un système délibérément organisé comme un ensemble, et dans lequel les éléments sont conçus en complémentarité les uns avec les autres et entretiennent les interrelations nécessaires pour offrir, en tant qu'ensemble, des soins de santé optimaux à une population donnée. Le modèle du système de santé intégré (Equipe du projet Kasongo 1995 ; Unger & Criel 1995) peut se résumer brièvement en une série d'énoncés généraux :

D'abord, toutes les situations sont couvertes et trouvent une réponse dans le système, il n'y a pas de "trous" dans les fonctions assurées par le système.

Ensuite, chaque élément du système remplit des fonctions spécifiques et les différents éléments ne se chevauchent pas. Cette complémentarité se retrouve tout particulièrement dans la définition des fonctions respectives du premier échelon (comme niveau de synthèse) (Mercenier 1988) et de l'hôpital (comme appui pour des problèmes techniquement complexes) (Van Lerberghe & Lafort 1990). Dans un système de santé intégré, on utilise

pour chaque problème l'échelon le plus apte à la résolution du problème en question.

Finalement, les passages d'un échelon à l'autre sont facilités. Les obstacles à l'accès au second échelon sont réduits pour les patients référés, de même que les obstacles au retour vers le premier échelon. Le passage d'un patient d'un échelon à un autre s'accompagne d'un transfert des informations pertinentes. Et, plus généralement, les éléments du système sont gérés de manière à en assurer la cohérence comme entité fonctionnelle.

Ces énoncés généraux sont à prendre, non comme des normes - un "modèle à copier" - mais comme une formulation simplifiée d'hypothèses que l'on peut ramener à l'énoncé suivant : si un système de santé est organisé sur un mode intégré, on peut en attendre une amélioration dans la prise en charge de la santé de la population. Or il est des circonstances où cette hypothèse ne se vérifie pas.

L'absence de "trous" dans les fonctions assurées par le système vise à prévenir les manques d'efficacité et d'efficience. Lors d'accouchements dystociques, par exemple, si le système ne dispose pas de ventouses, une série de femmes vont subir une césarienne évitable (manque d'efficience). Si l'hôpital n'est pas accessible ou pas équipé pour les césariennes, elles vont mourir (manque d'efficacité). Mais il y a bien sûr des limites à cette absence de "trous" : toujours pour des raisons d'efficacité et d'efficience, il sera inadéquat de concentrer des techniques rares ou de pointe au niveau des hôpitaux de second échelon. La décision de les couvrir ou non à un échelon tertiaire doit alors prendre en compte des questions de coûts d'opportunité (quelles autres activités - de santé ou autres - ne seront pas réalisées si on affecte les ressources à ces activités tertiaires ?) ainsi que des questions d'équité (tous ceux qui en ont besoin auront-ils accès à ces services ?).

L'absence de chevauchements et la complémentarité entre premier et second échelon vise également une meilleure efficacité et une meilleure efficience à travers la différenciation des fonctions de l'hôpital et du premier



échelon. La première hypothèse est que les activités à moindre complexité technique sont réalisées plus efficacement au premier échelon, parce que celui-ci est plus proche des populations et davantage susceptible d'entretenir avec elles une relation continue. La seconde hypothèse est que l'apport spécifique de l'hôpital au système de soins réside dans la concentration en équipement technique et en compétences spécialisées, et qu'offrir des soins de premier échelon à l'hôpital constituerait une utilisation peu efficace de ces ressources. Mais ces hypothèses peuvent, dans certaines circonstances, ne pas se réaliser ou se réaliser partiellement seulement. Pour que le premier échelon soit l'échelon le plus adéquat pour les problèmes à faible complexité technique, cela suppose qu'il dispose de moyens techniques de base (dont les médicaments), et que son personnel entretienne effectivement des rapports de proximité sociale avec la population. En termes d'action, renforcer la complémentarité entre échelons signifie souvent prioritairement l'amélioration de l'efficacité et de l'acceptabilité du premier échelon afin que, spontanément, les patients y aient recours en première instance.

Toujours à propos de la répartition des fonctions entre premier et second échelon, une hypothèse essentielle est que la continuité des soins est mieux réalisée par le premier échelon, plus proche des patients. Mais cette hypothèse peut être infirmée lorsque, par exemple, il y a une forte rotation du personnel de premier échelon, ou encore lorsque les aspects techniques du problème conduisent le patient à rencontrer plus souvent le second échelon que le premier échelon et que ce dernier est amené à instaurer un suivi global et continu - de manière temporaire par exemple pour le suivi d'une grossesse à haut risque, ou à plus long terme par exemple pour le suivi d'un patient souffrant d'insuffisance rénale grave.

Le modèle de système de santé intégré n'est donc pas un dogme, mais un ensemble d'hypothèses partiellement testées, et qui peuvent être nuancées lorsque, dans des conditions particulières, une de ces hypothèses ne se vérifie pas.

## LES RAPPORTS DU MODELE A LA REALITE

Le système de santé de district (WHO 1987) est basé sur le modèle du système de santé intégré, avec ses composantes de réseau de services de premier échelon, d'hôpital de district et d'équipe-cadre de district chargée d'assurer la gestion et la dynamisation de l'ensemble. Mais bon nombre de confusions proviennent du fait que le terme "district" désigne aussi bien des systèmes de soins concrets, s'inspirant plus ou moins du modèle conceptuel, que le modèle lui-même en tant qu'ensemble d'hypothèses abstraites et décontextualisées.

Comme modèle, le système de santé intégré ne fournit pas de réponse immédiate à la question de savoir comment devrait être organisé concrètement un système de santé particulier pour fonctionner de manière optimale. Il peut guider la recherche en fournissant des hypothèses générales, mais il ne dispense pas de la recherche d'opérationnalisation, qui doit prendre en compte les caractéristiques spécifiques de chaque situation particulière.

Dans sa formulation abstraite, le modèle du système de santé intégré basé sur les soins de santé primaires peut aider à l'interprétation et à la formulation de stratégies de changement dans des contextes très diversifiés - qu'il s'agisse de systèmes de santé ruraux ou urbains, de sociétés industrialisées ou en développement. C'est la diversification des contextes de recherche et une approche comparative entre contextes différents qui permet de poursuivre l'effort de confirmation des hypothèses qui le constituent, et en même temps, lorsque ces hypothèses ne se confirment pas, de les nuancer.

Quelques exemples peuvent illustrer la gamme étendue des variantes opérationnelles du même modèle théorique :

Le principe d'un système de santé dans lequel des centres de santé remplissent des fonctions de premier échelon ne préjuge pas du niveau de qualification du personnel de ces centres. Dans certains contextes les consultations curatives seront assurées par des médecins, dans d'autres par des

infirmiers. L'essentiel réside dans la capacité du personnel à répondre adéquatement aux besoins, notamment curatifs ; les modalités de mise en oeuvre peuvent varier et par exemple reposer sur une formation théorique poussée (comme c'est le cas des médecins) ou encore sur l'élaboration d'instructions applicables par du personnel auxiliaire.

Le modèle ne préjuge pas non plus des gestionnaires des services. Les options politiques à la base du système de santé intégré lui donnent une vocation de service au public, mais le pouvoir organisateur des services peut relever du secteur public ou du secteur non-gouvernemental. Plusieurs éléments sont à prendre en considération. D'une part la gestion du système par les pouvoirs publics permet en principe, du fait de sa relative centralisation, davantage de maîtrise que lorsque les éléments en sont des institutions et prestataires de soins privés. D'autre part le service organisé par le service gouvernemental suppose que l'Etat soit capable de le gérer - exigence qui n'est pas toujours rencontrée. Certains pays (occidentaux notamment) n'ont pas de tradition de service curatif gouvernemental sur lequel on peut appuyer la réorganisation du système de santé ; l'amélioration du système vers une plus grande intégration y passe par la régulation des prestataires privés.

La mission de l'équipe-cadre de district consiste à veiller à la cohérence, à dynamiser et à coordonner les services pour une population donnée. Le plus souvent cette fonction sera facilitée si l'équipe-cadre a autorité sur les services. Toutefois le modèle ne préjuge pas de l'autorité administrative de cette équipe sur les services du district. Dans des pays où le Ministère de la Santé exerce, via les autorités de district, une autorité administrative sur les services de santé, c'est assez logiquement ces autorités de district qui vont remplir cette fonction. La réorganisation de l'équipe cadre de district vers une meilleure adéquation aux problèmes locaux mène en principe à une réduction des lourdeurs bureaucratiques. Dans des pays où les services de santé émanent historiquement de la libre entreprise, l'imposition soudaine d'une autorité administrative serait par contre perçue comme un accroissement de bureaucratie et peu acceptable. Dans ces conditions la mise en

place d'une équipe cadre de district devra probablement impliquer les prestataires locaux et assurer la cohérence fonctionnelle de l'ensemble du système, en inventant éventuellement des mécanismes incitatifs, mais sans pouvoir jouer sur la contrainte administrative.

La participation de la population peut prendre des formes très diversifiées. Elle consiste fondamentalement en un dialogue entre service de santé et population, qui peut notamment avoir lieu dans le cadre de comités de santé. Le comité de santé n'est toutefois ni une condition nécessaire, ni une condition suffisante à la participation. Il en est une des variantes opérationnelles possibles parmi d'autres (dialogue direct avec la communauté lorsque celle-ci est petite et homogène ; dialogue avec les organisations sociales existantes...). Si le comité de santé a l'avantage incontestable de donner une dimension institutionnelle au dialogue avec la population, il peut dans certaines circonstances devenir contre-productif ou encore servir d'alibi au personnel de santé pour ne pas établir de dialogue avec des patients individuels ou avec des groupes de la communauté peu ou mal représentés.

## *Conclusion*

Comme toute recherche, la recherche en systèmes de santé a besoin de modèles de référence, d'une part pour lire la réalité, d'autre part pour en piloter les transformations. Le recours à un modèle vise à rendre intelligible le fonctionnement de systèmes de santé dans des contextes hautement diversifiés et d'anticiper, sur base de l'évidence empirique d'expériences menées dans d'autres contextes, les effets des stratégies menées pour l'améliorer. Le modèle du système de santé intégré, tant par sa pertinence sociale que par sa cohérence interne, s'avère être actuellement un outil de recherche précieux.

Il ne s'agit toutefois pas d'un modèle normatif, mais plutôt d'un guide pour la recherche de solutions. Il reste en effet inachevé, dans la mesure où toutes les conditions n'y sont pas prévues et toutes nuances n'y sont pas

définies. Il convient de garder à l'esprit que les énoncés abstraits qui le constituent sont des hypothèses - des hypothèses confirmées dans un certain nombre de contextes, mais dont on peut attendre aussi qu'elles soient infirmées sous certaines conditions particulières. L'essentiel n'est donc pas tant d'énoncer, par exemple, que l'hôpital ne doit pas remplir des fonctions de premier échelon, mais d'explicitier pourquoi et sous quelles conditions on fait l'hypothèse que la réalisation de fonctions de premier échelon à l'hôpital entraînera des dysfonctionnements. C'est au prix de cet effort permanent d'explicitation que l'on évitera que le modèle ne dérive de sa fonction d'outil de recherche et devienne dogme.

Autant le travail de recherche empirique à propos de systèmes de santé peut bénéficier d'un modèle tel que celui du système de santé intégré, autant le modèle a donc besoin, pour s'affiner et évoluer, d'être confronté aux réalités du terrain.

## Références

Chalmers AF (1987) *Qu'est-ce-que la science ?* La Découverte, Paris.

Equipe du Projet Kasongo (1981) Le Projet Kasongo; une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 60 supplément, 1-54

Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (GERM) (1971) Pour une politique de la santé. La Revue Nouvelle / Vie Ouvrière, Brussels.

Léonard J (1981) La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle. Aubier Montaigne, Paris.

Mercenier P (1979) Soins de santé et développement, *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 59, supplément, 5-11.

Mercenier P (1988) *Le rôle du centre de santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires* Cours International pour la Promotion de la Santé, Institut de Médecine Tropicale, Antwerp, pp. 36.

Ryle JA (1942) Aetiology : a plea for wider concepts and new study. *The Lancet* **ii**, 6202-6203.

Unger JP & Criel B (1995) Principles of health infrastructure planning in less developed countries, *International Journal of Health Planning and Management* **10**, 113-128.

Van Lerberghe W (1993) Les politiques de santé africaines : continuités et ruptures. *Bulletin des Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer* **39**, 205-230

Van Lerberghe W & Lafort Y (1990) The role of the hospital in the district : delivering or supporting primary health care ? In *Current Concerns, SHS Paper 2*. WHO, Geneva.

WHO (1987) Report of the Interregional Meeting on Strengthening Health Systems based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987. WHO, Geneva.