
Des points de rencontre entre recherche et gestion

Harrie Van Balen¹

Introduction

Une bonne gestion augmente la probabilité que les résultats souhaités se réalisent. Plus le processus gestionnaire est rationalisé et suit un protocole préétabli, plus l'approche peut être appelée scientifique.

Pour maintenir, voire renforcer la confiance du personnel opérationnel dans sa propre capacité de bien gérer son service, il est important que la réalisation des phases successives du cycle de la gestion soit, autant que possible, intégré dans les activités de ce personnel. Pour éviter une surcharge de travail il y a lieu de limiter les actes de gestion à l'essentiel.

A partir d'un certain niveau de complexité l'approche scientifique, devenue trop exigeant en temps et en compétence, peut se développer en une action de recherche spécifique et pertinente, demandant des ressources supplémentaires (Van Lerberghe 1990 ; Mercenier 1992).

Si la recherche concerne les tâches et les responsabilités du personnel, il s'agit de "recherche-action", une méthodologie qui doit faire appel au personnel opérationnel. Cette mobilisation n'est justifiée que si la recherche est pertinente et si le jeu en vaut la chandelle.

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Cet article consacre quelques considérations à ces aspects dans le cadre de la gestion des établissements de soins dans un district de santé intégré.

La recherche pour améliorer la prise de décision

Gérer un système, signifie gérer un ensemble incomplètement connu dont les éléments sont en interaction d'une manière incomplètement connue : d'une part les changements introduits intentionnellement n'ont pas uniquement les effets voulus; d'autre part des changements sont introduits par des facteurs que nous n'avons pas sous contrôle.

A n'importe quel niveau du système les décisions de gestion impliquant le futur sont donc prises avec un certain degré d'incertitude. La recherche sur la gestion n'a pas comme but principal de quantifier les résultats et les efforts mais bien d'améliorer la prise de décision par les personnes qui gèrent le système aux différents niveaux (Frenk 1995). Une approche scientifique ou une recherche spécifique pour clarifier un problème peut éclairer les décisions de départ ou de réajustement et ainsi réduire le degré d'incertitude; n'empêche qu'il est essentiel de disposer d'un modèle conceptuel de référence pour pouvoir mettre le cap dans la direction de la destination voulue.

Illustrons le rôle d'approche scientifique dans la gestion par une métaphore : si l'on veut rendre quelqu'un compétent dans un jeu de cartes, il n'est pas très utile de calculer la corrélation entre la qualité des cartes reçues et le nombre de plis gagnés ou perdus, mais bien d'accompagner cette personne quand elle joue et l'aider à corriger ses erreurs, à combler les manques de jugement pour qu'elle puisse obtenir les meilleurs résultats avec les cartes dont on dispose.

De même il est primordial que le chercheur prenne conscience des compétences et des outils dont le gestionnaire dispose pour jouer son rôle. A partir de ces acquis du gestionnaire, le chercheur peut alors l'aider à déve-

lopper une gestion plus scientifique, c'est-à-dire à mieux comprendre les bases et les effets de ses décisions, à interpréter les événements et à développer des procédures qui permettent de résoudre les problèmes dans un contexte donné.

Le style participatif de la gestion d'un système intégré de soins de santé

Focalisons la discussion sur la gestion, au niveau d'un district, d'un système de soins de santé basé sur les concepts des Soins de Santé Primaire (SSP). Même si nous ne discutons pas la coordination avec d'autres secteurs qui influencent la santé, il y a lieu de rester conscient que le système de soins s'inscrit dans et est influencé par un système de santé plus vaste. Une politique de santé inspirée par le concept des SSP s'intègre au 'développement global'. Dès lors, elle ajoute à l'efficacité et l'efficience des soins sur le plan santé une exigence plus globale : leur contribution à l'autonomie et l'autodétermination des gens. Cela implique un style participatif de gestion. Le style serait différent si le système des soins est géré comme un sous-système de l'industrie médicale ou d'un système de création d'emplois (Van Balen 1994 ; Equipe du Projet Kasongo 1981).

La participation à la gestion, pour être sensée, doit résulter d'un dialogue entre le personnel de santé et la population qu'il sert. Pour qu'un dialogue continu puisse être établi avec des personnes, familles et organisations, la population à laquelle elles appartiennent doit être suffisamment restreinte. Inévitablement cela se traduit par une décentralisation des services de santé de premier échelon : la porte d'entrée du système et le lieu préférentiel pour orchestrer la continuité, l'intégration et la globalité des soins. Les tâches non réalisables à ce niveau pour des raisons techniques ou économiques sont centralisés dans des établissements de transfert. Les composantes du système qui offrent des soins (les soins à domicile, dans la communauté, au premier échelon et à l'échelon de transfert), ont des fonctions complémentaires.

Pour réaliser cette complémentarité il faut un organe de décision ou de concertation qui gère, au niveau du district, la prise en charge des problèmes par l'échelon le plus adéquat et qui veille à la complémentarité des services de santé aux soins que la population est capable de réaliser elle-même.

La réalisation d'un district intégré capable de donner des soins de santé adéquats présuppose quelques conditions minima : la possibilité de mobiliser les ressources adéquates, tant humaines que matérielles pour établir et faire fonctionner un réseau de centres de santé (services de premier échelon), un hôpital capable de réaliser les techniques courantes chirurgicales, obstétricales, médicales, de laboratoire et d'imagerie (Van Balen 1994).

Sans possibilité ou désir de changement la recherche sur la gestion est inutile

La situation de départ du système quelque soit le point où il se situe actuellement par rapport au modèle de référence, est le résultat d'un passé, de contraintes ou obstacles, identifiés ou non, des rapports de pouvoir et de décisions et de comportements d'acteurs dans et à l'extérieur du système.

Les conditions pour introduire un changement ne sont pas toujours réunies. Il se peut que le pouvoir de ceux qui ont intérêt au maintien de la situation bloquent activement toute tentative de changement. Il se peut qu'une personne officiellement chargée de gérer un service n'a pas l'autorisation de mobiliser des ressources au delà de ce qui lui a été accordé sur base de décisions (ou contraintes) centrales et qu'il doit réaliser ou faire réaliser des activités suivant des instructions décidées au niveau central. Il est normal que dans une situation où toute créativité est mal vue, la personne "en charge" préfère ignorer ou dissimuler les problèmes plutôt que de les aborder rationnellement. Le seul élément qu'on évalue est que les soins ordonnés sont réalisés pour autant que les ressources accordées nous le permettent. Dans de pareilles situations une recherche pour éclairer les dé-

cisions qui renforcent l'intégration du système n'a pas de sens. Il y a d'autres situations, où la gestion du système n'est pas formalisée, par exemple celle du médecin généraliste "moyen". Il a la compétence et la motivation et dispose des ressources pour la prise en charge de patients ou personnes à risque en mettant en oeuvre tout l'arsenal du progrès médical dont il dispose. Les dernières années, surtout en Europe, le généraliste intègre même davantage l'autonomie du soigné dans les décisions. Il reste toutefois rare qu'il envisage de participer à la gestion d'un système de district intégré (Van Dormael 1995). Les audits médicaux ou d'autres formes d'évaluation de la qualité des soins et de l'interférence entre premier et deuxième échelon peuvent susciter un désir d'amélioration du fonctionnement du système.

Enfin, la recherche sur la gestion ne peut pas être un événement isolé : elle s'inscrit dans un processus continu.

Les bases des décisions empiriques dans la gestion du système intégré

Les décisions empiriques sont prises parce qu'un décideur estime qu'elles permettent de résoudre un problème, de réaliser un but. Elles sont inévitablement inspirées d'une connaissance implicite ou explicite de la situation "locale", des techniques impliquées, des lois qui gèrent les rapports humains et du changement qu'on veut réaliser. Plus on explicite les bases, plus facile sera-t-il d'aborder scientifiquement le processus gestionnaire.

Quant à l'analyse de la situation locale, avant d'établir des services de base, il suffit d'avoir des données raisonnablement fiables sur le nombre d'habitants, leur appartenance à des ensembles sociaux ou culturels, leur structure d'âge et leur répartition géographique; sur les caractéristiques géographiques du district; sur les ressources humaines et matérielles disponibles pour faire fonctionner un système intègre; sur les problèmes de santé les

plus courants; sur les caractéristiques politiques, sociales et culturelles ; sur le fonctionnement d'autres structures ou secteurs en rapport avec le santé (WHO 1993). Des documents existants, le dialogue avec des personnes-clefs du milieu, des discussions avec des "focus-groups" et éventuellement des visites permettent au gestionnaires de "se mettre à jour". La connaissance de la situation locale, le diagnostic communautaire, se développera progressivement quand le système fonctionne, à condition qu'on ait veillé à l'instauration des mécanismes et canaux de communication.

Finalement, les décisions reflètent consciemment ou non, le souci de donner au système de soins existant une certaine orientation. Si le gestionnaire a opté pour l'orientation "système intégré", autant vérifier si les décisions concernant les modes de fonctionnement et les activités à réaliser favorisent cette orientation.

Les mêmes "données de base" vont avoir une influence sur la façon dont les activités ou modes de travail décidés vont être traduits en instructions plus ou moins explicites et détaillées. Ce n'est qu'en cours d'action qu'il sera possible d'apprécier la faisabilité (évaluation opérationnelle) et le degré de réalisation ce qu'on a voulu réaliser (évaluation analytique).

Les rapports entre tous ces éléments sont représentés à la Figure 1.

La vérification des prévisions

Le premier pas vers une approche scientifique dans la gestion des services est de préciser quel effet l'on attend des décisions prises empiriquement. Cela permettra de vérifier dans quelle mesure les prévisions (qu'il s'agisse de l'utilisation adéquate du service ou de la qualité de la communication, ou de la couverture des besoins, ou de l'efficacité et de l'efficience des soins) se réalisent.

Nous avons déjà mentionné que le système de soins, comme tout autre système évolue continuellement, partiellement à cause des actions mises en oeuvre, de l'application des décisions et partiellement à cause d'éléments qu'on n'a pas sous contrôle. Il est donc nécessaire de créer un système d'information qui permet aux personnes responsables de la gestion d'une composante ou de l'ensemble du système, de se rendre compte de l'évolution de la situation. Ensuite faut-il que les gestionnaires jugent et réagissent correctement tenant compte du rôle que la composante qu'ils gèrent, joue dans le système intégré. L'approche scientifique des actes de gestion courants contribuera plus au savoir-faire des responsables dans la gestion dynamique du système des soins, que l'analyse de corrélations entre "input" et "output".

Pour l'équipe de direction d'un district intégré, il ne suffit pas qu'elle ait la compétence d'approcher scientifiquement la gestion. Il faut qu'elle apporte aux équipes opérationnelles (centres de santé, hôpitaux) un appui technique et méthodologique adéquat pour qu'à tous les niveaux, les responsables se rendent compte qu'ils sont capables de constater dans quelle mesure les effets attendus se réalisent. Au niveau du district, la volonté de réaliser ou d'améliorer un système intégré, trop souvent ne va pas de pair avec la compétence requise pour sortir de la routine. C'est alors aux responsables régionaux ou nationaux, éventuellement avec l'appui de chercheurs familiarisés avec la gestion d'un système de santé, de réaliser ce support technique.

Tableau 1. Caractéristiques des types de recherche (Mercenier & Van Dorraael).

	Recherche traditionnelle	Recherche traditionnelle	Recherche opérationnelle	Recherche action
Objectif direct	Connaissance	Décision optimale	Décision optimale	Décision optimale
Résultats	Universels	Situationnels	Situationnels	Situationnels
Sous-produits		Modèle mathématique universel	Modèle mathématique universel	Modèle comportemental universel
Type de problèmes	Techniques et/ou sociaux	Dimension technique universelle	Dimension technique universelle	Dimensions sociale et comportementale prépondérantes
Approche	Généralement focalisée	Systemique	Systemique	Systemique
Hypothèses	Généralement statiques	Dynamiques	Dynamiques	Dynamiques
Position des acteurs	Externes au processus	Externes au processus	Externes au processus	Certains participent au processus
Position des chercheurs	Neutres	Neutres	Neutres	Engagés
Zone de recherche		Zone représentative	Zone représentative	Zone favorable
Durée	Variable	Variable	Variable	Long terme

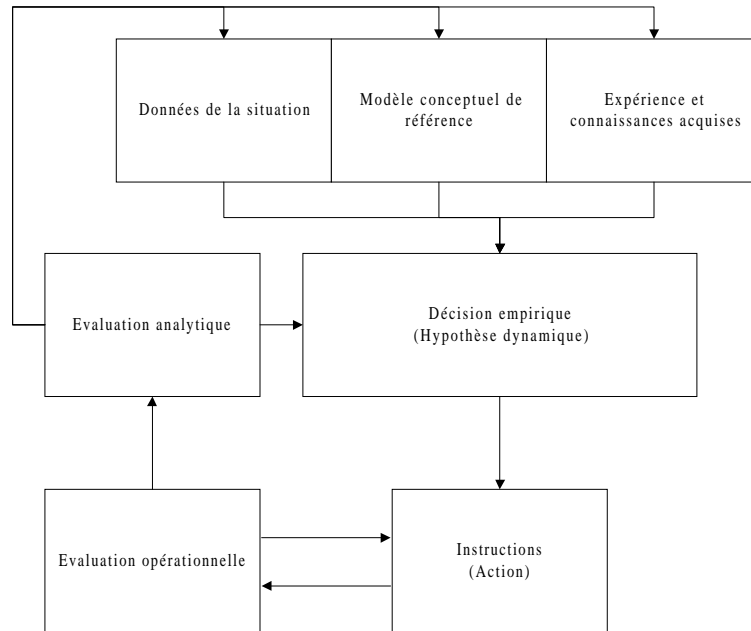
Une démarche prioritaire est d'aider le gestionnaire à mettre au point ou adapter un système de recueil de données valides et fiables qui permet d'évaluer les résultats en termes de solution de problèmes, réalisation de couverture, interactions avec la communauté et d'estimer l'allocation des ressources aux différentes activités et fonctions du premier niveau d'approche scientifique. Mettre au point le système d'information nécessite souvent la mise au point préalable des bases de certaines décisions empiriques. Si le gestionnaire le réalise en équipe avec une autorité compétente ou avec un chercheur, il arrive que cette mise au point permet d'ores et déjà d'améliorer les décisions. Quoiqu'il en soit, il y a lieu d'identifier les données à recueillir en vue de vérifier si les prévisions se réalisent.

Si l'évaluation montre que les attentes ne sont pas réalisées, il reste une étape avant d'éventuellement modifier la décision ou l'instruction : essayer de savoir pour quelle raison les prévisions ne sont pas réalisées.

La vérification d'hypothèses explicatives

L'observation de l'action et le dialogue avec les acteurs est nécessaire pour comprendre pourquoi les attentes ne sont pas réalisées et pour estimer si les obstacles identifiés sont surmontables à l'intérieur du système. Si l'on suppose qu'un problème est dû à un manque de produits, à l'inadéquation de l'équipement, au manque d'un véhicule etc., il est relativement facile de vérifier cette hypothèse par des mesures correctrices. S'il s'agit surtout d'obstacles de type comportemental (volume ou type de travail, aspirations des soignants ou des soignés, attitude des acteurs, rapports de force etc.) il est évident que, pour comprendre le problème, l'observation des différents acteurs et/ou le dialogue avec eux est nécessaire. La mesure correctrice, le changement à introduire pour vérifier l'hypothèse explicative, doit être formulé en collaboration avec les acteurs concernés.

Figure 1. Approche scientifique du processus gestionnaire (Mercenier 1992).



La recherche-action

Quand les obstacles identifiés sont bien formulés, une solution peut être proposée, tout en sachant que les réactions des sujets concernés ne sont que partiellement prévisibles.

Une approche scientifique signifie donc que le changement à introduire soit formulé sous forme d'hypothèses qui explicitent que si nous introduisons tel(s) changement(s), nous parviendrons à réaliser telle chose.

Ce n'est qu'en passant à l'action, en introduisant le changement, que nous pourrions vérifier si nous obtenons l'effet recherché. Cette méthode s'appelle la recherche-action, la recherche sur la possibilité de réaliser un changement voulu, dans un contexte donné (Susman & Evered 1978) (Tableau 1).

En fait, une supervision réalisée pour trouver avec le supervisé la solution d'un problème et pour l'accompagner à la mise en pratique de cette solution, est une approche de recherche-action. Cela compte pour toutes les démarches où les "chercheurs opérationnels" (dans notre cas des soignants qui abordent scientifiquement un problème) font appel à une personne d'une compétence technique plus grande pour tester une alternative des actions actuelles (cfr. groupes "Balint").

L'adaptation éventuelle des décisions et instructions ne résulte pas uniquement de l'évaluation opérationnelle et analytique (Figure 1). En effet, puisque la situation de départ évolue constamment, tant par les activités du système de soins que par des facteurs externes, l'analyse de la situation locale doit se faire continuellement. Quand des éléments qui étaient à la base des décisions empiriques, ont changé, il est clair que la décision même doit également être réexaminée. Les connaissances acquises, autre base des décisions empiriques, évoluent aussi continuellement. Finalement, l'application de la recherche-action dans des situations différentes peut raffiner le modèle conceptuel de référence, la troisième base des décisions empiriques.

Les limites de la recherche intégrée dans le service

Le premier niveau de l'approche scientifique (la vérification des résultats ou des processus attendus) peut augmenter l'efficacité du processus gestionnaire, à condition que le recueil de données se limite aux données fiables dont on a vraiment besoin pour la prise en charge d'un individu ou d'un service. Plus le recueil et le traitement des données s'étendent au delà du

besoin minimum, plus l'effort requis risque de compromettre le processus gestionnaire normal. Or, il faut réserver du temps pour formuler et vérifier dans le service (éventuellement avec un appui extérieur) les hypothèses explicatives. En effet, l'observation et le dialogue nécessaires pour la vérification des hypothèses explicatives consomment inévitablement du temps du personnel opérationnel. Ici aussi l'efficacité s'impose. L'appui de l'autorité hiérarchique ou de chercheurs extérieurs familiarisés avec le système de soins, est nécessaire pour mettre au point les méthodes d'analyse. Cela permet de gagner du temps et diminue le risque que les analyses supplantent le travail normal.

Si jamais l'effort requis n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service, la réalisation de la recherche par les membres de l'équipe demande un élargissement de cette équipe. Pour ne pas compromettre la cohérence de l'équipe et surtout pour pouvoir analyser les variables "comportementales", il est important que la personne ajoutée à l'équipe répartisse son temps entre recherche et travail opérationnel et que plusieurs membres du personnel opérationnel puissent réserver en revanche une partie de leur temps à la recherche.

La place de la recherche-action formelle

Parfois il n'est pas réaliste de vouloir trouver la réponse à un problème identifié par une recherche intégrée dans le service. Dans ce cas, une recherche formelle est à envisager. Cela implique faire appel à des chercheurs externes pour la définition du problème et l'élaboration du protocole de recherche. Pour les recherches sur les variables comportementales, la méthodologie à utiliser est la recherche-action, qui fera inévitablement appel au personnel opérationnel. Une recherche de ce type ne peut être entamée que si les conditions suivantes sont garanties:

- la recherche ne peut pas se substituer aux responsabilités de gestion scientifique de l'équipe opérationnelle.

- la recherche doit tenir compte des contraintes du système dans le contexte étudié.
- le temps recherche à fournir par le personnel opérationnel doit être compensé par une augmentation proportionnelle du personnel de cette équipe.

Enfin, une recherche formelle coûte cher. A cause de ce coût et à cause de toutes les précautions à prendre, elle doit donc être pertinente et répondre au moins aux conditions suivantes :

- soit le problème est ressenti comme un blocage important dans un des éléments du système;
- soit le problème est identifié dans plusieurs situations analogues;
- soit la recherche concerne une solution qui a fait preuve à un endroit mais doit être testée dans quelques autres contextes avant d'être généralisée.

Dans ce dernier cas, la recherche fait probablement partie d'une recherche formelle qui dépasse la gestion du système dans la situation actuelle. Il s'agit éventuellement d'une extension d'une recherche plus vaste située dans un district de recherche qui " *vise une meilleure compréhension du système par la clarification du modèle conceptuel et l'acquisition de nouvelles expériences qui peuvent être mises à la disposition des districts* " (Nitayarumphong & Mercenier 1992).

Références

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.

Frenk J (1995) The Power of Ideas and the Ideas of Power : Challenges to ENHR from Health Systems Reform. *Research into action*, 2, July-Sept. Council on Health Research for Development & UNDP, Geneva.

Mercenier P (1992) Consultation pour définir les priorités et un plan de recherche sur le système de santé au Mali. Rapport de mission. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

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 systems research*. Research Reports. Contract holders meeting. Commission of the European Communities, Directorate General XII, Science, Research and Development. 8-10 April 1992. International Children's Centre, Paris.

Susman GI & Evered RD (1978) An assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly* 23, 582-603.

Van Balen H (1994) The Kasongo Project : a case study in community participation. *Tropical Doctor* 24, 13-16

Van Dormael M (1995) Médecine générale et modernité. PhD Thesis. Université Libre de Bruxelles, Brussels.

Van Lerberghe W (1990) The relevance of research projects. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 70, 47-53.

World Health Organization (1993) Rapid Evaluation Method Guidelines for MCH, FP and other Health Services. WHO/MCH-FPP/MEP/93.1