

Université de Montréal

L'analyse de l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en
développement : le cas d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti

Par

Thierno Baldé

École de santé publique

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté de Médecine en vue de l'obtention du grade de doctorat
en santé publique, option organisation des soins de santé

Février 2011

© Baldé Thierno 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

L'analyse de l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en
développement : le cas d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti

présentée par :

Thierno Baldé

a été évaluée par un jury composé par les personnes suivantes :

Paul Lamarche

président-rapporteur

François Champagne

directeur de recherche

Lambert Farand

codirecteur de recherche

Carl-Ardy Dubois

membre du jury

Yv Bonnier Viger

examineur externe

Deena White

représentant du doyen

RÉSUMÉ

Les systèmes de santé des pays en développement font face à de nombreux enjeux organisationnels pour améliorer l'état de santé de leur population. Au nombre de ces enjeux, il est fréquemment mentionné la présence d'organisations internationales ayant des objectifs et caractéristiques peu convergents et qui interviennent de façon non nécessairement coordonnée. Cette thèse explore la thématique de l'introduction du changement dans ces systèmes de santé en mettant un accent spécifique sur l'enjeu lié à la présence de ces organisations internationales.

La méthodologie utilisée est une analyse de concept. Cette approche méthodologique consiste à effectuer des revues critiques de la littérature sur des concepts, à mobiliser de nouvelles approches théoriques pour clarifier ces concepts et à réaliser des études de cas pour leur mise à l'épreuve empirique.

En nous appuyant sur la théorie de l'action sociale de Parsons, la théorie de la complexité ainsi que les expériences d'introduction du changement dans différents systèmes de santé, nous avons développé un cadre théorique d'analyse de l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement (1^{er} concept). Ce cadre théorique, qui suggère de concevoir le processus d'introduction du changement comme un système d'action sociale complexe et émergent, a été appliqué à l'analyse de l'introduction d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti. Plus précisément, nous avons analysé une étape ainsi que certains aspects du mécanisme sous-jacent au processus d'introduction du changement. Ce faisant, nous avons analysé, dans les deux premiers articles de la thèse, l'étape d'adoption du système de surveillance épidémiologique (2^{ème} concept) ainsi que les déterminants de la collaboration entre les organisations impliquées dans le processus d'introduction du

changement (3^{ème} concept). Les résultats de ces analyses nous ont permis d'objectiver de faibles niveaux d'adoption, ainsi qu'une faible articulation des déterminants de la collaboration entre les différentes organisations impliquées dans le processus d'introduction du changement. Partant de ces constats, nous avons pu mettre en évidence, dans le troisième article, une phase de « chaos » dans le fonctionnement du système de santé d'Haïti. Cette phase de « chaos », qui pourrait expliquer les difficultés liées à l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement en général et plus particulièrement en Haïti, était caractérisée par la présence d'un ordre sous-jacent au désordre apparent dans le fonctionnement de certaines composantes du système de santé d'Haïti, l'existence d'une instabilité, d'une imprédictibilité ainsi que d'une invariance structurelle aux différents niveaux de gouvernance. Par ailleurs, cette recherche a également permis de démontrer que les caractéristiques du « chaos » sont entretenues par la présence de trois groupes de systèmes d'action sociale bien articulés et bien cohérents à tous les échelons de la pyramide sanitaire en Haïti. Il s'agissait des systèmes d'action liés aux agences de coopération bilatérale, ceux liés aux initiatives ou fondations internationales de lutte contre le sida et finalement ceux associés aux organisations onusiennes. Ces systèmes d'action sociale sont en outre associés à d'autres systèmes d'action plus complexes qui sont situés à l'extérieur du système de santé d'Haïti.

Au regard de ces résultats, nous avons proposé une nouvelle approche permettant de mieux appréhender l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement et qui s'inscrit dans une logique permettant de favoriser une plus grande variété et une plus grande diversification. Cette variété et cette diversification étant soutenue par la création et la mise en place de plusieurs interconnexions entre

tous les systèmes d'action en présence dans les systèmes de santé qu'ils soient d'appartenance nationale, internationale ou qu'ils agissent au niveau central, départemental ou local. La finalité de ce processus étant l'émergence de propriétés systémiques issues non seulement des propriétés des groupes de systèmes d'action individuels qui interviennent dans la constitution du système émergent, mais aussi d'autres propriétés résultant de leur mise en commun.

Mots-clés : Changement organisationnel; Gouvernance; Adoption; Collaboration; Théorie de l'action sociale de Parsons; Théorie de la Complexité; Système de santé; Pays en développement; Haïti

ABSTRACT

In an attempt to improve the health status of their population, health care systems in developing countries face several organizational issues. These issues include the presence of international organizations with different goals and characteristics, as well as little convergence and poor coordination. While focussing on this specific issue, the objective of this dissertation is to deeply explore the issues related to the process of introducing change in health care systems of developing countries. The research method for this study is a concept analysis that requires a literature review, the use of new theories to clarify these concepts as well as the use of case studies to empirically validate these concepts.

Using Parsons's social action theory and the complexity theory, a new theory of change (1st concept) was developed and applied to the process of introduction of an epidemiological surveillance system in Haiti. More specifically, in the first two articles, we have analysed the process of adopting the epidemiological surveillance system (2nd concept) and the determinants of collaboration among the different organizations involved in the change process (3rd concept). The results from these two articles enabled us to highlights the low level of adoption as well as the weak articulation of the determinants of collaborations between the various organizations involved in the change process.

From these analyses, we were able to highlights the dynamics of chaos operating in Haiti's health care system in the third article. This chaos stage which could enable us to show the difficulties associated with the introduction of change in health systems in developing countries in general, and Haiti in particular, was characterized by a hidden order underlying an apparent disorder in the operation of certain components of the

Haitian's health system, the existence of instability, unpredictability as well as structural invariance at various levels of governance. Moreover, this research also enabled us to show that these characteristics are maintained by the presence of three well articulated and coherent social action systems at all levels of the health pyramid. They are those related to bilateral cooperation agencies, those related to international foundations and global initiatives fighting against AIDS, and finally those associated with the United Nations Organizations. These social action systems are also associated with other more complex systems outside the Haiti's health system.

On the basis of these results, we proposed a new approach to understand the process of introducing change in health care systems of developing countries that would fit into the logic that supports the setting up a larger interconnections and diversification among various organizations involved.

Key issues: Organizational Change; Governance; Adoption; Collaboration; Parsons's social action theory; Complexity theory; Health care system; Developing countries; Haiti

DÉDICACES

À Fory, à Chérie et à toute ma famille. Puisse cette thèse témoigner de ma reconnaissance pour votre soutien et votre affection sans faille durant ce cheminement de vie.

RÉMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à mes deux directeurs de recherche François Champagne et Lambert Farand. Je vous remercie très chaleureusement pour m'avoir guidé et soutenu lors de ce cheminement professionnel et personnel.

Merci à l'équipe de l'Unité de Santé Internationale de l'Université de Montréal et plus particulièrement, à Lucien Albert et Karina Dubois-Nguyen pour avoir permis que ma recherche doctorale s'appuie sur un projet de l'Unité de Santé Internationale en Haïti.

Merci à l'équipe de la Direction de l'Épidémiologie du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti, à l'équipe du projet MSPP/BID ainsi qu'à l'équipe du projet PARC en Haïti pour m'avoir accueilli parmi eux et pour avoir facilité mes travaux de recherche durant mon séjour en Haïti.

Merci à tous mes collègues et amis du programme de santé publique, des départements d'administration de la santé et de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Merci aussi au Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), à l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) et à la Faculté Études Supérieures de l'Université de Montréal pour les bourses et le soutien financier qu'ils m'ont octroyés lors de ma formation doctorale.

Table des matières

RÉSUMÉ	iv
ABSTRACT	vii
DÉDICACES	ix
RÉMERCIEMENTS	x
Liste des tableaux	xv
Liste des figures	xvi
CHAPITRE I : INTRODUCTION	18
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS.....	24
Contexte économique général des pays en développement	25
Contexte organisationnel général des pays en développement	29
La Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International.....	30
Les Organisations du système des Nations-Unis	34
Les autres organisations internationales.....	36
Synthèse.....	40
Caractéristiques des systèmes de santé des pays en développement.....	41
Description du fonctionnement du niveau central de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement	42
Rôle, prépondérance et articulation entre les différents secteurs de la santé	44
Financement des systèmes de santé des pays en développement.....	47
Les ressources humaines dans les systèmes de santé des pays en développement	48
Synthèse de la littérature sur l'organisation des systèmes de santé des pays en développement.....	51
Approches théoriques d'analyse du changement dans les organisations.....	52
La théorie de l'action sociale de Parsons.....	61
La théorie de l'action sociale de Parsons dans la réinterprétation des principales approches théoriques du changement.....	72
L'analyse du changement dans les systèmes de santé.....	88
Expériences d'introduction du changement dans le système de santé canadien...	89
Expériences d'introduction du changement dans le système de santé des États-Unis	101

Expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé en Europe	107
Expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement.....	108
La théorie de la complexité	120
Théorie générale des systèmes	121
Cybernétique	123
La science de la complexité dans les sciences sociales et de la santé.....	129
Fondements de la surveillance épidémiologique	132
Caractéristiques d'un système de surveillance épidémiologique	132
Trois études de cas d'implantation de systèmes de surveillance épidémiologique	138
CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE	143
Questions de recherche.....	157
CHAPITRE IV : CONTEXTE ET CADRE DE L'ÉTUDE.....	160
Contexte de l'étude	160
Cadre de l'étude : le projet d'introduction du système de surveillance épidémiologique en Haïti.....	165
Paramètres d'organisation	169
Caractéristiques de processus	169
Contenu et objet de surveillance.....	169
CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE.....	175
Analyse des concepts.....	175
Stratégie de recherche pour la réalisation des revues de la littérature	180
Réalisation opérationnelle de la composante empirique de la thèse	185
CHAPITRE VI : RÉSULTATS	191
ARTICLE 1: ANALYSE ET MESURE DU PROCESSUS D'ADOPTION D'UNE INNOVATION INTERORGANISATIONNELLE	192
ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE CONCEPT D'ADOPTION	197
Adoption vue comme un phénomène ponctuel.....	197
Position de la phase d'adoption dans l'introduction du changement.....	198
Importance de la phase d'adoption dans l'introduction du changement.....	199
Linéarité de la phase d'adoption	201

Mesure de l'adoption	201
CADRE CONCEPTUEL POUR L'ANALYSE ET LA MESURE DE L'ADOPTION	204
Opérationnalisation de la mesure de l'adoption	209
Composante stratégique de l'adoption	210
Composante logique de l'adoption	211
Composante normative de l'adoption	213
ÉTUDE DE CAS : LA MESURE DU PROCESSUS D'ADOPTION D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN HAÏTI.....	215
Méthodologie	218
Résultats	223
Mesure proprement dite de l'adoption.....	232
Validité de l'étude de cas.....	237
CONCLUSION.....	242
Références bibliographiques	244
ARTICLE 2: ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'ÉMERGENCE D'UN PHÉNOMÈNE DE COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE : LE CAS D'INTRODUCTION D'UN SYSTÈME D'INFORMATIONS SANITAIRES EN HAÏTI	247
INTRODUCTION.....	248
ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE ET SES DÉTERMINANTS	253
La collaboration interorganisationnelle dans la littérature en théorie des organisations.....	253
La collaboration interorganisationnelle dans la littérature en santé internationale et dans le système de santé haïtien.....	255
CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	259
MÉTHODOLOGIE.....	265
RÉSULTATS	270
DISCUSSION	284
CONCLUSION.....	288
Références bibliographiques	290
ARTICLE 3 : GOUVERNANCE DES SYSTÈMES COMPLEXES, LE CAS DU SYSTÈME DE SANTÉ D'HAÏTI	292
INTRODUCTION.....	293

LE CONCEPT DE GOUVERNANCE DANS L'ANALYSE DES SYSTÈMES COMPLEXES.....	297
LA THÉORIE DE LA COMPLEXITÉ ET SON APPLICATION DANS L'ANALYSE DES ORGANISATIONS.....	299
Entités dynamiques et non linéaires.....	300
Ordre et auto-organisation.....	302
Auto-similarité et invariance structurelle.....	302
MÉTHODOLOGIE.....	304
LE SYSTÈME DE SANTÉ D'HAÏTI DANS UNE PHASE DE « CHAOS».....	308
Caractéristique d'ordre dans certaines composantes du système de santé haïtien.	308
Caractéristique d'invariance structurelle ou d'autosimilarité.....	311
Caractéristiques d'instabilité et d'imprédictibilité.....	315
APPROCHES POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN .	317
CONCLUSION.....	323
Références bibliographiques.....	325
CHAPITRE VII : CONCLUSION GÉNÉRALE.....	329
Rigueur de l'étude.....	339
Aspects éthiques.....	348
La suite.....	349
RÉFÉRENCES.....	350
ANNEXES.....	365
Grille de mesure pour l'évaluation du niveau d'adoption du projet de renforcement de la surveillance épidémiologique.....	365
Grille d'entrevue : thématiques de gouvernance et de collaboration interorganisationnelle.....	369
Certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine (CERFM).....	372

Liste des tableaux

Tableau 1: Aperçu des études synthèses portant sur le changement organisationnel...	55
Tableau 2: Organisations impliquées dans le fonctionnement des « systèmes d'informations sanitaires » des programmes verticaux	172
Tableau 3: Caractéristiques générales des organisations impliquées dans le projet de renforcement de l'épidémiologie	173
Tableau 4: Centralité et position du concept d'adoption dans la littérature	200
Tableau 5: Mesure du concept d'adoption dans la littérature	202
Tableau 6: Liste des organisations impliquées dans la démarche d'adoption	220
Tableau 7: Variables recherchées dans les différents systèmes d'action	267
Tableau 8: Liste et caractéristiques des organisations impliquées dans le système d'informations sanitaires d'Haïti.....	269
Tableau 9: Caractéristiques des fonctions de rationalité des systèmes d'action investigués	272
Tableau 10: Caractéristiques des fonctions de production des systèmes d'action investigués	274
Tableau 11: Caractéristiques des fonctions d'adaptation à l'environnement des systèmes d'action investigués	279
Tableau 12: Caractéristiques des fonctions normatives des systèmes d'action investigués	282
Tableau 13: Variables recherchées dans chacun des systèmes d'action (Adapté de Sicotte, Champagne et al. 1998).....	306

Liste des figures

Figure 1: le système d'action sociale de Parsons (Sicotte; Champagne et al. 1998)	67
Figure 2: Synthèse de la littérature portant sur l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement	109
Figure 3: Approche conceptuelle d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement	154
Figure 4: Conceptualisation de la théorie de l'action sociale de Parsons par Sicotte, Champagne et al. (1998).....	205
Figure 5: Réconceptualisation du processus d'adoption selon la théorie de l'action sociale de Parsons.....	208
Figure 6: Composante stratégique de l'adoption	211
Figure 7: Composante logique de l'adoption.....	213
Figure 8: Composante normative de l'adoption	214
Figure 9: Déterminants de l'émergence de la collaboration interorganisationnelle avec la théorie du système d'action sociale de Parsons	263
Figure 10: Principaux systèmes d'action sociale (SAS) présents dans le système de santé d'Haïti.....	310
Figure 11: Invariance structurelle dans le système de santé d'Haïti	315
Figure 12: Approche d'introduction du changement dans le système de santé d'Haïti	321

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

CHAPITRE I : INTRODUCTION

À l'instar d'autres pays en développement, le système de santé d'Haïti est confronté à de nombreux défis sanitaires et organisationnels pour améliorer l'état de santé de sa population.

L'analyse récente des indicateurs de santé fait ressortir les niveaux les plus bas du continent américain (IHE 2006). Tandis que la moyenne de l'espérance de vie des autres pays de la région va au-delà de 71 ans, la propagation des IST/VIH-Sida, la mortalité maternelle élevée, la faible prise en charge des maladies infectieuses, ainsi que l'aggravation de la mortalité infanto-juvénile ont contribué à réduire l'espérance de vie de la population haïtienne autour de 58 ans (OMS 2009).

Du point de vue organisationnel, il existe de nombreuses organisations internationales qui interviennent avec ou au sein de neuf programmes verticaux axés sur les problématiques majeures de santé publique. Ces programmes verticaux sont : le programme national de lutte contre la tuberculose, le programme national de lutte contre les IST VIH/Sida, le programme national d'élimination de la filariose lymphatique, le programme national de lutte contre la malaria, le programme élargi de vaccination, le programme national de santé de l'enfant, le programme national de nutrition, le programme national de réduction de la mortalité maternelle et le programme national d'élimination de la lèpre (MSPP 2003). Toutefois, le diagnostic établi sur le fonctionnement du système de santé d'Haïti montre un cloisonnement entre les activités menées par ces différentes organisations internationales et celles menées par les structures du ministère de la Santé publique et de la population (IHE 2006).

Devant ces défis sanitaires et organisationnels, le Ministère de la Santé publique et de la population (MSPP) avec l'appui de la Banque Interaméricaine de Développement (BID) ont initié, au printemps 2006, une démarche d'introduction d'un changement, à travers la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique (SSE). L'un des objectifs de ce projet de changement était de favoriser une plus grande collaboration entre les différentes structures organisationnelles qui interviennent directement ou indirectement dans la production et le traitement de l'information sanitaire en Haïti. La production d'informations sanitaires valides et fiables étant une des conditions nécessaires pour le fonctionnement optimal du système de santé.

Selon cette vision, une fois introduit, le système de surveillance épidémiologique doit être un outil intégré à toutes les structures et organisations de santé pour améliorer la production et le traitement de l'information sanitaire et favoriser ainsi une prise de décision plus appropriée à tous les niveaux de gouvernance du système de santé d'Haïti (Champagne, Boivin et al. 2006).

Considérant que les thématiques d'introduction du changement dans les systèmes de santé et de collaboration interorganisationnelle s'inscrivent dans le domaine spécifique de l'organisation des soins de santé, nous nous sommes inspirés de cette problématique pour entreprendre la réalisation de notre thèse de doctorat en santé publique.

L'objectif général de cette thèse consiste à approfondir la compréhension des différents enjeux organisationnels liés au processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, notamment celui d'Haïti. À cet objectif général, trois autres objectifs spécifiques viennent se rajouter. Ce sont:

- Élaborer et opérationnaliser un cadre d'analyse et de mesure du processus d'adoption des innovations interorganisationnelles à travers lesquelles le changement est introduit dans les systèmes de santé des pays en développement.
- Proposer un cadre intégrateur d'analyse des déterminants de la collaboration entre les différentes organisations qui s'engagent dans le processus d'introduction du changement.
- Analyser et comprendre le rôle des organisations internationales dans la dynamique de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement.

Pour rejoindre ces différents objectifs de recherche, nous aurons recours à un cadre théorique qui associe la théorie de l'action sociale de Parsons et la théorie de la complexité. Ayant des racines communes dans la théorie générale des systèmes, ces deux théories ont des attributs qui autorisent leur mise en commun afin d'analyser de façon appropriée les phénomènes sociaux et organisationnels complexes qui se déroulent lors du processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement. La théorie de Parsons stipule en effet que toute action sociale doit être analysée dans le cadre d'un système dont le fonctionnement repose sur l'exercice de quatre fonctions essentielles, à savoir l'atteinte des buts, la production d'action, l'adaptation à l'environnement et le maintien des valeurs; ces quatre fonctions intervenant simultanément l'une sur l'autre à travers six systèmes d'alignements (Sicotte, Champagne et al. 1998). Tandis que l'approche théorique de la complexité conçoit, quant à elle, les organisations et les systèmes organisationnels comme des systèmes complexes et adaptatifs ayant des caractéristiques dynamiques, non linéaires

et imprédictibles (Johnson and Burton 1994; Anderson 1999; Lewin 1999; Anderson, Crabtree et al. 2005).

Basée sur deux approches théoriques qui ont plusieurs similarités et singularités et tout en s'intéressant aux enjeux d'adoption, de collaboration interorganisationnelle et de gouvernance liés au processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, cette recherche doctorale devrait avoir les implications principales suivantes:

- Apporter à la communauté scientifique une approche théorique holistique pour analyser le processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement et des éléments conceptuels novateurs pour l'analyse de l'adoption des innovations interorganisationnelles ainsi que de la gouvernance des systèmes de santé des pays en développement.
- Éclairer les décideurs des systèmes de santé et de certaines structures organisationnelles internationales sur les déterminants de la mise en place d'une plus grande collaboration interorganisationnelle afin de parvenir ultimement à une allocation optimale des ressources disponibles dans les systèmes de santé des pays en développement.

Ainsi, pour faire suite à cette problématique de recherche, nous présentons dans les pages qui suivent, une première section de la thèse qui porte sur la recension des écrits. Par la suite, la synthèse de cette recension des écrits va nous conduire à proposer un cadre théorique qui nous permettra d'analyser le processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement et de préciser les différentes questions de recherche explorées dans la thèse. Dans la deuxième section,

nous décrivons le contexte et le cadre organisationnels dans lesquels s'est déroulée l'étude ainsi que les principaux aspects méthodologiques utilisés. La troisième section de la thèse présente les trois articles de résultats de la recherche. Le premier article porte sur l'analyse et la mesure du concept d'adoption du système de surveillance épidémiologique considéré ici comme l'innovation sociotechnique à l'origine de l'introduction du changement. Ayant objectivé ce processus d'adoption, nous analysons, dans le deuxième article, le phénomène de collaboration interorganisationnelle initié durant ce processus ainsi que ses déterminants. Dans le troisième article, nous mettons en évidence certaines caractéristiques de fonctionnement des systèmes de santé des pays en développement liées à la présence des organisations internationales et qui peuvent influencer le processus d'introduction du changement. Enfin, dans la dernière section du texte qui sert de conclusion générale, nous faisons ressortir le lien entre les composantes théoriques et empiriques présentées tout au long de la thèse et nous discutons des considérations éthique et de rigueur associées à la recherche.

CHAPITRE II : RÉCENSION DES ÉCRITS

CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS

Afin de ressortir les principaux aspects associés au processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, nous avons organisé cette recension autour de trois blocs d'écrits: un premier bloc qui va nous permettre de faire ressortir les caractéristiques économiques et organisationnelles générales des pays en développement, ainsi que les spécificités associées au fonctionnement de leurs différents systèmes de santé. Un second bloc plus axé sur l'identification et l'analyse des différentes approches théoriques du changement retrouvées dans la littérature en théorie des organisations. Un troisième bloc qui va permettre de tirer les enseignements issus de certaines études menées sur la thématique de l'introduction du changement dans les systèmes de santé. Enfin, une synthèse sous forme de cadre théorique pour l'analyse de l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement résultant de toutes les considérations mises de l'avant dans ces trois premiers blocs d'écrits suivra la présentation de ce chapitre.

Contexte économique général des pays en développement

Pour certains pays en développement d'Afrique subsaharienne, d'Amérique centrale et du sud ainsi que des Caraïbes, l'aide internationale, sous toutes ses formes, constitue un déterminant important pour le fonctionnement de leurs structures de gouvernance. Totalisant un montant estimé à près de 54 milliards de dollars US en 2000, cette aide internationale dénommée « Aide Publique au Développement » par le comité d'aide au développement de l'OCDE représente la majeure partie des flux financiers dirigée vers les pays en développement (Daudin and Ventelou 2003).

À des degrés certes divers, les pays en développement ne disposent pas des ressources financières suffisantes pour satisfaire les besoins sociaux de base de leurs populations. Ils requièrent par conséquent une part plus ou moins importante de l'aide financière internationale.

Au milieu des années 90, la part relative de cette aide dans le produit intérieur brut (PIB) pour la grande majorité des pays en développement était estimée à 10% (Cassels 1996; Lanjouw, Macrae et al. 1999). Toutefois, ce chiffre peut parfois atteindre les 20% pour certains pays en développement notamment ceux d'Afrique subsaharienne au sein desquels, une forte diminution du PIB a été enregistrée entre les décennies 80 et 90 (Van de Walle and Johnston 1996; World Bank 1998). La part relative des pays de cette région du monde dans l'économie mondiale est également restée très marginale et en constante diminution passant de 7% à 4% entre le milieu des années 70 et les années 80 (Callaghy and Ravenhill 1993). De nos jours, la part relative des pays d'Afrique subsaharienne dans le commerce international est estimée à 1.5% (Easterly 2002).

Même si les données publiées récemment par la Banque Mondiale sur les économies des pays d'Afrique subsaharienne sont plus optimistes par rapport aux données des décennies précédentes avec, notamment, une croissance économique qui s'accroît de 5,4% en moyenne par année, il reste que ces chiffres demeurent très en deçà des chiffres de croissance enregistrés dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique qui avoisinent les 10 % (Banque Mondiale 2008).

Ce constat d'économies faibles qui caractérise plusieurs pays d'Afrique Subsaharienne s'applique également à plusieurs autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes où les chiffres de croissance économique sont de l'ordre de 5% (Banque Mondiale 2008).

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ce constat. Bien que nous n'ayons pas l'ambition de revenir de façon exhaustive sur ces raisons, il reste qu'en plus des questions de mauvaise gouvernance évoquées dans la littérature scientifique et dans les publications de certaines institutions et agences internationales (World Bank 1994; Clapham 1996; World Bank 1998; Walt, Pavignani et al. 1999; Banque Mondiale 2008), d'autres phénomènes économiques et politiques plus globaux ont également influencé la dynamique évolutive des économies des pays en développement.

En effet, après la vague de décolonisation au début des années 60, les économies des pays en développement reposaient presque exclusivement sur l'exportation de ressources premières vers les industries de transformation des pays occidentaux. Or, la baisse constante des prix de ces ressources sur les marchés internationaux, associée au premier choc pétrolier de 1973 conduit la plupart de ces pays à davantage s'endetter auprès des grandes institutions financières occidentales avec des taux d'intérêt relativement bas (Clapham 1996; Muntaner, Salazar et al. 2006). Mais la récession

économique observée dans certains pays de l'OCDE au début des années 80 entraîna une augmentation de ces taux d'intérêt et conduisit la plupart des pays en développement dans un état de surendettement allant au-delà de leurs capacités de paiement. À titre illustratif, la moyenne de la dette des pays africains fut ainsi multipliée par quinze entre 1970 et 1990 (Clapham 1996).

Par ailleurs, la faiblesse des économies des pays en développement reste également associée au flux important de capitaux qui passent des pays en développement vers les pays développés. En effet, le paiement des dettes contractées auprès des sources publiques et privées avec les intérêts qui y sont associés, les bénéfices engendrés par les investissements privés et qui sont transférés par la suite dans les pays développés, font que certains auteurs considèrent que les flux financiers nets en provenance des pays du sud vers ceux du nord sont plus importants que les flux financiers qui s'effectuent dans le sens inverse (Gurtner 2007; Servet 2007).

En plus de ces phénomènes économiques globaux, un autre phénomène, cette fois de nature plus politique, a également concouru à la fragilisation des économies des pays en développement et limité, par conséquent, leur capacité à faire face à leurs responsabilités vis-à-vis de leurs populations. En effet, avec la chute de l'Union Soviétique en 1991 et la fin de la guerre froide, plusieurs économies des pays d'Afrique noire et d'Amérique latine, qui reposaient sur les investissements politico-stratégiques réalisés par les pays du bloc de l'est, allaient s'effondrer (cas du Mozambique, de l'Angola ou encore de Cuba); alors que les économies des autres pays soutenus par les pays du bloc opposé, celui de l'ouest, allaient également voir leur appui se réduire à une très grande échelle à cause de la disparition des tensions géopolitiques (cas de l'ex-

Zaïre, de l'Argentine ou encore de la Bolivie) (Clapham 1996; Pavignani and Durao 1999; Pfeiffer 2003; De Vos, De Ceukelaire et al. 2006; Muntaner, Salazar et al. 2006).

À ces différents phénomènes économiques et politiques, la dynamique actuelle de globalisation de l'économie mondiale associée à la baisse constante de l'aide internationale¹ fait que les perspectives de consolidation des économies des pays à ressources limitées paraissent encore lointaines. De plus, force est de croire que la crise financière internationale et la récession économique mondiale de 2009 risquent d'entraîner une diminution encore plus importante de l'assistance financière internationale consacrée aux différents pays en développement par les pays donateurs. Toutes choses qui ne feraient que ralentir l'accroissement de ces économies déjà assez faiblement dotées.

¹ L'objectif fixé en 2000 par les pays du G7 d'accorder 0,7% de leur PIB à l'aide au développement n'est encore atteint par aucun de ces pays.

Contexte organisationnel général des pays en développement

Les années qui ont suivi la fin de la deuxième guerre mondiale marquent un tournant décisif dans la reconfiguration du paysage politique international. En plus de la création des deux blocs idéologiques capitaliste de l'ouest et socialiste de l'est respectivement sous l'égide des États-Unis d'Amérique et de l'ex-Union soviétique, cette période marque également le moment où l'on commence à faire cas de façon plus explicite des régions dénommées « régions du tiers-monde » ou encore « pays sous-développés ». En effet, c'est lors du discours sur l'état de l'union de 1949 que le président des États-Unis de l'époque, Henry S. Truman, fit mention pour la première fois de la question de l'aide technique que les États-Unis devaient apporter aux peuples vivant dans l'ensemble des régions dites sous-développées (Rist 1996). Avant cette date, l'assistance technique et matérielle des États-Unis était essentiellement orientée vers certains pays d'Amérique latine (Grellet 1986; Rist 1996). Étant donné que l'essentiel des peuples auquel faisait allusion le président américain vivaient dans des colonies de certains pays européens (France, Grande-Bretagne, Espagne et Portugal), cette intention manifeste des États-Unis à s'impliquer dans ces régions sous-développées constituait dans une certaine mesure la fin de l'hégémonie unilatérale des pays européens en Afrique, en Amérique Latine et en Asie, mais aussi le début de toute la thématique liée au développement international (Rist 1996).

Parallèlement à ce discours introductif, deux autres événements survenus à la même période de l'après deuxième guerre mondiale viendront également marquer le devenir futur des régions sous-développées. Il s'agit en premier lieu de la création des institutions financières internationales (le groupe de la Banque mondiale et le Fonds

Monétaire international) et en second lieu, la création des Nations-Unies avec ses différentes organisations et agences spécialisées.

La Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International

À sa création lors de la conférence de Brettons-Wood en juillet 1944, la Banque Mondiale n'était constituée que d'une seule structure organisationnelle, la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD) (World Bank 2009). Cette organisation avait été créée pour supporter le Plan Marshall américain mis en place pour appuyer financièrement la reconstruction de certains pays européens et asiatiques touchés par la deuxième guerre mondiale. Toutefois, la fin de la période de reconstruction de ces différents pays au début des années 60, qui coïncidait par ailleurs à la vague de décolonisation de certains pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine, va entraîner une réorientation progressive des activités de la BIRD vers le développement économique de ces pays nouvellement indépendants (Gentillini and Duflo 1993; Calderisi 2006). Au fur et à mesure que cette réorientation se produisait, quatre autres organisations financières viendront se rajouter à cette première structure pour constituer ce que l'on appelle de nos jours, le Groupe de la Banque Mondiale. Il s'agit notamment de l'Association Internationale pour le Développement (IDA), la Société Financière Internationale (IFC), l'Agence Multilatérale de Garantie des Investissements (MIGA) et le Centre International pour le règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI) (Banque Mondiale 2008).

Depuis cette période, le groupe de la Banque Mondiale constitue l'une des principales sources de financement pour les pays en développement. Elle alloue des prêts à long terme pour financer de nombreux projets dans les domaines de l'agriculture,

l'éducation, les infrastructures, l'environnement ou encore, plus récemment, dans le domaine de la santé. À ce propos, c'est suite à la publication de son rapport annuel de 1993 « Investir dans la santé » que la Banque Mondiale a véritablement commencé à s'impliquer dans le domaine spécifique de la santé dans les pays en développement (Buse and Gwin 1998; Buse 1999; Walt and Buse 2006; Wolfgang and Kohlmorgen 2008). Avec sa grande capacité de mobilisation des ressources ainsi que son expertise avérée et très diversifiée, elle est parvenue, par exemple, à assurer le rôle de leadership dans la coordination des différentes activités de l'aide internationale mobilisée pour la redynamisation du secteur de la santé au Bangladesh (Buse 1999). De nos jours, la Banque Mondiale apporte le volume de financement extérieur le plus important dans la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne (Banque Mondiale 2008).

La deuxième institution financière créée lors de la conférence de Brettons-Wood, le Fonds Monétaire Internationale (FMI), appuie quant à lui les pays membres, qu'ils soient développés ou non, pour financer les déficits temporaires de leur balance de paiement et veille également à la stabilité financière de leurs économies. N'intervenant pas directement, comme la Banque Mondiale, dans plusieurs domaines d'activités, le FMI se limite exclusivement à jouer le rôle de « surveillant » et de « régulateur » des flux monétaires internationaux (Gentillini and Duflo 1993).

Ainsi depuis leur création, ces deux grandes institutions financières internationales ont joué et continuent de jouer un rôle prépondérant dans le fonctionnement des pays en développement. Plus récemment, au cours de la dernière décennie, ces deux institutions ont effectué une importante réorientation stratégique en conditionnant leur appui financier ou « d'aide » à la mise en place d'un cadre stratégique de lutte

contre la pauvreté afin de promouvoir la bonne gouvernance dans les pays en développement (World Bank 2000). Au sein de ce cadre stratégique, on retrouve des mesures spécifiques qui visent la mise en place de réformes structurelles, sociales et macroéconomiques poussées afin de libéraliser les marchés nationaux et accorder ainsi une plus grande place au secteur privé. Inspirées de la doctrine néolibérale du « laisser-faire du marché » et initiées en 1994 lors du « Sommet des Amériques » pour le cas des pays d'Amérique latine, centrale et des Caraïbes, ces réformes devraient se traduire par un désengagement progressif des états afin de favoriser une implication plus forte du secteur privé dans l'offre de services sociaux et de santé de base aux populations locales (Crocco, Schroeder et al. 2000; Infante, de la Mata et al. 2000; De Vos, De Ceukelaire et al. 2006).

Avec la réduction des interventions étatiques sur les thématiques sociales et de santé, la mise en œuvre des réformes néolibérales initiées par ces deux organisations ont cependant conduit certains états à perdre la légitimité qu'ils disposaient vis-à-vis de leur population (Campbell 2005). Pour illustrer ces propos, on peut citer le cas de l'Argentine qui traversa une crise économique et sociale sans précédent à la fin des années 90 après avoir mis en application les réformes suggérées par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International sans nécessairement tenir compte du coût social qu'elles allaient engendrer au niveau de la population (Baker and Weisbrot 2002; Escuredo 2003).

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la Banque Mondiale et le FMI ont également été à l'origine de plusieurs réformes macroéconomiques voire globales très restrictives durant les années 80 et 90 comme le programme d'ajustement structurel

(World Bank 1993; Buse and Walt 1997; Green and Matthias 1997; World Bank 1997; De Beyer, Preker et al. 2000). Ce programme de réforme systémique qui limitait au minimum le champ d'action des états au profit du secteur privé eu un coût social élevé avec des résultats qui sont apparus, par la suite, peu éloquents (Gentilini and Duflo 1993; De Vos, De Ceukelaire et al. 2006; Green, Collins et al. 2007).

Finalement, même si aujourd'hui certains pays comme le Venezuela arrivent à se passer des ressources accordées par ces institutions financières internationales, on note que la plupart des autres pays à ressources limitées d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine restent encore dépendants de ces deux organisations. Leur influence sur la formulation et la mise en place des politiques macroéconomiques, d'éducation ou encore de santé dans les pays en développement d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes demeure toujours assez importante.

Les Organisations du système des Nations-Unis

Comme nous le mentionnions en introduction de cette section, la fin de la deuxième guerre mondiale est également la période de la mise en place de l'Organisation des Nations-Unis (ONU) et ses nombreuses agences spécialisées, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le mandat principal de l'OMS, première organisation de l'ONU à se dédier exclusivement à la santé des populations, consiste à apporter aux pays membres le soutien technique dont ils ont besoin lors de l'élaboration et la mise en place de leurs politiques de santé (Gentilini and Duflo 1993).

Le bureau principal et le siège de l'OMS sont à Genève. L'organisation dispose de 6 bureaux régionaux qui coordonnent les activités des bureaux locaux des 193 états membres de l'organisation.

En plus de son rôle de soutien et de conseiller techniques aux différents pays membres de l'ONU, le rôle de l'OMS consiste également à définir les programmes de recherche en santé, fixer les normes et les critères de santé et à intervenir parfois dans la mise en œuvre certains programmes de santé (OMS 2009).

Bien qu'ayant ce rôle de soutien technique et de régulateur international de la santé, mentionnons toutefois que le mandat et la nature de l'implication de l'OMS ont été de plus en plus remis en question pendant ces dernières décennies. Comparativement à d'autres organisations intervenant dans le domaine de la santé internationale, certains auteurs la considèrent comme une organisation très bureaucratique, disposant de ressources plutôt limitées et ayant des possibilités d'action essentiellement axées sur la

gestion des épidémies et autres pandémies qui menacent la santé des populations (Godlee 1994; Godlee 1995; Godlee 1995; Buse and Gwin 1998).

En dehors de l’OMS, d’autres organisations et agences des Nations-Unies interviennent également de façon assez directe dans le domaine de la santé dans les pays en développement. Il s’agit entre autres de l’UNICEF (le Fonds des Nations-Unis pour l’enfance), le FNUAP (le Fonds des Nations-Unis pour la Population) ou encore l’ONUSIDA. Si la première de ces trois organisations, l’UNICEF, dispose d’un champ d’action assez large, les deux dernières interviennent respectivement sur la problématique de la santé maternelle et infantile et sur celle de l’épidémie du Sida. À noter qu’étant donné le nombre sans cesse croissant d’organisations issues des politiques de coopération bilatérale qui interviennent dans le domaine du sida, l’ONUSIDA joue essentiellement un rôle normatif auprès des Nations-Unies et des gouvernements des pays membres de l’ONU.

À sa création en 1946, l’UNICEF s’intéressait de façon très globale à la question de l’enfance à travers l’initiation d’une série de mesures relatives aux droits des enfants, la fourniture de biens et services à cette frange de la population mais aussi à travers la mise en place de programmes de recherche en matière d’éducation pour les enfants (Gentillini and Duflo 1993). N’ayant donc pas au départ un mandat spécifique sur la santé, mais disposant contrairement à l’OMS d’une plus ou moins large autonomie de financement (basé sur les contributions volontaires des états et des individus), l’UNICEF s’est progressivement inséré dans le champ d’action de la santé internationale. Cette insertion s’est symboliquement matérialisée en 1978, à travers l’organisation conjointe avec l’OMS de la conférence internationale d’Alma Ata, qui jetait les bases nécessaires à

la promotion et la mise en place des soins de santé primaires dans la plupart des pays membres des Nations-Unies, particulièrement ceux en développement (OMS/ UNICEF 1978). Depuis cette première grande action dans le domaine de la santé, l'UNICEF a également participé avec l'OMS à la mise en œuvre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) dans de nombreux autres pays en développement, notamment en Afrique et en Asie.

Ses autres actions sanitaires s'inscrivent dans l'élaboration de mesures favorisant l'accès aux médicaments essentiels ou encore dans la généralisation de la réhydratation par voie orale des enfants (UNICEF 2009). Avec une structure plus souple et un style de gestion assez différent et moins bureaucratisé que celui de l'OMS (Buse and Gwin 1998), l'UNICEF demeure encore de nos jours un acteur important dans le paysage sociosanitaire des pays en développement.

Les autres organisations internationales

En plus du groupe d'organisations et agences « onusiennes » qui interviennent dans les pays en développement, il faut également mentionner la présence d'autres organisations issues des politiques de coopération bilatérale entre certains pays développés ayant ou non un passé colonial avec d'autres sous développés (Gobbers 2004). Dans le premier cas de figure, on peut citer le cas des agences de coopération française et britannique, puis dans le deuxième cas de figure, celui des agences de développement international canadienne et américaine. À ces agences de coopération viennent aussi s'ajouter certaines associations humanitaires comme Médecins Sans Frontières, Care, Save The Children, World Vision, Oxfam qui sont également des acteurs importants dans le secteur de la santé dans les pays en développement comme

d'ailleurs le témoigne l'octroi du prix Nobel de la paix de 1999 à l'une d'elles, l'organisation humanitaire française « Médecins Sans Frontières ».

S'appuyant en grande partie sur les politiques néolibérales de désengagement des états et d'ouverture aux investissements privés prônées par la Banque Mondiale et le FMI, la plupart des agences de coopération bilatérales sus mentionnées ou encore certaines associations humanitaires véhiculent à présent leur appui technique, matériel et financier aux pays en développement à travers des organisations non gouvernementales (World Bank 1993; Buse and Walt 1997; Green and Matthias 1997; World Bank 1997; De Beyer, Preker et al. 2000). Une étude menée au Ghana en 1992 avait permis de répertorier plus de 199 organisations non gouvernementales (ONG) intervenant dans le secteur de la santé (Stefanini and Ruck 1992; Sandiford, Kanga et al. 1994). À la même période, une autre étude faisait état de près de 254 ONG intervenant également dans le secteur de la santé au Zimbabwe (Buse and Walt 1997; Green and Matthias 1997).

Bien que n'ayant retrouvé que ces quelques chiffres dans la littérature, il reste que ce constat de pléthore d'organisations non gouvernementales au sein des systèmes de santé des pays en développement est loin d'être isolé. En effet, dans de nombreux autres pays qui ont traversé des crises sociopolitiques entraînant une fragilisation de la capacité organisationnelle des structures de gouvernance étatique, ce sont ces ONG qui sont sollicitées par les organisations internationales pour offrir les services sociaux et de santé de base aux populations. Ce fut ainsi le cas au Cambodge (Lanjouw, Macrae et al. 1999), au Mozambique (Pavignani and Durao 1999; Pfeiffer 2003) ou encore plus récemment en Haïti (Étienne 1997) et en Palestine (Horton 2009). Par ailleurs, avec la

flambée épidémique du sida dans bon nombre de pays d'Afrique Subsaharienne et des Caraïbes, le nombre d'ONG et d'associations intervenant dans les domaines de la prévention ou encore de la prise en charge du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles a également fortement augmenté.

Pour compléter cette section consacrée aux organisations internationales intervenant dans les pays en développement et de façon plus spécifique dans le domaine de la santé, il y a lieu de mentionner le cas des initiatives mondiales de lutte contre le sida comme le Fonds Mondial et le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Autant l'implication de la Banque Mondiale dans les années 80 et 90 dans le secteur de la santé avait relégué les organisations onusiennes traditionnelles (OMS, UNICEF, FNUAP) au second plan, autant la venue de ces nouveaux acteurs a également profondément bouleversé les rapports de pouvoir actuellement existant dans le domaine de la santé internationale (Walt and Buse 2006). En effet, jusqu'au début des années 2000, la Banque Mondiale était le plus grand pourvoyeur de ressources financières dans la lutte contre le sida. Avec son projet multicentrique (MAP), elle accordait plus d'un milliard de dollars à 26 pays d'Afrique (Banque Mondiale 2008). Toutefois, certains auteurs considèrent que pour amoindrir l'influence de la Banque Mondiale et des Nations-Unies, des pays donateurs, dont les États-Unis, le Japon et l'Italie initièrent la mise en place du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose et allouèrent beaucoup plus de ressources financières, ainsi qu'une plus grande capacité d'action à cette dernière (Brugha, Donoghue et al. 2004; Wolfgang and Kohlmorgen 2008). Le Fonds Mondial fut ainsi conçu comme une entité autonome et indépendante de l'organisation des Nations-Unies, exclusivement piloté par un conseil d'administration constitué par les gouvernements des pays donateurs et

récipiendaires, la société civile, le secteur privé, mais aussi les associations de malades (Wolfgang and Kohlmorgen 2008; Fonds Mondial 2009).

S'inscrivant toujours dans le même ordre d'idées, malgré le fait que les États-Unis étaient les plus grands bailleurs de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial, l'USAID (l'agence de développement international américaine) de concert avec le CDC initièrent également la mise en place d'un programme bilatéral, le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Ceci pour semble t-il éviter les inconvénients du multilatéralisme et pour véhiculer les intérêts et idéologies de certains groupes religieux conservateurs et de certains groupes pharmaceutiques (Wolfgang and Kohlmorgen 2008).

Synthèse

Avec cette description, force est de reconnaître que la prépondérance et la multiplicité des organisations internationales dans les systèmes de santé des pays en développement soulèvent de nombreux enjeux organisationnels. Ces organisations sont par définition de nature très différente. Certaines interviennent essentiellement dans le secteur de la santé parfois sur un nombre limité de maladies, tandis que d'autres interviennent dans plusieurs autres secteurs du développement. Leur appartenance peut relever d'un seul pays ou organisation, mais aussi parfois de plusieurs. Il ressort également de cette analyse qu'il existe une disproportion importante de la capacité de générer des ressources, non seulement entre les différentes organisations internationales mais aussi entre ces organisations internationales et les structures de gouvernance des pays en développement d'accueil. Ce faisant, même si les organisations internationales apportent les ressources et l'expertise qui manquent aux pays en développement, nous estimons que lorsque des structures organisationnelles, ayant parfois des caractéristiques et attributs peu communs, interviennent de façon non nécessairement coordonnée dans les systèmes de santé des pays en développement, cela fait ressortir des enjeux de gouvernance complexes qui méritent une analyse plus approfondie.

Ayant introduit dans cette première partie de la thèse certaines caractéristiques des pays en développement associées aux faibles ressources ainsi que la présence des organisations internationales et autres grandes institutions financières, nous aborderons maintenant d'autres caractéristiques de ces pays, cette fois en lien avec leurs systèmes de santé.

Caractéristiques des systèmes de santé des pays en développement

S'inspirant du modèle d'organisation des différentes actions sanitaires qui étaient antérieurement réalisées dans les colonies, la plupart des systèmes de santé des pays en développement du début des indépendances étaient organisés autour de l'offre de services et soins de santé pour une certaine frange de la population dans les hôpitaux urbains (Phillips 1990; Chen, Kleinman et al. 1994; Mills and Ranson 2006). Pendant que se développaient les systèmes de santé principalement dans une logique hospitalocentrique (Calderisi 2006), des programmes verticaux de lutte contre les grands problèmes de santé publique incluant des volets communautaires de prévention et de promotion ont également vu le jour. C'est d'ailleurs dans ce contexte organisationnel qu'eut lieu la conférence internationale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Suite à cette première conférence internationale, relayée quelques années plus tard par la conférence de Bamako, la plupart des systèmes de santé des pays en développement se sont progressivement engagés dans la logique de fourniture des soins de santé primaires accessibles à toute la population.

De nos jours, les systèmes de santé des pays en développement fonctionnent avec une combinaison de logiques s'appuyant aussi bien sur l'hospitalocentrisme, les grands programmes verticaux de lutte contre les maladies, que sur l'offre de soins de santé primaires.

Évoluant souvent dans des environnements politiques et économiques incertains, les systèmes de santé des pays en développement sont généralement organisés autour de trois niveaux de gouvernance : central, départemental ou régional et local. Ils sont

également formés de cinq secteurs principaux, soit par ordre d'importance les secteurs public, privé formel et informel, traditionnel et, plus marginalement, confessionnel (Leigh, Kandeh et al. 1997; Bodart, Servais et al. 2001; OMS 2001; Fongwa 2002; Clapham, Basnet et al. 2004; Jamisse, Songane et al. 2004).

Description du fonctionnement du niveau central de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement

Au niveau central de cette pyramide de gouvernance qui nous intéresse plus spécifiquement dans cette recherche doctorale portant sur l'organisation générale des systèmes de santé des pays en développement, on retrouve les ministères de la santé avec leurs différentes directions techniques qui sont en charge de mettre en œuvre les grands programmes de santé publique. À ce niveau macro de gouvernance, ce sont donc ces directions centrales qui travaillent de façon très étroite avec les différents acteurs organisationnels internationaux qui véhiculent l'aide internationale évoquée dans la précédente section.

Toutefois, il est clairement fait mention dans la littérature scientifique, des charges administratives supplémentaires qu'ont à gérer ces directions centrales lorsqu'elles font face aux demandes incoordonnées et souvent incompatibles formulées par les organisations internationales (Cassen 1986; Foltz 1994; Sabbat 1997; Buse 1999; Brugha, Donoghue et al. 2004). À ce propos, Brugha et coll. (2004) rapportait dans son étude portant sur l'implantation du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose dans 4 pays d'Afrique subsaharienne (Mozambique, Tanzanie, Ouganda, Zambie), les propos de certains cadres du ministère de la santé qui affirmaient avoir passé les deux dernières années précédentes à répondre pendant 7 mois aux attentes du Fonds mondial, 8 mois à celle de la fondation Clinton et 3 mois sur le projet de la

Banque Mondiale (Brugha, Donoghue et al. 2004). Cependant, l'incohérence des demandes formulées par les organisations internationales trouverait également un écho favorable dans certaines de ces directions centrales, qui ont généralement tendance à poursuivre directement leur propre agenda avec les organisations internationales, au détriment de l'agenda du ministère de la santé dans son ensemble (Pavignani and Durao 1999; Walt, Pavignani et al. 1999).

À cette caractéristique d'incohérence dans le fonctionnement du niveau central de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement, se rajoute aussi la faible capacité d'absorption des ressources disponibles par les différentes structures de direction des ministères de la santé des pays en développement. En effet, comme la reconduction du financement des organisations internationales par leurs bailleurs de fonds est appréciée dans une certaine mesure par leur capacité à « dépenser » les ressources qui leur ont été allouées antérieurement, on peut parfois assister à une concentration et une compétition des organisations internationales sur certaines structures des ministères de la santé ou encore dans certains domaines d'activités, qui sont plus en mesure d'absorber les ressources disponibles (Pavignani and Durao 1999). Cette concentration de ressources pouvant parfois conduire à des situations assez irréalistes. Au Mozambique, on rapporte par exemple, qu'à cause de l'intérêt porté par plusieurs organisations internationales sur la problématique de la mortalité maternelle en général et plus spécifiquement sur la formation des matrones, ces dernières se sont retrouvées avec beaucoup plus de supports financier et technique que les infirmières ou encore les sages-femmes exerçant dans les différentes structures de santé (Hôpitaux, Dispensaires) (Pfeiffer 2003).

Toujours au sujet des structures centrales en charge de la gestion de la santé, mentionnons également la position relativement faible des ministères de la santé face aux autres départements ministériels des gouvernements dans les pays en développement. En effet, lorsqu'on fait le parallèle avec les pays développés où les enjeux de santé publique peuvent faire élire des gouvernements, mais aussi défaire leur réputation (l'on se souviendra à ce propos du cas des États-Unis avec l'échec de la réforme du système de santé du président Clinton ou encore le sujet du sang contaminé en France), les départements ministériels de la santé dans bon nombre de pays en développement arrivent très souvent loin derrière les départements de l'économie ou de la défense en termes d'importance et de capacités d'action (Gerein 1986; Sabbat 1997). Cette faible position stratégique des ministères de la santé limite considérablement leur pouvoir de négociation face aux organisations internationales et autres institutions financières internationales et réduit ainsi leur capacité à entreprendre de profondes réformes dans le domaine de la santé.

Rôle, prépondérance et articulation entre les différents secteurs de la santé

Dans un autre ordre d'idées, comparativement au secteur privé formel généralement constitué de cabinets privés de médecins et qui est de surcroît beaucoup plus présent dans les grandes agglomérations urbaines, le secteur public occupe une place prépondérante dans l'organisation des systèmes de santé des pays en développement à travers les structures de santé primaire, secondaire et tertiaire. Mais étant donné, la faible réglementation du secteur privé informel et du secteur traditionnel (Mc Intyre, Bloom et al. 1995; Schneider and Gilson 1999), l'articulation et la coordination entre les secteurs publics, privés et traditionnels sont plutôt limitées dans les pays en développement.

Par ailleurs, une grande disparité autour de l'allocation des ressources entre les régions rurales et urbaines en faveur de ces dernières d'une part (Bodart, Servais et al. 2001; Green, Collins et al. 2007), et entre les structures de santé primaires, secondaires ou tertiaires d'autre part (Schneider and Gilson 1999) caractérise aussi le fonctionnement des systèmes de santé des pays en développement.

Des auteurs mentionnent également l'existence d'une surcentralisation des ressources au niveau du palier central de gouvernance, c'est-à-dire le ministère de la santé et de ses différentes directions. À cet effet, une étude menée au Burkina Faso fait état d'un budget du niveau central du ministère de la santé qui est 24 fois supérieur au budget des autres niveaux de gouvernance régional et local (Bodart, Servais et al. 2001).

Ayant davantage arrimé la présentation des caractéristiques d'organisation et de fonctionnement des systèmes de santé des pays en développement sur les pays d'Afrique subsaharienne, l'analyse de la littérature relative à l'organisation et au fonctionnement des systèmes de santé des autres pays en développement d'Asie de l'est, d'Amérique latine et des Caraïbes montre aussi un portrait similaire. Mais au-delà de cette similarité, mentionnons que ces autres pays en développement disposent, à la différence des pays d'Afrique subsaharienne, d'un secteur privé plus développé et mieux organisé (PAHO 1999; Alleyne 2000; Merican and bin Yon 2002; De Vos, De Ceukelaire et al. 2006).

Dans les pays d'Asie de l'Est, notamment en Malaisie, une étude montre, par exemple, une augmentation importante du nombre d'hôpitaux privés qui est passé de 50 à 224 entre 1980 et 2001 ainsi qu'une multiplication de structures de santé privées

intervenant plus spécifiquement dans la prévention et la prise en charge du VIH/sida (Merican and bin Yon 2002).

Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, on a également constaté au cours des dernières décennies une nette augmentation de la part du secteur privé dans l'offre et la prestation des services de santé à la population. À titre illustratif, la part relative du secteur privé au Salvador était estimée à 73% au début des années 2000, tandis qu'en Haïti, pays dont les indicateurs de santé demeurent les plus bas du continent américain, la part du secteur privé était de 63% à la même période (Alleyne 2000). Face à cette prépondérance du secteur privé, on considère que la proximité géographique d'avec les États-Unis a constitué un déterminant important de la transformation de la configuration organisationnelle des systèmes de santé des pays d'Amérique latine et des Caraïbes. En effet, selon certains auteurs, c'est suite à la «saturation» du marché des soins et services de santé aux États-Unis que les compagnies américaines intervenant dans le domaine de la santé se sont davantage implantées dans les marchés «vierges» du sud du continent (Ginzberg and Ostow 1997; Waitzkin and Iriart 2001). Cette implantation du privé dans l'offre de soins et de services de santé dans ces pays ayant été, par ailleurs, favorisée par la mise en place de certaines réformes néolibérales qui prônaient le désengagement des états dans l'offre de services sociaux et de santé de base de la population. Parmi ces réformes, on rapporte « l'Initiative régionale de la réforme du secteur de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes » mis en place par l'OPS, la Banque Mondiale, la BID et l'USAID en 1994 ou encore la signature de l'accord de libre échange nord-américain (ALENA) au courant des années 90 qui favorisait et faisait la promotion des investissements privés transfrontaliers entre les

États-Unis, le Canada et le Mexique (Celedon and Noé 2000; Crocco, Schroeder et al. 2000).

En terminant cette deuxième partie portant sur l'organisation des systèmes de santé, nous estimons utile d'introduire d'une part la problématique relative au financement des systèmes de santé et d'autre part la problématique liée à la formation, la distribution ainsi que la rétention des ressources humaines dédiées au secteur de la santé dans les pays en développement.

Financement des systèmes de santé des pays en développement

La question du financement constitue un enjeu majeur dont la gestion constitue une des bases fondamentales pour parvenir à transformer profondément les systèmes de santé des pays en développement. Le système de financement se définit comme étant l'ensemble des processus par lesquels les ressources financières nécessaires à la fourniture de soins et services de santé adéquats sont prélevées et réparties (Evans 2002). Bien qu'étant largement influencé par la capacité des états à générer des ressources financières locales, le financement des systèmes de santé s'appuie en premier lieu sur la fonction de prélèvement qui désigne les différents mécanismes mis en place pour collecter les ressources financières auprès des individus, ménages ou organisations; en second lieu sur la fonction de mise en commun ou de stockage et d'allocation faisant intervenir les caisses d'assurance sociale, les mutuelles, les groupes d'assurance qui couvrent certaines catégories de personnes ou l'ensemble de la population; et en troisième lieu sur la fonction de paiement ou d'achat des services de santé qui précise les bases sur lesquelles les professionnels sont rétribués (OMS 2000; Contandriopoulos 2008). Dépendamment des choix d'organisation et des idéologies dominantes dans les pays, plusieurs types d'agencement du système de financement

découlent de ces fonctions. Les pays industriellement plus avancés sont par exemple organisés soit autour des modèles publics d'assurance sociale, des modèles publics fiscalisés ou encore des modèles privés collectifs, alors que pour la majorité des pays en développement, surtout les moins avancés, le financement de soins de santé est généralement organisé autour de l'individu qui éprouve un problème de santé à un moment donné et qui paie directement les soins et les services de santé qu'il reçoit auprès d'un prestataire professionnel. Dans ce cas, le type d'organisation des mécanismes de financement de la santé des pays à faibles ressources fait ressortir toute la problématique d'accès à des soins de santé pour les individus qui ne disposent pas des ressources financières suffisantes lorsqu'ils font face à un problème de santé. La question de financement constitue donc une épineuse question à résoudre dans les systèmes de santé des pays en développement afin de favoriser l'accessibilité des populations à des soins et des services de santé adéquats.

Les ressources humaines dans les systèmes de santé des pays en développement

La problématique des ressources humaines dans le domaine de la santé revient également assez souvent dans les différentes publications portant sur l'analyse de certains aspects de fonctionnement des systèmes de santé des pays en développement (Sabbat 1997; Bodart, Servais et al. 2001; Fongwa 2002; Wibulpolprasert and Pengpaibon 2003; Franco, Bennett et al. 2004). Ce fut d'ailleurs la thématique principale du rapport annuel de l'OMS en 2006 (OMS 2006). Le développement des ressources humaines en santé est en effet considéré comme un des principaux défis auxquels doivent faire face les pays en développement pour leur permettre d'améliorer l'état de santé de leur population et tendre ainsi vers l'atteinte des objectifs du millénaire (ODM) (Joint Learning Initiative 2004).

Dans une revue de la littérature portant sur l'identification des déterminants du processus d'implantation des soins obstétricaux d'urgence pour la réduction de la mortalité maternelle, il ressort que la faible qualification, le manque de motivation et la mauvaise répartition des professionnels de santé ainsi que le dysfonctionnement des banques sanguines constituent les barrières d'implantation les plus importantes (Baldé 2007). Face à ce constat, certains auteurs rapportent des initiatives concluantes en termes d'amélioration de la mortalité maternelle à travers l'offre d'incitatifs financiers ou encore par le rehaussement du salaire des professionnels (Leigh, Kandeh et al. 1997; Jamisse, Songane et al. 2004). Les autres stratégies rapportées dans la littérature afin de résoudre la problématique des ressources humaines dans le domaine de la santé maternelle, comprennent l'utilisation d'approches de gestion participative (Clapham, Basnet et al. 2004; Dumont, Gaye et al. 2006) ou encore l'amélioration des compétences obstétricales des médecins généralistes et des infirmières afin que ces derniers puissent offrir des soins obstétricaux d'urgence adéquats dans les régions éloignées (Djan, Kyei-Faried et al. 1997; Leigh, Kandeh et al. 1997).

Bien que ces différentes initiatives financées par des organisations internationales aient donné des résultats tangibles pendant une certaine période de temps, il reste que le contexte de rareté des ressources dans lequel évoluent les pays en développement fait ressortir les différents enjeux liés à leur pérennisation.

Ce faisant, il est donc nécessaire de développer non pas des initiatives ponctuelles d'amélioration de la performance des ressources humaines en santé, mais plutôt des politiques nationales rigoureuses de planification des ressources humaines dans le long terme et qui devraient tenir compte non seulement de la dynamique évolutive des

populations en terme de nombre, de répartition et de profil épidémiologique, mais aussi de celle de l'ensemble des catégories professionnelles actuellement existantes et dont les populations auront besoin dans le futur.

Synthèse de la littérature sur l'organisation des systèmes de santé des pays en développement

Même si des progrès ont été enregistrés dans l'organisation des services et soins de santé dans les pays en développement, cette revue analytique de la littérature fait ressortir le fait que de nombreux autres enjeux organisationnels demeurent encore fortement présents dans les systèmes de santé de ces pays. Il s'agit des enjeux liés à la prépondérance des organisations internationales dans les systèmes de santé, au déséquilibre dans l'allocation des ressources entre les différents niveaux de gouvernance des systèmes de santé, l'accroissement du secteur privé formel avec cependant une faible réglementation ainsi qu'une intégration plutôt limitée entre les secteurs public et privé. L'absence de financement permettant d'assurer une couverture assurantielle aux populations ainsi que le nombre limité des ressources humaines dans le secteur de la santé conjugué à leur répartition inégale entre les zones urbaines et rurales constituent les autres enjeux qui caractérisent les systèmes de santé des pays en développement.

Étant donné que faire face à ces différents enjeux nécessite d'initier des changements profonds dans la dynamique de fonctionnement des systèmes de santé, nous allons aborder dans la prochaine section de cette revue de la littérature, la thématique liée à l'introduction du changement en général et plus particulièrement, à celle liée à l'introduction du changement dans les systèmes de santé.

Approches théoriques d'analyse du changement dans les organisations

Le changement constitue un des thèmes les plus récurrents et les plus revisités de la littérature qui porte sur la théorie des organisations. En effet, la plupart des auteurs s'entendent sur le nombre sans cesse croissant de publications scientifiques et populaires sur cette thématique (Damanpour 1991; Armenakis and Bedeian 1999; Demers 1999; Hage 1999; Mintzberg, Ahlstrand et al. 1999; Champagne 2002). Dans cette littérature, le changement organisationnel est abordé selon plusieurs approches et perspectives théoriques. Le choix d'en privilégier une ou d'en combiner plusieurs dépend particulièrement du contexte d'implantation du changement (Champagne 2002).

Dans une perspective historique, les premières théories élaborées sur le changement dans la littérature en théorie des organisations l'ont conceptualisé comme un processus rationnel et planifié mené par un dirigeant ayant une vision qui permet de mener l'organisation vers l'état de changement désiré (Champagne 2002; Rouleau 2007). L'organisation, qui entreprend le changement, était perçue comme un système mécanique dont le fonctionnement repose sur la structure et les systèmes formels de contrôle de ses membres. Cette théorie d'explication fonctionnaliste du changement s'est inspiré en grande partie de l'organisation scientifique du travail mise de l'avant par les théoriciens classiques tels Taylor et Weber (Rocher 1972; Morgan 1997; Demers 1999; Champagne 2002).

Les théories qui ont suivi cette première conceptualisation du changement percevaient l'organisation qui initie le changement comme «un organisme » (Morgan 1997). Et de

ce fait, ces théories ont davantage mis l'accent sur les besoins propres des individus qui composent l'organisation, ainsi que sur les relations existantes entre l'organisation et l'environnement dans lequel elle évolue pour expliquer le changement. L'accent mis sur les réalités aussi bien internes qu'externes de l'organisation par les auteurs de cette deuxième période conduit au développement d'autres théories connexes d'analyse du changement, comme celles du développement organisationnel et d'enrichissement des tâches (Chin and Benne 1990), celle de la coalition de certains groupes d'acteurs dominants dans l'organisation (Pfeffer 1981), et finalement celles du renouvellement des approches institutionnelles (DiMaggio and Powell 1983; Powell and DiMaggio 1991; Courpasson 1998).

Mais au-delà de ces études qui s'intéressent à expliquer le changement organisationnel suivant une seule théorie, d'autres auteurs ont également effectué des séries de synthèses de connaissances sur la thématique d'introduction du changement dans la littérature en théorie des organisations. En nous référant aux numéros spéciaux portant sur l'analyse du changement organisationnel publiés par certaines revues spécialisées au début des années 2000, et qui ont été par la suite rapportés par Champagne (2002), nous sommes parvenus à répertorier et analyser sept études de ce type.

L'utilité de la démarche d'analyse de ces études synthèses portant sur l'introduction du changement est double. Dans un premier temps, elle permet de porter un jugement sur l'utilisation ou la non-utilisation de critères implicites ou explicites de classification des différentes approches théoriques d'analyse du changement proposées dans ces études synthèses. La définition et l'utilisation de critères de classification étant un des éléments qui permet d'accorder une plus grande rigueur aux classifications proposées.

Dans un deuxième temps, la démarche permet aussi de faire ressortir les principales approches théoriques d'analyse du changement qui ont été mises de l'avant dans ces différentes études synthèses répertoriées dans la littérature en théorie des organisations.

Pour entamer cette démarche, nous présentons donc dans le tableau 1, les auteurs des ces études-synthèse, ainsi que les critères de classification et les approches théoriques proposées dans ces études.

Tableau 1: Aperçu des études synthèses portant sur le changement organisationnel

Auteurs	Guilhon (1999)	Demers (1999; 2007)	Champagne (2002)	Hage (1999)	Stace (1996)	Wolfe (1994)	Abrahamson (1991)
Critères implicites ou explicites de classification	<p>Critères explicites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acteurs du changement - Rôle ou influence de l'environnement externe - Aspect du changement : déterministe ou volontariste 	<p>Critères implicites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conception de l'organisation : malléable, compact ou en réarrangement continu - Rythme : continu ou discontinu - Intensité : radical ou marginal - Nature : planifié, émergent ou les deux - Agent du changement : décideurs, acteurs opérationnels, tous les membres - Leviers ou mécanismes du changement 	<p>Trois premiers critères sont explicites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nature : planifié, émergent - Rythme : continu ou discontinu - Intensité : radical ou marginal - Agent du changement : gestionnaire, leader charismatique, acteurs opérationnels, tous les membres - Leviers ou mécanismes du changement : rajout de ressources, réorganisation du travail, vaincre résistance, processus d'apprentissage, complexification 	<p>Critères implicites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agent du changement - Intensité du changement - Leviers ou mécanismes de changement (+++) 	<p>Critères explicites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agent du changement - Intensité du changement - Style de gestion du changement 	<p>Aucun critère ni implicite, ni explicite</p>	<p>Critères implicites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cause ou origine du changement - Leviers ou mécanismes du changement

Auteurs	Guilhon (1999)	Demers (1999; 2007)	Champagne (2002)	Hage (1999)	Stace (1996)	Wolfe (1994)	Abrahamson (1991)
Théories identifiées par les auteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Théories comportementales, sociotechnique et de psychologie sociale - Théories de la contingence structurelle, Écologie des organisations, Dépendance des ressources, Structuraliste - Théories de la prise de décision, Sociologie des organisations, Développement organisationnel, Relations humaines - Théories interactionniste, systémique, stratégique et de la poubelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Théories de la croissance, du cycle de vie, théorie, de la contingence et du développement organisationnel - Théories de l'écologie des organisations, configurationnelle, culturelle et de l'équilibre ponctué - Théories de l'apprentissage organisationnel, évolutionniste, du chaos et constructiviste 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie hiérarchique et rationnelle - Théorie du développement organisationnel - Théorie psychologique - Théorie politique - Théorie de gestion stratégique - Théories écologiques et institutionnelles - Approche Gurus - Théorie de l'apprentissage organisationnel - Théories de la complexité 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie de la contingence structurelle - Théorie politique - Théorie de l'écologie organisationnelle - Théorie institutionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie du développement organisationnel - Théorie de la transformation organisationnelle - Théorie du rationalisme économique avec les approches politiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie de la contingence structurelle - Théorie institutionnelle - Théorie rationnelle - Théorie politique 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie rationnelle - Théorie politique - Théorie institutionnelle

Des données de ce tableau, on constate une utilisation variable et non systématique des critères de classification permettant de faire ressortir les différentes approches théoriques d'analyse du changement répertoriées dans la littérature en théorie des organisations. En effet, sur ces sept études synthèses, seules quatre d'entre elles utilisent des critères explicites pour classer les différentes approches théoriques explicatives du changement qu'elles mettent en évidence. Il s'agit des études suivantes:

Stace (1996)

Cette première étude synthèse se base sur l'identification de l'agent porteur du changement, le degré d'intensité avec lequel le processus du changement est mené, ainsi que le style de gestion avec lequel le changement est mis en œuvre pour définir trois principales approches théoriques d'analyse du changement organisationnel. Ces approches théoriques sont celles du développement organisationnel, de la transformation organisationnelle, et du rationalisme économique associé aux approches politiques (Stace 1996).

Demers (1999)

En ancrant son analyse dans une logique historique et tout en utilisant des critères de classification basés sur la conception malléable ou figée de l'organisation qui initie une démarche de changement, le rythme, l'intensité, les agents porteurs du changement, ainsi que les différents leviers d'introduction du changement, la deuxième étude synthèse classe les différentes approches théoriques du changement en trois grandes catégories. Une première catégorie dans laquelle le changement est analysé par les théories de planification hiérarchique, de développement organisationnel et de contingence structurelle; une deuxième catégorie faisant appel aussi bien à la théorie de l'écologie des populations, qu'aux théories de leadership et de planification

stratégique qui perçoivent le changement comme étant un processus discontinu et radical mené par des dirigeants héroïques. Une troisième et dernière catégorie issue du développement des deux catégories précédentes est celle de la conception omniprésente et continue du changement avec l'approche théorique de l'apprentissage organisationnel ainsi que les théories évolutionnistes.

Guilhon (1998)

Publié dans l'édition spéciale de la revue française « Gestion » de l'automne 1998 qui était consacrée à la thématique du changement organisationnel, l'étude de Guilhon met l'accent sur certains éléments de classification dont l'identification des acteurs porteurs du changement, l'influence de l'environnement externe, mais aussi la nature déterministe ou volontariste du changement afin de distinguer une dizaine d'approches théoriques explicatives du changement organisationnel (tableau 1). À noter par ailleurs que cette étude avait pour objectif de faire ressortir les différents aspects d'apprentissage organisationnel sous-jacent à chacune des approches théoriques mises en exergue par cette auteure.

Champagne (2002)

En s'appuyant sur des critères de classification partiellement explicites (importance, rythme, intentionnalité et formalisation du processus), Champagne (2002) propose dans son étude portant sur la capacité des organisations à gérer le changement, une dizaine de modèles théoriques d'analyse du changement organisationnel. Intégrant la plupart des théories citées par les auteurs précédents, cette dernière classification présente l'avantage d'être plus exhaustive dans l'identification des différentes approches théoriques du changement. De plus, elle introduit de nouvelles approches

d'analyse du changement organisationnel dont l'approche Guru que l'auteur présente comme étant une approche prescriptive et normative, ou encore l'approche de la complexité qui suggère une reconceptualisation de l'organisation qui initie le changement comme un système complexe, dynamique, adaptatif dont l'évolution oscille entre ordre et désordre(Champagne 2002).

Cependant, en dehors de ces quatre premières études synthétiques d'analyse du changement organisationnel, les trois autres études synthèses que nous avons répertoriées dans la littérature en théorie des organisations, utilisent soit des critères implicites, c'est-à-dire des critères non clairement définis par les auteurs pour soutenir les classifications théoriques qu'ils proposent, soit aucun critère de classification ni implicite, ni explicite.

Abrahamson (1991); Wolfe (1994); Hage (1999)

À cet effet, la lecture des écrits de Hage (1999) et d'Abrahamson (1991) laisse penser que l'identification des agents porteurs du changement, l'origine interne ou externe du changement, l'intensité du changement ainsi que les leviers ou mécanismes du changement constituent les critères implicites qui ont permis à ces auteurs de proposer les différentes approches théoriques du changement qu'ils proposent. Il s'agit des approches théoriques rationnelles, politiques et institutionnelles pour Abrahamson (1991), et des approches théoriques de la contingence structurelle, l'écologie des populations, les théories institutionnelles et politiques dans le cas de Hage (1999).

Par contre, dans la classification qu'il propose, Wolfe (1994) se contente essentiellement de citer les théories de la contingence structurelle, rationnelle,

politique et institutionnelle sans utiliser aucun critère de classification ni implicite, ni explicite (Wolfe 1994).

Ainsi, avec l'analyse de ces sept étude-synthèse, nous sommes à même de constater une grande variabilité des critères qui permettent de classer et d'analyser les approches théoriques d'analyse du changement les plus citées dans la littérature en théorie des organisations. Ces approches sont : l'approche de planification rationnelle, l'approche de développement organisationnel, l'approche psychologique, l'approche de l'apprentissage organisationnel, l'approche politique, l'approche structurelle et l'approche néoinstitutionnaliste.

Avec ce constat, nous estimons donc utile et pertinent de rechercher un autre cadre d'analyse disposant d'attributs spécifiques qui permettra de classer et de réinterpréter, à partir des mêmes éléments conceptuels, les différentes approches théoriques d'analyse du changement retrouvées dans la littérature en théorie des organisations.

Ainsi, pour pousser la réflexion dans ce sens, nous allons présenter dans la section qui suit un aperçu de la théorie qui nous permettra d'effectuer cet exercice, à savoir la théorie de l'action sociale de Parsons et, par la suite, nous appliquerons cette théorie dans l'exercice de réinterprétation des différentes approches théoriques du changement retrouvées dans la littérature.

La théorie de l'action sociale de Parsons

La théorie de l'action sociale de Parsons sur laquelle nous nous appuyons pour proposer le cadre d'analyse des principales approches théoriques d'analyse du changement trouve son fondement dans la conception qu'elle donne à l'action. Parsons définit l'action sociale comme étant toute conduite humaine, consciente ou non, qui est guidée par les significations que son exécutant (l'acteur) accorde à son environnement extérieur (Parsons 1961).

L'action sociale au sens de Parsons met en relation un acteur qui peut être un individu, une collectivité ou une organisation, qui interagit avec une situation donnée. Cette situation étant constituée d'un environnement physique au sein duquel se déroule l'action (objets matériels, conditions climatiques et géographie...) ainsi que d'autres acteurs sociaux. L'interaction entre l'acteur et la situation implique l'utilisation de symboles à travers lesquels, l'acteur attribue de façon subjective une signification aux différents éléments de la situation avec laquelle il interagit. L'orientation générale de l'action sociale étant guidée par les règles, normes et valeurs établies et partagées par l'ensemble des acteurs sociaux (Rocher 1972).

De ce qui précède, il ressort donc que la théorie de l'action sociale de Parsons repose sur quatre éléments de base qui sont: l'acteur, la situation, les symboles et les normes et valeurs.

Caractéristique «systémique» de l'action

Pour renforcer les assises conceptuelles de sa théorie, Parsons adjoint à ces quatre éléments de base, une autre caractéristique essentielle qui est celle du système. La théorie de l'action sociale de Parsons s'inscrit donc dans le courant de la théorie générale des systèmes. Parsons estime en effet qu'une action sociale présente toujours les caractéristiques imbriquées d'un système. Cette caractéristique permet à l'action sociale d'établir des liens non seulement entre ses différentes composantes mais aussi avec son environnement. Autrement dit, la conception de l'action sociale en tant que système se traduit par le fait qu'il existe une interdépendance et une interaction, d'une part, entre les différents éléments qui le composent et, d'autre part, avec les autres systèmes d'action sociale situés dans son environnement avec lesquels il interagit. Avec cette logique, un système d'action sociale n'est jamais isolé. Il est toujours en interaction avec d'autres systèmes d'action sociale avec lesquels il forme à un niveau supérieur un agrégat plus complexe de systèmes d'action sociale. Cet agrégat de systèmes d'action sociale situé à un niveau supérieur étant formé des composantes fonctionnelles émergentes de chacun des systèmes d'action sociale intervenant dans sa constitution mais aussi d'autres composantes émergentes issues de la mise en commun des composantes fonctionnelles des différents systèmes d'action sociale qui sont entrés en interaction.

Cette logique d'imbrication des systèmes d'action sociale situés à un même niveau qui conduit à la formation d'autres systèmes d'action sociale plus larges, situés à d'autres niveaux dits supérieurs, qui disposent non seulement des caractéristiques individuelles de chacun des systèmes d'action impliqués dans ce processus de formation mais aussi d'autres caractéristiques résultant de leur mise en commun, fournit donc à la théorie de

l'action sociale de Parsons une richesse analytique qui peut être mise à contribution lorsqu'il est question d'analyser et de réinterpréter les différentes approches théoriques du changement répertoriées dans la littérature.

Également, selon Parsons, trois conditions viennent soutenir la caractéristique systémique de l'action sociale. Il s'agit des conditions de structure, de fonctions et de processus (Bourricaud 1955; Parsons 1961).

La condition de structure répond à l'impératif de stabilité dont a nécessairement besoin le système général d'action pour fonctionner. Ayant comme composantes de base, les rôles et les collectivités, la structure est constituée à un niveau systémique supérieur, d'une part, des modèles normatifs partagés qui déterminent l'ordre dans la société et, d'autre part, de quatre groupes de variables structurelles dichotomiques qui permettent à l'acteur social de porter un jugement sur son environnement et d'analyser les rapports sociaux. Ces groupes de variables structurelles dichotomiques sont: l'universalisme et le particularisme; la performance et la qualité; la neutralité affective et l'affectivité; la diffusion et la spécificité (Bourricaud 1955; Parsons 1961; Rocher 1972; Bourricaud 1977).

Les éléments de structure du système d'action sociale sont présentés par Parsons comme des entités très peu changeantes dans le temps et qui confèrent une certaine stabilité au système général d'action. Parsons considère les éléments de structure comme des entités suffisamment stables pour résister aux fluctuations de faibles amplitudes et de courte durée provenant de la dynamique d'interaction entre le système d'action sociale et de son environnement (Parsons 1961).

La deuxième condition mise de l'avant par Parsons pour soutenir la conception systémique qu'il associe à l'action sociale, le processus, est en relation avec les différents événements qui accompagnent la dynamique évolutive de l'action sociale. En effet, au regard des interactions existantes d'une part entre les différentes composantes du système d'action sociale et, d'autre part, entre le système d'action sociale et son environnement, on en déduit que son fonctionnement génère nécessairement une transformation progressive qui évolue dans le temps et dans l'espace en suivant divers processus et étapes. Ceci est d'autant plus plausible que Parsons soutient, en s'appuyant sur « la loi de l'équivalence de l'action et de la réaction », que l'initiation ou la réalisation de toute action sociale entraîne nécessairement une réaction de la même ampleur ou de la même intensité de la part de l'environnement où cette action se déroule (Rocher 1972). L'action sociale d'un acteur, et la réaction des autres acteurs sociaux qui en résultent créent ainsi une dynamique évolutive qui peut être analysée en termes de processus.

La troisième condition qui soutient le caractère systémique de l'action sociale, les fonctions, sont les éléments qui confèrent une plus grande dynamique au système d'action générale, qui comme mentionné antérieurement est stabilisé par les structures. Ces fonctions sont en effet les éléments qui permettent au système général d'action de s'adapter aux changements qui résultent de l'interaction entre les différents éléments de structure du système d'une part, mais aussi entre ces éléments de structure et l'environnement extérieur du système d'action d'autre part (Rocher 1972). Ce faisant, dans la théorie de l'action sociale, Parsons considère que la survie ou le maintien de tout système d'action sociale repose sur le réarrangement et la réorganisation de quatre fonctions qui sont les suivantes : la fonction d'adaptation à

l'environnement, la fonction d'atteinte des buts, la fonction d'intégration ou de production, et la fonction de stabilité normative (Rocher 1969; Rocher 1972; Alexander 1983).

La fonction d'adaptation à l'environnement est celle qui permet au système d'action sociale d'établir un lien avec son environnement externe afin d'y recueillir les ressources qui sont nécessaires à son fonctionnement. Cet environnement externe pouvant être constitué d'un ou de plusieurs autres systèmes d'action sociale. Réciproquement, elle permet aussi au système d'action sociale de fournir en échange à son environnement externe, les différents produits qui émanent de son fonctionnement interne. Ainsi, la fonction d'adaptation à l'environnement octroie au système d'action sociale les attributs lui permettant de *s'adapter* aux contraintes et exigences de son environnement, mais aussi *d'adapter* son environnement à ces besoins internes.

La deuxième fonction du système d'action sociale, la fonction d'atteinte des buts est constituée des différentes composantes de l'action qui permettent de préciser les objectifs ultimes poursuivis, ainsi que les différents mécanismes à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ultimes.

La troisième fonction, la fonction d'intégration ou de production regroupe les activités qui permettent d'assurer la coordination et la cohésion entre les différentes parties du système d'action sociale. C'est au niveau de cette fonction que l'on retrouve les modalités d'organisation et d'intégration des composantes structurelles du système d'action sociale qui sont nécessaires à son fonctionnement.

La fonction de stabilité normative renferme, quant à elle, l'univers symbolique des règles, valeurs et normes qui permettent au système d'action sociale d'avoir un certain ancrage culturel et idéologique pour guider son fonctionnement.

Les quatre fonctions du système d'action sociale entretiennent en outre des relations réciproques et dynamiques que des auteurs contemporains ont modélisé en 6 systèmes d'alignement soit l'alignement opérationnel (entre les fonctions de production et de stabilité normative), l'alignement tactique (entre les fonctions de production et de rationalité), l'alignement contextuel (entre les fonctions d'adaptation à l'environnement et de stabilité normative), l'alignement de légitimation (entre les fonctions de rationalité et de stabilité normative), l'alignement d'allocation (entre les fonctions de production et d'adaptation) et finalement l'alignement stratégique (entre les fonctions de rationalité et d'adaptation à l'environnement) (Sicotte, Champagne et al. 1998).

Figure 1: le système d'action sociale de Parsons (Sicotte; Champagne et al. 1998)

Les quatre sous-systèmes du système général d'action sociale

Dans un autre ordre d'idées et dans le but d'accroître la portée de sa théorie, Parsons introduit dans son analyse, quatre sous-systèmes d'action qui sont censés intervenir dans la réalisation du système général d'action sociale. Il s'agit des sous-systèmes biologique, psychique, social et culturel (Rocher 1972). Le sous-système biologique est constitué de l'organisme biologique qui dispose des organes de sens qui permettent d'établir le lien entre le système d'action et son environnement. Ce sous-système s'associe ainsi à la fonction d'adaptation à l'environnement du système général d'action. Le sous-système psychique est constitué des éléments de personnalité qui permettent de définir les objectifs et buts poursuivis, et s'associe par conséquent la

rationalité du système général d'action. Les sous-systèmes social et culturel regroupent respectivement les éléments qui établissent le cadre et les limites de l'action, ainsi que les éléments qui définissent les normes et valeurs qui sont censées guider l'action. Ces deux sous-systèmes correspondent aux fonctions d'intégration et de stabilité normative du système d'action sociale.

Avec l'établissement de cette correspondance entre les quatre sous-systèmes d'action et les différentes fonctions du système général d'action, l'on déduit également que ces sous-systèmes d'action entretiennent des relations réciproques tout en s'influçant mutuellement, selon un gradient bien spécifique.

Parsons introduit cette notion de gradient d'influence mutuelle entre les différents sous-systèmes mobilisés dans la réalisation du système général d'action sociale en utilisant certaines thèses développées dans le domaine de la cybernétique. La logique réflexive en cybernétique stipule en effet que les différents éléments d'un système disposent d'attributs particuliers qui se quantifient en termes d'énergie et d'information. Ce sont les flux incessants d'information et d'énergie entre les différents éléments du système qui déterminent la position hiérarchique de chacun d'eux (Rocher 1972). Avec cette logique, les éléments qui disposent de plus d'informations se retrouvent au niveau le plus élevé de la hiérarchie du système général d'action sociale en imprimant le contrôle nécessaire à son fonctionnement. Tandis que les éléments qui sont plus riches en énergie se retrouvent au niveau le moins élevé de la hiérarchie du système général d'action sociale en constituant ses éléments de conditionnement.

Partant de ces considérations, Parsons place donc dans son système général d'action, les sous-systèmes culturel et social essentiellement composés d'éléments symboliques

riches en information à l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie du système général d'action, alors que les deux autres sous-systèmes, ceux de la personnalité et de l'organisme biologique plus riches en énergie et pauvres en informations, se retrouvent à l'échelon inférieur. Ceci étant, à travers l'information qu'ils dispensent, les sous-systèmes culturel et social guident et contrôlent le système général d'action pendant que les sous-systèmes biologiques et psychiques, à travers l'énergie dont ils disposent, le conditionnent.

De ce qui précède ainsi qu'avec la correspondance établie entre les quatre sous-systèmes d'action et les quatre fonctions du système d'action sociale, on note également les prémisses d'un autre projet de Parsons qui consiste à définir et à fournir, à partir de son cadre systémique d'analyse de l'action sociale, une explication des liens et rapports existants entre différentes sciences. En poussant la réflexion dans ce sens, Parsons fit ainsi une correspondance entre les sciences de la biologie avec la paire sous-système d'action biologique et fonction d'adaptation à l'environnement. C'est en effet cette paire qui renferme les éléments de sens qui permettent au système général d'action sociale d'établir des liens avec l'environnement dans lequel il évolue. La même logique fut également appliquée entre la psychologie et la paire sous-système de la personnalité et fonction de rationalité, qui intègre les différents mécanismes permettant de définir les buts et objectifs poursuivis par le système général d'action sociale. Le droit et la sociologie furent aussi associés à la paire sous-système social et fonction d'intégration dans la mesure où cette paire renferme les éléments qui permettent d'assurer la cohésion et la coordination du fonctionnement général de la société, à travers les institutions judiciaires. Enfin, Parsons établit aussi une correspondance entre les sciences de l'éducation et de communication à la paire sous-

système culturel et fonction de stabilité normative à partir de laquelle, les normes et valeurs sont transmises aux différents membres de la société, soit par l'enseignement effectué dans les milieux de formation (écoles, universités) ou encore par l'enseignement véhiculé par les différents médias de masse.

Toujours, dans le même ordre d'idées, Parsons tenta également d'approfondir la compréhension des différentes disciplines de connaissance qu'il associe aux quatre sous-systèmes d'action, en les concevant comme des systèmes d'action sociale à part entière, situés néanmoins à un niveau systémique inférieur par rapport à celui des quatre sous-systèmes d'action et du système général d'action sociale.

Large, générale et visant en premier lieu à comprendre toute conduite humaine, la théorie de l'action sociale de Parsons fournit donc un cadre conceptuel robuste permettant d'effectuer des analyses portant sur différents phénomènes liés et imbriqués, situés de surcroît à différents niveaux d'abstraction. Ce cadre conceptuel procure en effet les outils permettant d'analyser aussi bien le système général d'action sociale situé à un niveau systémique supérieur, que les quatre sous-systèmes d'action qui interviennent dans sa réalisation. Ces quatre sous-systèmes étant toutefois situés à un niveau systémique inférieur par rapport au système général d'action. La même logique analytique s'applique également aux différentes disciplines de connaissance (biologie, psychologie, droit, éducation et communication) que Parsons a associé aux quatre sous-systèmes du système d'action général. Ces disciplines de connaissances étant aussi situées à un niveau systémique inférieur par rapport à celui des quatre autres sous-systèmes d'action qui interviennent dans la réalisation du système général d'action sociale.

Utilité de la théorie du système d'action sociale de Parsons

Dans une perspective plus pratique, la théorie de l'action sociale de Parsons a été utilisée pour comprendre de nombreux phénomènes comme celui de la performance des organisations (Sicotte, Champagne et al. 1998), l'analyse des rôles professionnels, ou encore celui de l'utilisation des services de santé par les usagers (Béland 1989). Concernant le potentiel d'utilisation multidisciplinaire de cette théorie, Rocher et Béland mentionnaient dans leur introduction au numéro spécial de *Sociologie et société* du printemps 1989 consacré à l'œuvre de Parsons :

«...La théorie parsonienne pourrait se déployer donc dans toutes les directions. Elle n'est pas uniquement sociologique; Parsons a voulu élaborer une théorie générale de l'action qui puisse servir de terrain commun à toutes les sciences de l'homme, de la biologie en passant par la psychologie, pour inclure toutes les disciplines sociales et l'on pourrait ajouter l'économie, la politique, l'histoire..... » (Rocher and Béland 1989).

Toutefois, la mobilisation de la théorie de l'action sociale de Parsons dans cette section répond à la nécessité de classer et de réinterpréter, avec les mêmes assises conceptuelles, les différentes approches théoriques d'analyse du changement organisationnel retrouvées dans la littérature en théorie des organisations.

Ce faisant, nous allons présenter, dans les pages qui suivent, l'exercice de classification et de réinterprétation des principales approches théoriques d'analyse du changement que nous avons effectué en utilisant les éléments de la théorie de l'action sociale de Parsons.

La théorie de l'action sociale de Parsons dans la réinterprétation des principales approches théoriques du changement

L'approche théorique de planification rationnelle

L'approche de planification rationnelle est issue du courant de pensée de l'organisation scientifique du travail et de la vision mécaniste de l'organisation. Les tenants de cette approche considèrent que le changement organisationnel se doit d'être pensé et planifié depuis sa conception par le sommet hiérarchique jusqu'à sa routinisation au niveau opérationnel (Mintzberg 2004). L'approche de planification rationnelle d'introduction du changement repose sur la logique suivante : un certain nombre d'objectifs à atteindre pourrait être énoncé à la lumière d'un problème existant dans l'organisation ou dans son environnement et, à partir de ces objectifs, une série de mesures est initiée et mise en place pour permettre d'atteindre ces objectifs (Demers 1999; Champagne 2002; Rouleau 2007). Cette approche implique donc la définition de nouveaux objectifs à poursuivre suite à l'identification de certaines contraintes internes ou environnementales, ainsi que la planification et la programmation des différentes procédures de travail pour atteindre les objectifs visés par le système d'action sociale. En pratique, ce type de changement survient dans les organisations qui ont une forte composante rationnelle au sein desquels, les procédures de production sont divisées en petites tâches complémentaires qui sont standardisées et définies de façon très précise. C'est le cas des organisations de production de masse des biens et services, comme les organisations de l'industrie automobile, de restauration rapide ou de distribution de services de courriers postaux (Mintzberg 2004). À cause du degré élevé de division, de standardisation et de routinisation du travail dans ce type d'organisation, tout processus d'introduction d'un changement induit, par des contraintes internes ou

environnementales, passe nécessairement par une planification et une réorganisation à une très grande échelle de toutes les tâches de production. Cette réorganisation étant élaborée de façon très rationnelle au sommet hiérarchique et transmise par la suite au niveau opérationnel de l'organisation.

L'application de la théorie de l'action sociale de Parsons dans la réinterprétation de l'approche de planification rationnelle du changement mobilise donc la fonction d'adaptation à l'environnement, la fonction de rationalité et la fonction de production du système d'action sociale. En effet, dans la théorie du système d'action sociale de Parsons, la fonction d'adaptation à l'environnement est celle qui permet d'établir le lien entre le système d'action sociale et son environnement afin que ce dernier puisse y recueillir les ressources nécessaires à son fonctionnement. Cette fonction comprend aussi les différentes activités permettant au système d'action sociale de s'adapter pour faire face aux contraintes et exigences de son environnement mais aussi d'adapter l'environnement pour satisfaire ses besoins internes. À travers l'alignement allocatif, cette fonction d'adaptation à l'environnement est reliée à la fonction de production du système d'action sociale où l'on retrouve les mécanismes d'organisation, d'intégration et de différenciation des structures permettant la transformation des ressources acquises dans l'environnement en biens et services. Autrement dit, c'est au niveau de la fonction de production que l'on retrouve les procédures de standardisation et de formalisation des mécanismes de travail qui doivent permettre d'atteindre les objectifs et buts recherchés par le système d'action sociale au niveau de la fonction de rationalité à travers l'alignement tactique.

Ainsi, à partir de l'identification des contraintes et exigences internes et externes du système d'action sociale au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement, les décideurs qui initient un changement par l'approche de planification rationnelle agissent au niveau de la fonction de rationalité pour définir de nouveaux objectifs et buts à poursuivre qui sont en phase avec le projet de changement. La réorientation des buts et objectifs du système d'action sociale doit également s'accompagner de la programmation et de la planification de nouvelles procédures et mécanismes de travail au niveau de la fonction de production. Cette interaction entre la définition ou la redéfinition des objectifs poursuivis avec la programmation de nouvelles façons de procéder au niveau de l'organisation doit ainsi permettre de générer le changement escompté.

L'approche théorique de développement organisationnel

La deuxième approche théorique du changement fréquemment rapportée dans la littérature en théorie des organisations, l'approche de développement organisationnel a été mise de l'avant à travers certaines critiques formulées à l'égard des effets de l'approche de planification rationnelle sur les individus en situation de travail (Morgan 1997). Issue de l'école des relations humaines, l'approche de développement organisationnel met l'accent sur les procédures et mécanismes permettant d'améliorer les conditions, ainsi que le climat de travail des individus en situation de travail dans les organisations. Cette approche s'appuie sur des stratégies de type « recherche-action » pour conduire l'introduction du changement organisationnel. Ces stratégies se font par un processus délibéré de collecte et d'analyse d'informations sur le climat et la culture organisationnel permettant ensuite de développer, avec les membres de l'organisation, les différentes activités à mener pour accroître la productivité des individus (Burke

2008). Parmi ces activités, il peut s'agir de la mise en place de programmes d'enrichissement des tâches et d'autres mesures permettant d'accroître le style participatif de gestion au niveau de l'organisation (Abrahamson 1991; Morgan 1997; Champagne 2002).

En pratique ce type de stratégie de changement survient dans les organisations qui introduisent une nouvelle technologie d'envergure et au sein desquels, il existe plusieurs groupes ou sous-groupe de travail, chacune faisant face à des conditions et à des réalités bien différentes. L'initiation d'une dynamique intra et intergroupe positive devant faciliter et favoriser la communication entre les groupes et le sommet hiérarchique ainsi que la satisfaction des employés vis-à-vis du projet de changement.

Réinterprétée avec la théorie de Parsons, cette deuxième approche théorique d'introduction du changement mobilise la fonction de stabilité normative du système d'action sociale. En effet, c'est au niveau de cette fonction que l'on retrouve les différentes activités du système d'action sociale en lien avec la solidarité, la motivation des individus, le climat organisationnel, ainsi que les conditions de travail. En constituant le «réservoir» de motivation et de solidarité, la fonction de stabilité normative guide, de par ses caractéristiques intrinsèques (intériorisation des normes et valeurs), l'orientation générale du système d'action (Rocher 1972).

Avec l'accent important mis sur le climat organisationnel et les conditions de travail par les auteurs de cette approche théorique, l'amélioration de ces deux éléments réalisée au niveau de la fonction de stabilité normative du système d'action sociale peut favoriser l'introduction du changement en agissant principalement sur les procédures et mécanismes de travail au niveau de la fonction de production et accessoirement sur les

capacités d'acquisition des ressources et d'innovation au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement, ainsi que sur la poursuite des buts d'efficacité et d'efficience au niveau de la fonction de rationalité.

Ce faisant, la réinterprétation de l'approche de développement organisationnel selon la théorie de l'action sociale de Parsons fait intervenir en premier lieu la fonction de stabilité normative, d'où le changement réalisé sur le climat et les conditions de travail pourrait ensuite influencer l'ensemble des autres fonctions du système d'action sociale.

L'approche théorique psychologique

L'approche psychologique s'inscrit dans la continuation de la dynamique prônée par l'approche de développement organisationnel qui insiste sur les individus en situation de travail dans les organisations initiant un processus de changement. Cette troisième approche d'analyse du changement organisationnel met en effet un accent particulier sur les différentes activités à initier pour vaincre les résistances au niveau des structures mentales des individus (Argyris, Putnam et al. 1985; Argyris 1999; Argyris and Schön 2002; Champagne 2002). Cette approche suggère l'initiation d'activités permettant de faire converger les valeurs intrinsèques des différents membres de l'organisation avec celles véhiculées par le changement, en recherchant leur adhésion au projet de changement ainsi qu'en mettant en place un cadre organisationnel propice à l'expression de leur opinion face à la nouvelle situation. Les stratégies pour arriver à cette fin sont variées et peuvent inclure des activités de communication ou d'information autour du projet de changement, l'offre d'un support aux employés durant la phase de changement ou encore la négociation avec certains groupes de personnes qui ont une certaine influence au sein de l'organisation (Mescon, Albert et al. 1988).

La prise en considération des idées et recommandations générées par ce cadre organisationnel doit permettre d'aplanir les peurs et réticences des membres de l'organisation, favoriser la communication entre les différents niveaux hiérarchiques au sein de l'organisation et améliorer par la suite les mécanismes et procédures de production du système d'action (Archier and Serieyx 1984; Lauzon and Essiembre 1987).

La réinterprétation de l'approche psychologique d'introduction du changement selon la théorie du système d'action sociale de Parsons se trouve essentiellement au niveau de la fonction de stabilité normative du système d'action sociale où l'on retrouve les normes et valeurs intrinsèques des membres de l'organisation que l'on cherche à faire converger avec le projet de changement initié.

L'approche théorique d'apprentissage organisationnel

L'approche théorique d'analyse du changement en lien avec l'apprentissage organisationnel fait référence à une réaction naturelle d'adaptation de l'organisation, mais aussi à un phénomène d'innovation émergent et proactif (Demers 1999). Selon cette approche théorique, le changement organisationnel n'est pas exclusivement en lien avec des phénomènes reliés à l'environnement proche et lointain de l'organisation, mais il constitue plutôt un processus quotidien et inévitable qui émane de l'apprentissage et de l'expérimentation constantes des individus et de l'organisation face à différentes situations habituelles ou inhabituelles (McDaniel 1997; McDaniel and Walls 1997; Guilhon 1998; Demers 1999). Ces apprentissages et expérimentations sont par la suite véhiculés et institutionnalisés dans l'organisation à travers des histoires, des symboles et d'autres attitudes comportementales (Hatch 2000). De plus, étant donné le postulat de base mis de l'avant par les tenants de cette approche notamment en ce qui a trait à l'aspect imprédictif de toute action de changement entreprise au sein

de l'organisation, les membres devraient donc apprendre en même temps qu'ils effectuent leurs tâches quotidiennes. L'apprentissage en temps réel pendant que l'organisation interagit avec son environnement étant bien plus enrichissant que l'apprentissage effectué en prévision des situations ultérieures, ce serait donc de cette dynamique d'apprentissage en temps réel que devrait résulter le changement organisationnel (Senge 1990; Stacey 1992; Vaill 1996; Argyris 1999; Demers 1999).

En pratique, c'est ce type de changement qui peut survenir dans les organisations innovatrices dont le but premier est de concevoir de nouveaux produits, soit pour répondre à des besoins très spécifiques de leur clientèle, soit à cause de la nature constamment changeante de l'environnement au sein duquel, elles évoluent (Bouvier 2007).

En mettant les notions d'apprentissage et d'expérimentation au cœur de la dynamique du processus du changement organisationnel, l'approche théorique d'apprentissage organisationnel mobilise donc principalement la fonction d'adaptation à l'environnement de la théorie de l'action sociale de Parsons. Elle interpelle les principaux attributs d'innovation situés au niveau de cette fonction d'adaptation à l'environnement de tous les systèmes d'action concernés par le changement et ce, qu'ils se situent au sein ou en dehors de l'organisation. Le processus entrepris au niveau de cette fonction devant permettre d'imprimer une nouvelle dynamique à l'ensemble des autres composantes du système d'action sociale.

Les approches politiques

Dans un autre ordre d'idées, la dénomination de théories dites politiques d'analyse du changement organisationnel regroupe au sein d'une même appellation l'ensemble des analyses organisationnelles portant sur le pouvoir à savoir l'analyse des coalitions dominantes, l'analyse des ressources et l'analyse stratégique (Rouleau 2007).

Les différentes composantes de cette approche théorique considèrent en effet que le changement organisationnel devrait être issu de l'interaction et de la négociation continues entre les différents acteurs situés aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Toutefois, même si l'analyse politique de la dépendance des ressources fait mention des systèmes d'action situés à l'extérieur de l'organisation, il reste tout de même que les approches politiques sont généralement davantage orientées sur les différents systèmes d'action situés au sein même de l'organisation.

De façon plus spécifique, l'analyse politique des coalitions dominantes, qui se situe dans le prolongement des théories de la prise de décision (Guilhon 1998; Demers 1999; Hatch 2000) introduit le fait qu'il existe au sein des organisations, non pas un groupe homogène avec une rationalité commune à laquelle adhère l'ensemble de membres de l'organisation, mais plutôt un ensemble de groupes poursuivant des rationalités multiples qui sont, difficilement réconciliables. Étant donné cette pluralité de systèmes d'action au sein de l'organisation et compte tenu de la mise en évidence d'une incertitude organisationnelle qui nécessite l'introduction d'un changement, certaines coalitions d'acteurs, notamment les gestionnaires qui ont une position privilégiée dans le processus de prise de décision, cherchent à aligner les objectifs généraux du changement organisationnel vers la réalisation de leurs objectifs spécifiques (Pettigrew 1985; Alter 1999; Hatch 2000; Demers 2007). L'analyse des coalitions met également un

accent particulier sur la création de divers phénomènes de légitimation par la mise de l'avant d'un certain nombre de normes et valeurs dans le processus de mobilisation du pouvoir (Astley and Sachdeva 1984; Rouleau 2007).

En réinterprétant l'analyse des coalitions dominantes avec la théorie de l'action sociale de Parsons, on note que la rationalité dominante des différents systèmes d'action qui interagissent dans le projet de changement (fonction de rationalité) ainsi que la légitimation de certains groupes d'individus à travers les règles, normes et valeurs qu'ils véhiculent (fonction de stabilité normative) constituent les éléments essentiels qui influencent le processus d'introduction du changement.

Basée sur la dépendance des ressources, la deuxième composante de l'approche politique du changement stipule que le pouvoir réside dans la dépendance que les différentes structures de production des organisations ont envers les ressources disponibles; ces ressources pouvant être du savoir, les contacts, du capital ou encore de l'information (Pfeffer and Salancik 1978; Benfari, Wilkinson et al. 1986). Ce faisant, l'approche politique de la dépendance des ressources fait ainsi intervenir la fonction d'adaptation à l'environnement de la théorie du système d'action sociale de Parsons au sein de laquelle les ressources environnementales sont mobilisées, l'alignement d'allocation, ainsi que la fonction de production où ces ressources sont organisées et transformées en extrants.

Avec cette description, on aura par ailleurs remarqué que ces deux premières approches d'analyse politique véhiculent somme toute une vision assez verticalisée et négative du changement, par un groupe des décideurs situés à un niveau hiérarchique assez élevé pour imprimer une dynamique de changement. Ces décideurs utilisent leurs

différentes sources de pouvoir pour rallier le reste des membres de l'organisation dans le processus de changement. Mais à cette première vision, il existe également d'autres courants politiques alternatifs qui proposeraient, au contraire, des visions plutôt émergentes et moins négatives que les deux précédentes sur l'introduction du changement politique dans les organisations (Demers 2007). La vision proposée à cet effet par Kanter qui porte sur l'importance des acteurs du niveau opérationnel de l'organisation de disposer d'une certaine marge de manœuvre politique afin de produire des innovations génératrices de changement représente fort bien ce courant alternatif émergent et positif du changement organisationnel politique (Kanter 1984).

La troisième composante de l'approche politique d'analyse du changement, l'analyse stratégique principalement véhiculée par Crozier et Friedberg (1977) propose de s'intéresser non pas aux individus ou aux groupes d'individus qui peuplent les organisations mais plutôt aux différentes interactions existant entre eux. Ces auteurs insèrent ainsi dans l'analyse qu'ils proposent les notions de jeu entre les différents acteurs qui interviennent au sein de l'organisation qui entreprend le changement. Ces acteurs individuels ou collectifs disposent de leur source de pouvoir soit à partir de la rationalité qu'ils mettent de l'avant et qui est largement partagé au sein de l'organisation (fonction de rationalité), soit à partir de leur capacité d'adaptation ou de mobilisation des ressources (fonction d'adaptation à l'environnement), ou encore soit à partir des normes et valeurs qu'ils véhiculent au sein de l'organisation (fonction de stabilité normative). Selon cette troisième approche d'analyse politique, les dynamiques d'interaction entre les acteurs situés au sein et en dehors de l'organisation, avec leurs sources respectives de pouvoir, constituent les enjeux majeurs qui sont au cœur de toute démarche d'introduction de changement (Crozier and Friedberg 1977).

Ainsi avec cette description, on peut donc considérer que les trois composantes de l'approche politique d'analyse de l'introduction du changement organisationnel sont à même de mobiliser à divers degrés l'ensemble des composantes fonctionnelles de la théorie du système d'action sociale de Parsons.

Les approches théoriques structurelle et néoinstitutionnaliste

Les deux approches théoriques du changement organisationnel que nous explorons en dernier lieu dans cette section insistent sur les différents systèmes d'action situés à l'extérieur des frontières traditionnelles de l'organisation. Selon ces deux approches théoriques, ces systèmes d'action externes déterminent principalement l'initiation et la réussite du changement. Il s'agit de la théorie de la contingence structurelle et de la théorie néoinstitutionnaliste.

La théorie de la contingence structurelle stipule en effet que le réarrangement des structures de l'organisation face aux exigences techniques et économiques édictées par l'environnement externe de l'organisation constitue l'essence fondamentale de la dynamique de production du changement organisationnel. Ce réarrangement devant passer soit par une plus grande standardisation des structures de production lorsque l'environnement est stable et favorable, soit par une plus grande flexibilité de ces structures lorsque l'environnement est incertain (Demers 1999; Hatch 2000; Champagne 2002). Selon les précurseurs de cette théorie, ce serait donc à travers des actions simultanées de différenciation de leurs structures en plusieurs fonctions et en les intégrant par la suite par différents mécanismes de coordination que les organisations devraient parvenir à s'adapter et à survivre face aux pressions environnementales (Lawrence and Lorsch 1967).

Analysée autrement avec la théorie du système d'action sociale de Parsons, cette approche théorique mobilise donc la fonction d'adaptation à l'environnement où se retrouvent les différentes exigences et contraintes techniques et économiques de l'organisation qui initie une démarche de changement ainsi que la fonction de production au sein de laquelle se retrouvent les activités en lien avec les réarrangements et réorganisation des procédures et mécanismes nécessaires à la production des biens et services.

Par ailleurs, en plus des exigences techniques et économiques de survie organisationnelle mises de l'avant par la théorie de la contingence structurelle, la théorie néoinstitutionnelle du changement introduit la nécessité pour les organisations de se conformer également aux normes et aux règles de leur champ d'activité pour assurer leur survie. Faisant suite à une première théorie organisationnelle préexistante élaborée dans les années 40 (Demers 1999; Rouleau 2007), l'approche théorique néoinstitutionnaliste cherche à comprendre comment les organisations arrivent à s'adapter face aux pressions issues de l'environnement externe et atteindre ainsi un certain degré d'isomorphisme dans leur champ d'activité (Demers 1999; Champagne 2002; Rouleau 2007). Face aux pressions d'origine coercitives (lois et règlements), mimétiques (imitations) et normatives (règles édictées par les corporations et ordres professionnels), le défi soulevé par cette approche consiste à trouver les voies et moyens nécessaires à l'institutionnalisation des pratiques reconnues légitimes dans un champ d'activité donné (DiMaggio and Powell 1983; Scott, Ruef et al. 2000). En misant davantage sur l'établissement d'une certaine conformité, entre les pratiques et modes de fonctionnement de l'organisation avec ceux de son environnement, l'approche néoinstitutionnaliste suggère que les organisations qui acquièrent le plus de légitimité

par ce processus auraient davantage de chances de réussir l'introduction du changement (Rouleau 2007).

Réinterpréter avec la théorie de l'action sociale de Parsons, l'approche analytique néoinstitutionnelle d'introduction du changement questionne ainsi l'adéquation et la correspondance entre les éléments des fonctions normatives des systèmes d'action sociale établis dans un champ d'activité donné avec les éléments de la fonction normative du système d'action sociale qui initie le changement. Cette adéquation et cette correspondance devant se faire directement entre les différentes fonctions des systèmes d'action sociale mobilisés sans nécessairement passer par la fonction d'adaptation à l'environnement. En pratique, ce type d'introduction du changement survient lorsqu'un ensemble organisationnel s'applique à adopter de nouvelles règles et procédures de fonctionnement professionnel à la suite d'un changement survenu dans une organisation qui sert de référence à un champ d'activité donné ou dans une autre organisation qui constitue l'entité régulatrice du champ d'activités en question.

Synthèse

Cet exercice général de réinterprétation des différentes approches d'analyse du changement à la lumière de la théorie de Parsons dans la section introductive de cette thèse constitue une étape dans la logique de réinterprétation, à partir des mêmes assises conceptuelles, des différentes approches théoriques d'analyse du changement. Nous avons en effet démontré que les principales approches théoriques d'analyse du changement répertoriées dans la littérature en théorie des organisations peuvent être analysées et réinterprétées en utilisant plusieurs éléments du cadre de Parsons. Les cinq cas de figure qui suivent permettent de soutenir ces propos.

Dans le premier cas de figure, certaines théories ont pu être analysées et réinterprétées en utilisant principalement l'une des quatre fonctions de la théorie de l'action sociale de Parsons. C'est le cas de l'approche théorique psychologique et de l'apprentissage organisationnel. L'approche psychologique mise en effet sur la création d'un cadre organisationnel propice à l'expression et aux échanges pour faire converger les valeurs intrinsèques des différents membres de l'organisation avec celles véhiculées par le projet de changement. Cette approche s'inscrit donc principalement dans la fonction de stabilité normative du cadre de Parsons. L'approche théorique d'apprentissage organisationnel met l'accent sur les différents attributs d'innovation dont disposent l'organisation, comme l'apprentissage et l'expérimentation de ces différents membres dans leur pratique ainsi que de l'organisation en tant qu'entité, pour permettre l'introduction du changement. Comme l'approche psychologique, cette approche théorique s'inscrit aussi principalement au niveau d'une des fonctions du cadre systémique de Parsons, la fonction d'adaptation à l'environnement où on retrouve les

principales caractéristiques qui confèrent au système d'action sociale la possibilité d'innover.

Dans le deuxième cas de figure, on a pu réinterpréter d'autres approches théoriques d'introduction du changement organisationnel, non pas au niveau d'une des quatre fonctions du cadre de Parsons, mais plutôt au niveau de certains alignements qui lient ces fonctions. Il s'agit par exemple de l'approche théorique de développement organisationnel qui mobilise l'alignement opérationnel du cadre de Parsons à travers la mise en relation du climat organisationnel et de la satisfaction des membres de l'organisation avec les différents mécanismes et procédures de production. L'approche de planification rationnelle mise également sur la relation entre la fonction de rationalité et la fonction de production, soit donc l'alignement tactique, pour introduire le changement. Le changement de la rationalité du système d'action sujet au changement, suite à un problème perçu dans l'environnement, devant nécessairement conduire à une redéfinition des tâches et des moyens de coordination afin d'améliorer la productivité organisationnelle.

Dans le troisième cas de figure, l'approche théorique structurelle d'introduction du changement a pu être réinterprétée en mobilisant la fonction d'adaptation à l'environnement des systèmes d'action qui initient le changement. C'est en effet à travers cette fonction que l'organisation entre en contact avec son environnement immédiat pour l'acquisition des différentes ressources nécessaires à la transformation de ces différents mécanismes de production (coordination, formalisation, standardisation).

Dans le quatrième cas de figure, la réinterprétation de l'approche théorique institutionnelle a pu être effectuée en sollicitant cette fois, non pas les alignements interfonctionnels mais plutôt, les relations directes qui peuvent exister entre les fonctions de différents systèmes d'action sociale situés à des niveaux d'abstraction non identiques. Pour l'approche théorique institutionnelle, le changement peut, en effet, être consécutif à la mise en place de normes, lois et règlements par une entité régulatrice d'un champ d'activité donné. Les autres organisations qui exercent dans ce champ d'activité ayant la nécessité d'adopter ces nouvelles mesures (normes, lois et règlements) pour assurer leur survie au sein de leur environnement d'action. Ce type de changement implique donc la transformation des fonctions de stabilité normative de plusieurs systèmes d'action sociale situés à un niveau systémique inférieur à travers l'influence directe exercée par la fonction de stabilité normative d'un système d'action sociale situé à un niveau systémique supérieur.

Enfin dans le dernier cas de figure, l'approche politique a été interprétée en faisant appel à toutes les fonctions et alignements de la théorie du système d'action pour expliquer l'introduction du changement.

L'analyse du changement dans les systèmes de santé

Après avoir passé en revue dans les sections précédentes les différents aspects qui caractérisent le fonctionnement des pays à ressources limitées et la réinterprétation des principales approches théoriques du changement organisationnel retrouvées dans la littérature, nous présenterons dans cette section certaines expériences empiriques d'introduction du changement dans les systèmes de santé.

Nous commençons cette section en présentant les points forts établis par quatre études portant sur l'introduction du changement dans le système de santé canadien au début des années 2000. Par la suite, des études menées sur des expériences d'introduction du changement dans le système de santé américain et européen seront également présentées. Nous compléterons la section par une analyse critique des différentes réformes initiées dans les systèmes de santé des pays en développement. Nous tenons à préciser que l'idée qui sous-tend cet exercice ne consiste pas à effectuer une revue systématique et exhaustive de la littérature portant sur les expériences d'introduction du changement dans tous les systèmes de santé. Il s'agit plutôt de faire ressortir à partir des études qui sont fréquemment citées dans la littérature scientifique, les points importants relatifs à toute démarche d'introduction d'un changement aussi bien dans les systèmes de santé des pays avancés (Canada, États-Unis, Europe) que dans les systèmes de santé des pays en développement (Afrique, Amérique Latine, Caraïbes et certains pays d'Asie).

Expériences d'introduction du changement dans le système de santé canadien

Les quatre études relatives aux facteurs ayant influencé le processus d'introduction du changement dans le système de santé canadien dont nous faisons ici mention ont été réalisées en 2002 dans le cadre de la commission Romanov sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow 2002). Il s'agit des études suivantes :

Denis (2002)

La première de ces études « Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada » s'appuie sur l'analyse de l'introduction de trois stratégies devant permettre aux systèmes de santé de certaines provinces canadiennes de réussir les différents projets de changement entrepris. La première des trois stratégies d'introduction du changement consistait à mettre en place ou à renforcer par l'attribution de nouvelles prérogatives décisionnelles, le niveau intermédiaire de gouvernance de ces systèmes de santé, soit le niveau régional (Denis 2002).

Neuf des dix provinces canadiennes s'engagèrent ainsi dans ce projet de renforcement de la gouvernance régionale, considéré comme une démarche de planification rationnelle permettant d'atteindre des objectifs d'efficience et d'efficacité dans la prestation des soins et services (Denis 2002). De par ses caractéristiques, cette démarche de régionalisation constituait aussi bien un processus de décentralisation (transfert de certaines prérogatives du niveau central de gouvernance au niveau régional) qu'un processus de centralisation (attribution de certains pouvoirs décisionnels des instances locales vers la région) (Denis 2002).

Selon l'auteur de cette étude, les résultats empiriques en lien avec cette politique de renforcement de la gouvernance régionale furent plutôt mitigés dans une des provinces

canadiennes, le Québec. En effet, c'est le contexte favorable de l'époque qui a permis à cette réforme d'avoir un certain effet notamment en favorisant la participation publique dans le processus de gestion du système de soins au niveau des instances régionales et en permettant à ces dernières de jouer davantage leur rôle de relais pour la structure de gouvernance centrale (Denis, 2000).

L'étude fait donc ressortir que la simple mise en place de nouvelles prérogatives au niveau des structures intermédiaires de gouvernance sans pour autant les doter de certains leviers d'action (ex. paiement des ressources médicales ou encore le financement de leurs pratiques) ne permet d'avoir que des effets limités sur la coordination et l'intégration des soins et des services visés par le processus de changement.

Le mode de fonctionnement assez verticalisé du système de soins au Québec est également un autre élément qui a fragilisé la mise en place de ce projet de renforcement des structures régionales. À ce propos, l'auteur rapporte les effets inattendus des mises en retraite anticipée de certains professionnels de la santé, prises au niveau central de gouvernance, sur la capacité des instances régionales à procéder à une planification adéquate de la main-d'œuvre dans les différentes structures de santé locales.

De cette première expérience d'introduction du changement répertorié dans cette étude, il ressort qu'un simple changement rationnel et structurel qui passe par la planification et le renforcement d'une structure de gouvernance dans la dynamique organisationnelle des systèmes de santé n'est pas suffisant pour parvenir à un changement conséquent. Toutefois, les chances de réussite de ce processus pourraient

s'accroître davantage lorsque ce changement s'accompagne de l'acquisition de leviers permettant d'agir sur certains incitatifs, mais aussi lorsque le fonctionnement des structures de gouvernance est mieux intégré et mieux articulé.

La deuxième stratégie rapportée dans cette première étude est l'expérimentation de nouveaux procédés pour faire émerger le changement de façon locale. Contrairement, à la première stratégie d'introduction du changement qui consistait à renforcer la gouvernance intermédiaire, cette deuxième stratégie, plus locale, n'apportait aucune transformation sur le mode de fonctionnement des niveaux de gouvernance régional et provincial du système de santé Québécois (Denis 2002). Dans l'étude, l'auteur fait mention de deux types d'expérimentation locale : l'expérimentation d'un prototype, qui consiste à associer au mode de fonctionnement traditionnel des organisations locales, d'autres procédés de fonctionnement alternatifs et le renouvellement des pratiques courantes. Ces deux types d'expérimentation sont moins sujets à la planification et ont l'avantage de ne pas requérir de ressources additionnelles (Denis 2002). Toutefois, malgré l'attrait que présentent ces deux procédés d'expérimentation pour favoriser le développement d'un changement, il reste que leur potentiel de « contamination » et leur pérennisation face aux « turbulences » qui se produisent assez régulièrement dans les systèmes de santé, ont été rapportés comme étant les principaux facteurs à prendre en considération lorsqu'on porte un jugement sur leur efficacité dans la production du changement.

L'analyse de la mise en place d'un leadership entre les différents acteurs impliqués dans le processus de changement constituait la troisième stratégie présentée dans cette étude. Toutefois, la fragmentation des structures d'autorités, caractéristique du

fonctionnement des organisations ou des systèmes de santé mettait en lumière, selon l'auteur, la pertinence de miser davantage sur le leadership collectif qui fait référence à la coexistence de plusieurs types de compétences dans ces organisations au lieu du leadership individuel (Denis 2002). Ce leadership collectif devait en outre être différencié pour éviter les conflits de compétences entre les acteurs sollicités bien que complémentaire.

Bien que les trois stratégies rapportées dans cette étude aient toutes été porteuses de changement sur certains aspects du fonctionnement du système de santé, il reste que l'auteur suggère que la prise en considération des remarques suivantes devrait permettre d'accroître les retombées du changement et parvenir ainsi à les répliquer dans d'autres contextes similaires. Une interaction forte et dynamique entre les différents niveaux de gouvernance est nécessaire pour favoriser les projets de changement structurel. Le développement du potentiel humain dans les organisations à travers la formation, la mise en place de mesures qui favorisent l'autonomie et l'engagement, ainsi que l'existence d'une dynamique systémique qui permet de suivre et de pérenniser les initiatives locales sont tous des facteurs qui devraient favoriser le changement émergent.

Glouberman et Zimmerman (2002)

Dans la deuxième étude portant sur les déterminants de la réussite du changement dans le système de santé canadien, les auteurs posent la question suivante en titre : « Systèmes compliqués et complexes : en quoi consisterait une réforme de soins de santé réussie? ». En guise de réponse et à travers l'utilisation habile de métaphores, ils commencent par faire une nette distinction entre ce qui peut être considéré comme étant un problème simple pour lequel la maîtrise et l'application des éléments de solution devraient garantir une forte probabilité de réussite (ex. suivre une recette de cuisine); un problème compliqué qui est d'envergure plus importante que le premier, mais dont la probabilité d'être résolue reste également fortement liée à la maîtrise de différents éléments de solution (ex. envoyer un astronaute dans l'espace); et un problème complexe pour lequel, par contre, il n'y a pas de recette de solution (ex. élever un enfant) (Glouberman and Zimmerman 2002). Une fois cette distinction faite, les auteurs font un parallèle entre la problématique des réformes initiées dans les systèmes de santé et les problèmes complexes, en considérant ainsi les systèmes de santé comme étant des entités éminemment complexes et adaptatives. Ils estiment par conséquent peu utile et pertinent d'appliquer à des systèmes adaptatifs et complexes ayant des attributs de non-linéarité, d'interdépendance et de fortes interactions avec les conditions locales, des réformes qui s'appuient généralement sur des conceptions issues des méthodes de planification stratégique et rationnelle (Glouberman and Zimmerman 2002).

En effet, ils soutiennent que les réformes structurelles qui ont été initiées depuis le début des années 70, ou encore l'introduction de sommes d'argent de plus en plus importantes pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé dans la majorité des pays

de l'OCDE ont certes porté des résultats appréciables dans le court terme mais les effets déstabilisateurs à travers la non-prise en considération de la complexité inhérente au fonctionnement des systèmes de santé ont rendu la plupart de ces mesures peu porteuses de changement profond dans le long terme.

Ainsi, avec ces observations et en s'inspirant de l'analyse de certains succès enregistrés dans les systèmes de santé français et brésilien, ces auteurs considèrent que la prise en compte des conditions locales (les traditions politiques, historiques et culturelles), la mise en place de mesures qui favorisent les initiatives locales, l'expérimentation et l'apprentissage sont les fondements de la réussite du changement dans les systèmes de santé. C'est seulement lorsque ces prémisses seront ancrées dans le mode de fonctionnement des organisations qui interviennent dans le système de santé, que de modestes ressources financières ou structurelles peuvent être apportées en support pour stabiliser le système de santé et favoriser ainsi une évolution incrémentale vers un changement plus conséquent.

En somme, cette deuxième étude qui a analysé le processus d'introduction du changement avec les lentilles de la science de la complexité considère qu'au lieu de favoriser un changement profond, l'ajout substantiel et récurrent de ressources dans les systèmes de santé conduit beaucoup plus à une déstabilisation du système rendant les mesures subséquentes du changement peu productives. Par contre, l'initiation d'un modeste rajout de ressources pour stabiliser le système dans un contexte favorisant les innovations locales pourrait être beaucoup plus positive et porteuse de changement dans le long terme.

Champagne (2002)

Si les deux premières études citées dans cette section font principalement allusion à l'introduction du changement dans les systèmes de santé ou de soins, l'étude de Champagne (2002) limite l'essentiel de son analyse aux organisations. Pour l'auteur de cette étude, les écueils associés à la démarche globale de changement dans les organisations se situent dans une des trois phases suivantes : soit à la phase de prise de décision d'introduire ce changement (il mentionne les difficultés à initier des décisions pour appliquer les recommandations issues des nombreuses commissions sur la santé au Québec et au Canada), soit à la phase d'implantation du dit changement (ex. difficulté à implanter la régionalisation au Québec et en Ontario), soit lorsque le changement repose sur une théorie qui ne produit pas forcément les effets escomptés (ex. l'absence de preuves tangibles pour justifier les bénéfices liés à la fusion entre les hôpitaux en terme de réduction des coûts ou d'amélioration de l'efficacité) (Champagne 2002).

En s'appuyant sur des écrits publiés aussi bien dans la littérature académique que populaire, l'auteur définit une dizaine de modèles plus ou moins valides pour expliquer l'implantation du changement dans les organisations. Avec ce constat, l'auteur considère que la présence d'attributs de complexité dans le fonctionnement des organisations de santé doit conduire logiquement à l'utilisation du modèle théorique d'apprentissage organisationnel, via un processus d'expérimentation, pour expliquer de façon plus convaincante l'introduction du changement dans ce type d'organisations (Champagne 2002). À cet apprentissage organisationnel, on peut adjoindre l'initiation d'un leadership collectif entre les différents acteurs qui interviennent dans le processus du changement, et ce, à cause de la fragmentation des structures d'autorité qui existe

dans les organisations de santé. Le climat d'implantation constitué de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et cognitives nécessaires à l'implantation du changement; la flexibilité, l'intégration et la complexité de la structure organisationnelle ainsi que l'environnement technique et institutionnel étant les autres éléments qui peuvent influencer l'apprentissage organisationnel et le développement du leadership collectif dans la démarche de changement initié (Champagne 2002).

Contandriopoulos (2003)

Contrairement aux trois premières études, la quatrième et dernière étude de cette section consacrée à l'analyse de l'introduction du changement dans le système de santé canadien, n'a pas été publiée dans le cadre de la commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada. Mais qu'à cela ne tienne, l'étude revient de façon détaillée sur l'explication de l'inertie des systèmes de santé occidentaux en général et ceux du Canada et du Québec en particulier dans leur engagement à entreprendre des réformes profondes, mais aussi sur les différentes stratégies à mettre en œuvre pour sortir ces systèmes de santé de cette inertie. L'étude intitulée à juste titre « Inertie et Changement » propose une explication de l'inertie des systèmes de santé à travers une série de facteurs qui se retrouveraient dans trois domaines différents: le système de valeurs, le système de gouverne et le système clinique (Contandriopoulos 2003). Le système de valeurs fait allusion à la coexistence simultanée de trois valeurs en tension constante dans le fonctionnement des systèmes de santé : l'équité, l'efficacité et le maintien des libertés individuelles. En s'appuyant sur les systèmes de gestion, d'information et de financement, la gouverne se réalise aussi bien au niveau macroscopique du système de santé, qu'aux niveaux mésoscopique organisationnel et microscopique de prise en charge clinique (Contandriopoulos 2003). À noter qu'à chacun de ces niveaux, il existe des logiques d'action dominantes non nécessairement semblables, et qui une fois mises ensemble sont difficilement réconciliables.

Partant de cette description du fonctionnement des systèmes de santé et en tenant compte d'autres facteurs contextuels qui influencent la trajectoire des systèmes de santé (changement démographique, mondialisation, développement des technologies)

l'auteur propose un ensemble de stratégies dites paradoxales afin de favoriser l'introduction du changement.

Convergeant avec la vision des trois précédents auteurs, ce dernier auteur met également en relief l'aménagement d'espaces discrétionnaires d'expérimentation et d'innovation afin de permettre aux acteurs du système de santé d'essayer de nouvelles pratiques et de nouvelles façons de faire. Ces expérimentations devant être suivies et évaluées par un système d'informations fiable permettant de transformer les expérimentations réussies en outils d'apprentissage (Contandriopoulos 2003). La démarche de changement doit s'appuyer aussi sur la formation adéquate des acteurs, ainsi que sur la mise sur pied de mesures incitatives, symbolique et/ou hiérarchique favorisant le processus de changement. Finalement, l'auteur mentionne que ce processus profond de changement du système de santé doit être porté dans un premier temps par un leadership individuel apparaissant comme le porteur du changement, puis dans un deuxième temps par l'association d'autres acteurs influents du système de soins pour bâtir un leadership collectif plus efficace (Contandriopoulos 2003).

Synthèse sur les expériences d'introduction du changement au Canada

Bien qu'utilisant plusieurs perspectives théoriques et analytiques, ces quatre études permettent néanmoins de faire ressortir des pistes convergentes dont il serait important de tenir compte lors de tout processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé. Il s'agit en premier lieu de la prise en considération du fonctionnement complexe des systèmes de santé ainsi que des différentes organisations de santé qui les constituent. En effet, ces quatre études mettent un accent particulier sur l'existence de certains attributs et caractéristiques qui font que le fonctionnement des systèmes de santé ne peut pas être compris comme un phénomène rationnel avec un leadership et une distribution de pouvoir verticalisé d'un sommet hiérarchique vers une base opérationnelle. L'existence de plusieurs catégories de professionnels ayant des logiques d'action différente, de plusieurs organisations qui sont également de nature différente et qui interagissent de plusieurs façons et dans plusieurs sens ont conduit les auteurs de ces études à concevoir le fonctionnement du système de santé canadien comme celui d'un système qui aurait des attributs d'un système complexe. Dans ce cas le renforcement des interactions entre ces différentes organisations ainsi que des différents niveaux de gouvernance constitue selon un des auteurs une piste à privilégier pour l'introduction du changement dans le système de santé canadien (Denis 2002). De plus, la culture de l'innovation à travers l'existence de conditions favorisant les initiatives individuelles et collectives ainsi que l'expérimentation de nouveaux procédés organisationnels à tous les échelons organisationnels apparaissent aussi comme d'autres mécanismes favorisant l'introduction du changement. À noter que ces innovations doivent être toutefois suivies par un système d'informations permettant de transformer l'innovation en une pratique d'apprentissage et par la suite en une pratique courante.

Par ailleurs, étant donné les nombreuses sources de pouvoir au sein des systèmes de santé, la tentative de construction d'un leadership collectif autour du projet commun du changement constitue aussi selon ces auteurs, un autre mécanisme à privilégier pour le processus d'introduction du changement dans le système de santé canadien.

Expériences d'introduction du changement dans le système de santé des États-Unis

Compte tenu des différences de conception, de fonctionnement et de performance des systèmes de santé canadien et américain, nous allons présenter un aperçu descriptif de quelques expériences d'introduction de changement dans le système de santé des États-Unis ainsi qu'une analyse des différents facteurs qui ont eu à influencer les initiatives de réformes entreprises dans ce système de santé.

À l'image de plusieurs autres aspects de la société américaine, le système de santé américain est celui des superlatifs. Avec des dépenses de santé équivalant à plus d'un quart du produit intérieur brut, le système de santé des États-Unis est le plus coûteux des systèmes de santé des pays industrialisés (Geyman 2003; Klein 2003; Kingson and Cornman 2007; Wall Street Journal September 27, 2001). Le coût du système de santé des États-Unis équivaut presque au double de la moyenne du coût des systèmes de santé des autres pays de l'OCDE (Sauviat 2004; OCDE 2007). Mais malgré ce coût élevé, sa performance reste en deçà de la performance des autres systèmes de santé auquel il est comparable. En effet, le rapport de l'OMS de 2000 qui analysait la performance des différents systèmes de santé en termes d'articulation entre ses fonctions et ses objectifs jugeait la performance du système de santé américain comme étant particulièrement « faible » (OMS 2000). Une autre étude plus récente de l'organisation du Commonwealth portant sur l'évaluation des systèmes de santé de certains pays en fonction du taux de mortalité associé à des conditions pouvant être traitées par des soins adéquats, classait également les États-Unis au 15^{ème} rang sur un ensemble de 19 autres pays (Kingson and Cornman 2007). De plus, le taux d'insatisfaction de la population sur la faible performance du système de santé américain n'a cessé

d'augmenter au cours des dernières années passant de 15% en 1998 à 31% en 2007 (Helman, Greenwald et al. 2006).

Selon la littérature, plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette faible performance du système de santé américain. Parmi ces raisons, la plus avancée est la conception « très américaine » de la santé qui est considérée, non pas comme un droit garanti par l'état à tous ses citoyens comme c'est le cas dans la plupart des autres pays développés, mais plutôt comme un bien négociable qui obéit aux lois de l'offre et de la demande du marché. Cette conception particulière et mercantile de la santé a eu pour effet de donner un rôle prépondérant au secteur privé aussi bien en matière de financement (rôle accru des employeurs et assureurs privés) qu'en matière de fourniture de soins (réseaux d'hôpitaux et de médecins) et de médicaments (les industries pharmaceutiques) (Sauviat 2004).

Par ailleurs, la prépondérance du privé combinée à l'absence de régulation du secteur de la santé par l'état a conduit à la coexistence de nombreux types de systèmes de couverture assurantielle. Celle qui est assez souvent évoquée et qui paraît beaucoup plus caractériser le système de santé américain est le système de couverture volontaire fourni par les entreprises privées à leurs employés ainsi qu'aux familles de ces derniers. À ce premier type de couverture se rajoutent aussi les assurances privées que contractent certains groupes d'individus qui disposent des ressources nécessaires pour les payer. En dehors de ces deux principaux types de systèmes de couverture assurantielle, il y a les programmes d'assurance publique mis en place par le gouvernement fédéral qui couvrent deux catégories de la population : certaines personnes ayant des ressources très limitées (Medicaid) et les personnes âgées

(Medicare). Cependant, même en combinant tous ces systèmes de couverture assurantielle, on rapporte que près de 47 millions d'américains (15% de la population) ne disposent pas d'une couverture d'assurance de santé de base (Budeti 2004; Kingson and Cornman 2007).

En outre, l'utilisation excessive des hautes technologies produites par l'industrie pharmaceutique, les coûts d'administration élevés du système ainsi que la faible régulation de la pratique des médecins spécialistes viennent également se rajouter aux raisons précédemment évoquées pour expliquer le niveau de performance et les coûts du système de santé américain (Klein 2003).

Avec ces différents maux et caractéristiques, différents projets de réformes ont été initiés pour tenter de changer en profondeur le fonctionnement du système de santé américain afin de le rendre plus performant, plus égalitaire et moins coûteux. Le dernier en date est celui du président Obama. Bien que marquant un tournant décisif dans l'histoire récente du système de santé américain, ce projet de réforme a néanmoins fait l'objet de nombreuses modifications avant d'être finalement adopté par les représentants du congrès et du sénat américain en mars 2010, soit près plus d'une année après son initiation. En effet, le projet de réforme de M. Obama prévoyait, au départ, la mise en place d'un système de couverture universelle pour l'ensemble de la population américaine et qui serait géré par le gouvernement fédéral. Il interdisait aussi aux compagnies d'assurance privées de pratiquer des mesures sélectives sur le choix des personnes à assurer, toutes choses qui discriminaient certains compte tenu de la présence de conditions médicales pré-existantes. Cependant, compte tenu des considérations idéologiques d'une frange de la population américaine mais aussi de

l'influence de certains groupes d'acteurs qui ont intérêt au maintien du statu quo, la réforme du président Obama telle qu'adoptée par les deux chambres des représentants ne permet pas d'octroyer un système de couverture universelle à l'ensemble de la population américaine. Mais qu'à cela ne tienne, elle aura néanmoins le mérite de fournir une couverture santé à près de 32 millions d'américains sur les 45 ou 50 millions qui en étaient jusque-là dépourvus. De plus, tout en promettant de réduire les coûts de fonctionnement du système de santé, cette réforme élimine également les différentes mesures mises en place par les compagnies d'assurance privée qui leur permettaient d'accepter ou de refuser des clients selon des conditions médicales préexistantes.

Par ailleurs, bien que la réforme du président Obama ait été finalement adoptée par le sénat et le congrès américain, nous estimons qu'il est néanmoins nécessaire de faire mention d'un autre projet de réforme du système de santé américain, le « Health Security Act » du président Clinton en 1993. Avec le recul que l'on a vis-à-vis de ce projet de réforme et compte tenu du fait qu'il a été largement documenté dans la littérature spécialisée, nous estimons qu'il est possible d'en tirer des enseignements utiles et pertinents sur les expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé.

En 1993, le président Clinton avait fait de la réforme du système de santé américain, l'un des principaux objectifs de son premier mandat présidentiel. En enjoignant, par une ordonnance fédérale, certaines personnes ayant des revenus élevés à contribuer au mécanisme de couverture assurantielle de la population et en impliquant les employeurs des entreprises et le gouvernement fédéral dans la subvention des soins aux personnes ayant de faibles revenus, l'implantation de la réforme devait

théoriquement permettre de couvrir vers l'an 2000 près de l'ensemble de la population (Congressional budget office 1994). Une implication plus poussée de l'état à travers la mise en place des réseaux de soins intégrés (Managed Care) pour davantage réguler le «laisser-faire du marché » et contenir ainsi la croissance effrénée des coûts du système de santé était également l'autre élément important de cette réforme (Budeti 2004; Sauviat 2004). Toutefois malgré son attrait ainsi que la désirabilité de ses objectifs, la réforme du président Clinton n'a jamais dépassé le niveau des deux chambres législatives du congrès et, dix mois après son initiation, elle était considérée comme un échec (Budeti 2004). Le non-alignement de la réforme sur les intérêts de certains groupes d'acteurs ayant une grande influence dans le milieu politique américain notamment les groupes d'assurance privée, les associations professionnelles médicales ou encore les gros employeurs de l'industrie américaine aurait joué un rôle primordial dans l'échec de l'implantation de cette réforme (Lacronique 1995; Klein 2003; Navarro 2008).

La reprise économique du début des années 90 venant conforter l'idée que les entreprises privées pouvaient maintenir et même accroître leur système de couverture pour leurs différents employés ainsi que la signature de l'accord de libre échange Nord-américain par le président Clinton ont été par ailleurs deux éléments contextuels qui ont considérablement miné le soutien de la frange progressiste de la population américaine qui appuyait fortement la réforme au départ (Navarro 2008).

Enfin, l'identification du projet de réforme au couple Clinton à travers l'implication directe de Hilary Clinton au sein de la « Task Force » (groupe de spécialistes chargé

d'élaborer le projet) a été un autre élément qui aurait fragilisé le projet (Lacronique 1995).

Synthèse des expériences d'introduction du changement dans le système de santé des États-Unis

Les expériences d'introduction des réformes dans le système de santé des États-Unis montrent avec suffisance l'importance de la prise en compte de la diversité et de la pluralité des acteurs individuels et organisationnels intervenant dans ce processus. Cette revue de la littérature a en effet permis de mettre l'accent sur l'importance de la diversité des intérêts et attentes des groupes d'assurance privée, des associations médicales ou encore les groupes d'entreprises privées impliqués dans la réalisation ou la non réalisation d'un projet de transformation d'envergure du système de santé américain. La nécessité de la prise en considération de la divergence de vue et d'idéologie de ces différents acteurs à travers l'établissement de canaux formels et informels d'échange et de communication apparaît donc comme un préalable nécessaire à effectuer avant d'entamer tout projet d'introduction du changement. De plus, la légitimité des porteurs des réformes et donc le leadership avec lequel le projet d'introduction du changement est conduit, ou encore le momentum de la réforme définit selon les réalités du contexte politique ou économique de la période à laquelle le projet est initié sont également les autres éléments qui ont été rapportés comme importants dans ces expériences d'introduction du changement dans le système de santé américain.

Expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé en Europe

Pour compléter cette revue des connaissances sur l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays avancés, mentionnons une autre étude ayant porté sur différentes réformes dans des systèmes de santé de certains pays européens. En utilisant un cadre analytique incluant le contenu et la nature des réformes, les différents acteurs impliqués dans la démarche ainsi que les éléments du contexte (conditions macroéconomiques, politiques et sociétales), les auteurs de cette étude identifiaient sept facteurs qui pouvaient influencer la finalité du processus de changement. Il s'agissait du momentum de la réforme, de la disponibilité des ressources financières, la volonté et le leadership politique pour conduire la réforme, les alliances stratégiques avec certains groupes professionnels, le support de la population, la gestion de la réforme en termes de formulation des objectifs, des incitatifs pour la réforme et, finalement, la disponibilité des infrastructures techniques pour suivre le processus de changement (Saltman and Figueras 1997).

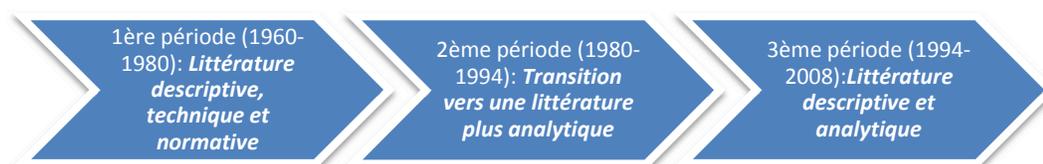
Expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement

Avec la présentation des expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays développés, nous complétons cette section en présentant un aperçu de la littérature portant sur l'introduction du changement dans systèmes de santé des pays en développement.

Dans les pays en développement, les expériences de changement ont porté dans une large mesure sur l'introduction des réformes de décentralisation des services de santé, ou encore sur la transformation des mécanismes de financement. Même si au cours des deux dernières décennies, il y a eu de nombreux écrits sur l'introduction de politiques spécifiques à certaines maladies comme le sida ou la tuberculose, nous faisons le choix dans cette section de porter notre analyse sur les changements organisationnels majeurs introduits dans les systèmes de santé des pays en développement, notamment ceux entrepris sous forme de réformes sectorielles.

Sur cette base, l'analyse de la littérature scientifique portant sur l'introduction des réformes dans les systèmes de santé des pays en développement que nous avons effectuée dans cette recherche nous a conduits à identifier trois périodes sein desquelles cette littérature retrouve son ancrage empirique et conceptuel.

Figure 2: Synthèse de la littérature portant sur l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement



Première période

La première période s'étend du début des années 60 jusqu'au début des années 80. Cette première période correspond au moment où la santé était globalement réfléchie et comprise dans une logique essentiellement biomédicale. Également, c'est la période où les états avec les structures nationales de santé jouaient le rôle principal dans la gouvernance des systèmes de santé sans une grande implication des structures et organisations du secteur privé ou encore d'autres organisations d'affiliation internationale. Ainsi, étant donné le nombre relativement limité d'acteurs impliqués dans l'initiation et la mise en œuvre de ces réformes et la prédominance de la vision biomédicale de la santé de cette période, on considère que l'introduction des réformes dans les systèmes de santé des pays en développement entre les années 60 et 80 s'est faite de façon beaucoup plus consensuelle (Walt and Gilson 1994). Ce faisant, les écrits scientifiques relatifs à cette première période insistent beaucoup plus sur le processus d'élaboration des réformes, plus particulièrement sur les aspects techniques et

normatifs nécessaires à l'obtention des résultats recherchés (Chowdhury and Kirkpatrick 1994).

Deuxième période

La deuxième période que nous avons identifiée dans notre analyse s'étend du début des années 80 jusqu'au milieu des années 90. Pour les pays en développement, cette période correspond à l'introduction de la logique néolibérale dans les divers processus de gouvernance. Cette logique a d'abord été mise de l'avant par les grandes institutions financières tels la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International relayées par la suite par la plupart des autres organisations internationales. L'introduction des politiques économiques néolibérales fut prônée d'une part en raison de la croissance économique enregistrée dans certains pays d'Asie qui l'avaient adopté, mais aussi à cause des difficultés rencontrées par les structures étatiques de plusieurs pays en développement pour rejoindre les besoins sociaux fondamentaux de leur population (Chambers 1992; Bayart 1993). Par ailleurs, cette deuxième période est également celle des programmes de décentralisation et des programmes d'ajustement structurel caractérisés entre autres par le désengagement des états, la promotion du secteur privé ainsi que la participation financière des usagers pour l'obtention des soins et services de santé. C'est aussi la période qui marque l'effritement du monopole médical et l'introduction des disciplines économiques, sociologiques et anthropologiques dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé (Walt and Gilson 1994). La littérature de cette deuxième période met ainsi l'accent sur l'introduction progressive des organisations du secteur privé et des organisations internationales dans la conception, le financement, la régulation et la fourniture des soins et services dans les systèmes de santé de pays en développement.

Ce faisant, le passage de la première période de réformes dites « consensuelles » à la deuxième période dite « conflictuelle » (Walt and Gilson 1994) fit ressortir la nécessité pour les auteurs en santé internationale de prendre en considération en plus des aspects techniques nécessaires au processus d'élaboration des réformes, d'autres aspects liés non seulement au contexte de mise en œuvre des réformes, mais aussi aux différents processus politiques mobilisés. C'est dans cette logique que les revues de référence en santé internationale « Health Policy », « Health Policy and Planning » ou encore « The Journal of International Development » consacrèrent en 1994 et en 1995, des numéros spéciaux sur les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement. C'est à cette période que fut également publié l'article fondateur de Walt et Gilson (1994) appelant à des analyses plus approfondies des réformes initiées dans les systèmes de santé des pays en développement. En s'appuyant sur le rôle des différents acteurs, l'environnement politique, économique et institutionnel dans lequel les réformes sont mises en œuvre, ainsi que sur les processus utilisés, cet article fournissait un cadre conceptuel de référence encore largement utilisé de nos jours pour analyser l'introduction de nouvelles politiques de santé dans les pays en développement (Gilson and Raphaely 2008). C'est d'ailleurs principalement pour cette raison que nous avons utilisé le moment de publication de cet article pour marquer le début de la troisième période que nous avons identifiée dans notre analyse. Cette troisième période s'étend du milieu des années 90 à la première décennie des années 2000.

Troisième période

Une dizaine d'années après la publication de l'article de Gill and Walt (1994) appelant les différents auteurs s'intéressant à la santé internationale à l'utilisation de nouvelles approches pour analyser *autrement* les politiques de santé dans les pays en développement, d'autres auteurs ont effectué une revue systématique de la littérature afin de porter un jugement sur les différentes avancées réalisées. Il s'agit notamment de l'article de Gilson et Raphaely (2008) paru dans la revue « Health Policy and Planning ». S'appuyant sur une recherche effectuée dans les bases de données « PubMed » et « International Bibliography of The Social Sciences », les auteurs de cette revue considèrent qu'entre 1994 et 2007, des avancées aussi bien en termes de qualité que de nombre de publications ont été réalisées dans cette littérature. Mais au-delà de ces avancées, ils notent que la littérature portant sur les politiques d'organisation des systèmes de santé des pays en développement reste encore très fragmentée et très limitée en nombre comparativement aux autres publications portant, par exemple, sur la thématique du sida ou encore celle relative aux différents moyens de financement des soins de santé (Gilson and Raphaely 2008). L'autre particularité, mise en évidence par les auteurs de cette étude, est le manque de rigueur, ainsi que l'aspect descriptif et narratif des articles qui ont été publiés pendant cette troisième période (Gilson and Raphaely 2008). La plupart des études analysées par ces auteurs semblent en effet se contenter de rapporter des faits qui se sont déroulés durant l'élaboration et/ou l'implantation de nouvelles politiques de santé, sans démontrer l'ancrage historique et contextuel de ces études d'une part, mais aussi sans clairement indiquer la façon dont elles s'insèrent et contribuent à l'évolution des connaissances, d'autre part. Par ailleurs, très peu d'études semblent utiliser des cadres théoriques ou conceptuels pour

systématiquement étayer leurs résultats et interpréter leurs observations à la lumière de ces cadres. Les quelques auteurs qui ont fait un effort dans ce sens ont, pour la plupart du temps, utilisé des approches d'analyse de type politique.

Partant de cette dernière observation, nous avons fait le choix de présenter dans les paragraphes qui suivent quelques-unes de ces études qui ont tenté d'utiliser des cadres théoriques et conceptuels pour soutenir leurs observations.

Reich (1995)

Reich (1995) utilisait dans son article une typologie analytique comprenant trois approches politiques qui permettait de faire ressortir les éléments qui ont favorisé l'introduction de réformes pharmaceutiques dans trois pays d'Asie: le Sri Lanka, le Bangladesh et les Philippines. Il s'agissait de l'approche de la volonté politique (Political will model), de l'approche des factions politiques (Political factions model) et de l'approche de la survie politique (Political survival model) (Reich 1995). L'approche de la volonté politique suggère que les décisions relatives à l'initiation et la mise en œuvre des réformes sont prises de façon « politique » pour maximiser le bien-être des populations. Celle des factions politiques considère que les différentes décisions relatives aux réformes sont prises pour satisfaire certains groupes d'intérêts. Pour l'approche de la survie politique, l'initiation des réformes est davantage en lien avec de l'opportunisme politique afin que certains acteurs puissent conserver des acquis visibles auprès de leur électorat. Bien qu'étant non mutuellement exclusive, l'application de ces trois approches a permis à l'auteur de développer un cadre méthodologique pour évaluer systématiquement six éléments cruciaux pouvant accroître la faisabilité des réformes. Il s'agissait des conséquences des réformes, les positions des acteurs,

l'analyse des objectifs des partenaires, l'analyse des relations existantes entre les partenaires, les espaces de transition créateurs d'opportunités ainsi que l'élaboration des stratégies de changement. Selon l'auteur, l'analyse de ces différents éléments devrait permettre d'avoir une cartographie des positions politiques des acteurs à partir de laquelle, il serait aisé de travailler afin d'accroître la faisabilité des réformes de santé.

Gilson et al. (2001)

S'inscrivant également dans la logique des analyses comparatives de réformes introduites dans plusieurs pays, l'article de Gilson et al. (2001) utilisait le cadre analytique élaboré par Walt et Gill (1994) afin de porter un jugement sur l'équité de trois réformes implantées dans trois pays africains : le Bénin, le Kenya et la Zambie (Gilson, Kalyalya et al. 2001). Dans les deux premiers pays, il s'agissait de réformes qui découlaient de l'initiative de Bamako dont le but était de faire la promotion des soins de santé primaires par des mécanismes de décentralisation comprenant, dans une large mesure, la mise en place de schémas de financement communautaire, l'implication de la communauté dans la gestion des structures de santé, ainsi la fourniture de médicaments via un programme national de médicaments essentiels. Dans le troisième pays, il s'agissait d'une réforme de décentralisation au sein de laquelle, l'introduction des schémas de financement se retrouvait non pas au premier plan comme dans les deux autres pays, mais plutôt au second plan.

Le processus de décentralisation mis de l'avant dans ces études consistait à transférer les responsabilités politiques, fiscales et administratives des structures centrales du ministère de la santé vers les organisations locales (World Bank 1993). Ce processus de décentralisation pouvait prendre plusieurs formes allant de la déconcentration, à la

dévolution et parfois jusqu'à la privatisation. Le but du processus étant d'accroître la performance du système de santé à travers l'accroissement de l'équité, de l'efficacité allocative et technique ainsi que de la qualité des soins et services (Bossert and Beauvais 2002).

Le cadre d'analyse utilisé par les auteurs de cette étude met l'accent sur la détermination de trois ensembles d'éléments devant permettre d'accroître le processus de décentralisation à savoir: 1) les éléments contextuels tels le contexte socioéconomique d'implantation, les conditions et les schémas de financement antérieurs; 2) les éléments de contenu comme les objectifs visés, le niveau de contribution des usagers, les structures d'implication communautaire; les acteurs impliqués; et 3) les éléments de processus comme la rapidité avec laquelle la réforme a été implantée. L'utilisation de ce cadre a permis aux auteurs de faire ressortir l'importance du leadership de certains acteurs, la définition d'objectifs clairs, réalistes et réalisables ainsi que la mise en œuvre graduelle des réformes dans une logique d'expérimentation et d'adaptation progressive pour favoriser la réussite de l'introduction des réformes dans les systèmes de santé des pays en développement.

Walker et Gilson (2003)

Au-delà de l'utilisation de cadres conceptuels et théoriques pour analyser l'introduction des réformes dans certains pays en développement, il est à noter que les deux premiers articles que nous avons présentés adoptent une perspective d'analyse assez macro. Contrairement à ces articles, une étude menée en Afrique du Sud adoptait une autre perspective d'analyse des réformes des systèmes de santé, cette fois plus micro (Walker and Gilson 2004). L'étude avait pour but d'évaluer la politique de gratuité des soins de

santé primaire initiée par le gouvernement sud-africain après l'abolition de l'apartheid. Les auteurs utilisaient une stratégie de recherche de type « étude de cas » pour analyser plus spécifiquement les effets négatifs et inattendus de cette nouvelle politique auprès du personnel de santé de la première ligne de soins (Street-level bureaucrats). Dans l'article, les auteurs font ressortir comment des infirmières, peu informées et peu préparées à l'introduction de cette réforme, ont développé des stratégies leur permettant de faire face à l'affluence et l'attitude de la clientèle suite à la mise en œuvre de la politique de gratuité.

L'article démontre que ce personnel de première ligne n'agit pas uniquement comme des professionnels de la santé « passifs » face aux changements initiés, mais qu'ils agissent également comme des acteurs sociaux qui élaborent des stratégies afin de faire face à toute nouvelle situation à laquelle ils sont confrontés. Cette étude constitue ainsi une illustration qui démontre l'importance de ne pas réduire le processus d'élaboration et de conduite du changement essentiellement au niveau macro et de tenir compte de la réaction des personnes à tous les niveaux de la pyramide de gouvernance à travers des mécanismes d'adaptation et de flexibilité.

Bossert (1998; 2002) et Atkinson (2005)

Finalement d'autres études réalisées au début des années 2000, ont mis à contribution la théorie de l'agence pour analyser l'introduction de certaines réformes dans quelques pays d'Afrique subsaharienne (Bossert 1998; Bossert and Beauvais 2002) et d'Amérique latine (Atkinson, Fernandes et al. 2005) ayant en trame de fonds, un processus de décentralisation. La théorie de l'agence constitue en fait une approche politique qui essaye d'expliquer les relations de pouvoir entre un principal (les structures centrales

de gouvernance dans le cas de ces études) et un agent (les structures de gouvernance intermédiaire ou locale). Ainsi, par le transfert de certaines prérogatives et responsabilités des structures centrales de gouvernance vers les structures intermédiaires et locales, les auteurs de ces études présentent le processus d'introduction de la décentralisation comme étant un mécanisme initié par le principal pour limiter l'autonomie d'action des agents, ces derniers disposant à priori d'un avantage comparatif en termes d'informations par rapport au principal.

L'introduction du processus de décentralisation constituait donc un mécanisme qui devrait permettre de réduire l'asymétrie informationnelle existant entre le principal et l'agent d'une part et, d'autre part, de réduire également l'incertitude du principal face aux actions des agents.

En plus de l'application de la théorie de l'agence pour la compréhension de l'introduction de cette réforme, les auteurs d'une de ces études proposaient par ailleurs une typologie plus fine pour analyser l'ensemble du processus de décentralisation. S'appuyant sur les différents types de décentralisation à savoir, la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privation², Bossert et Beauvais (2002) élaboraient de ce fait un cadre d'analyse fondé non pas sur une approche rigide, figée et dichotomique de la décentralisation, mais plutôt sur un continuum qualitatif à trois échelles à partir duquel, différentes actions en lien avec le processus de décentralisation pouvaient être analysées sur une base évolutive et temporelle (Bossert and Beauvais 2002). Par la suite, ces auteurs ont appliqué le cadre conceptuel élaboré pour analyser certains aspects organisationnels des réformes dans 4 pays en développement, le Ghana, la

² Cette classification de la décentralisation a été mise en avant par Mills (1994) dans son étude portant sur la décentralisation et la responsabilité dans le secteur de la santé

Zambie, l'Ouganda et les Philippines. Plus précisément, il s'agissait d'analyser les variations observées sur les allocations financières, l'organisation des services, les méthodes de gouvernance et la gestion des ressources humaines entre ces différents pays suite à l'introduction des réformes.

Dans l'ensemble, cet exercice permit aux auteurs « d'éclater » le concept de décentralisation et de déterminer avec plus d'acuité ses composantes qui ont plus d'impact dans la production des effets, ainsi que les éléments à prendre en considération lors des implantations ultérieures. Sur ce dernier point, les auteurs rapportaient, par exemple, l'importance accordée par les responsables régionaux et locaux aux services curatifs au détriment des services préventifs alors que le processus de décentralisation visait principalement le renforcement des services préventifs. Selon les auteurs, la raison était que les services curatifs sont plus à même de fournir du capital politique auprès des populations desservies ainsi qu'une plus grande visibilité.

Synthèse sur les expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement

En guise de synthèse sur l'analyse de la littérature portant l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, nous sommes en mesure de dire, à l'instar de Gilson et al. (2008) que cette littérature demeure encore peu importante en nombre comparativement à d'autres thématiques de santé traitées dans les pays en développement. Cette littérature reste également assez descriptive et narrative et très peu portée sur l'utilisation de cadre conceptuel ou théorique pour soutenir les interprétations issues des résultats et des faits observés. En outre, lorsqu'ils sont utilisés, ces cadres conceptuels s'appuient presque exclusivement sur les théories organisationnelles politiques. De plus, même si quelques études adoptent une perspective analytique qui part du niveau micro, il reste que l'essentiel des écrits consultés garde une perspective analytique très macro de l'introduction et la conduite des réformes. De ce fait, les analyses effectuées portent généralement sur des actions initiées ou effectuées au niveau macro du système de santé, sans pour autant tenir compte des particularités et des spécificités des différentes organisations intervenant aux autres paliers de gouvernance.

La théorie de la complexité

Ayant rapporté les faits saillants des expériences d'introduction du changement dans différents types de système de santé, nous introduisons dans cette section un aperçu de la théorie de la complexité que nous utiliserons par la suite dans le cadre théorique et dans l'interprétation de certains résultats de cette recherche.

On entend par système adaptatif et complexe, toute entité réunissant des agents qui, tout en disposant d'un certain degré de liberté, interagissent ensemble et dont les comportements ne sont pas totalement prédictibles (Simon 1996; Anderson 1999; Plsek and Greenhalgh 2001). S'intéressant à l'étude des systèmes adaptatifs complexes, la science de la complexité ne constitue pas une théorie unique, il s'agit plutôt d'un ensemble de théories et de construits multi et interdisciplinaires qui retrouve son ancrage conceptuel dans les sciences mathématiques, physiques et biologique (Dubinskas 1994; Bugun, Zimmerman et al. 2003). En effet, les origines de la science de la complexité peuvent être retracées dans certaines approches théoriques et philosophiques mises de l'avant au milieu du siècle dernier parmi lesquelles, certains auteurs citent la théorie des réseaux de neurones artificiels ou encore la théorie des automates cellulaires (Manson 2001; Gatrell 2005).

Mais au-delà de ces deux approches théoriques, une exploration plus approfondie de la littérature sur les origines de la théorie de la complexité nous amène à prendre en considération les nombreuses ressemblances et similitudes conceptuelles que cette dernière partage avec la théorie générale des systèmes et la cybernétique. Pour appuyer ces propos, nous présentons dans les paragraphes suivants quelques principes

mis de l'avant par la théorie générale des systèmes et la cybernétique afin de montrer leurs contributions respectives dans le développement de la théorie de la complexité.

Théorie générale des systèmes

L'étude de la théorie générale des systèmes commence à l'époque de la Deuxième Guerre mondiale à travers des recherches scientifiques d'origine diverse notamment en Biologie. Dans cette discipline, c'est Von Bertalanffy, dans son ouvrage « Théorie générale des systèmes », qui propose les assises conceptuelles de cette nouvelle approche scientifique dont les principes de base sont les suivants : pour tout système quelque soit sa taille et son niveau d'organisation (atome, molécule, organisme, société), le tout est plus que la somme des parties (Von Bertalanffy 1980). Autrement dit, il ne suffit pas de connaître chaque élément du système de façon isolée pour comprendre son fonctionnement dans sa globalité. Un système possède toujours des caractéristiques ou des propriétés supplémentaires et émergentes dont ne disposent pas ses différents constituants pris de façon isolée. Ces propriétés supplémentaires et émergentes étant issues des interrelations et de la mise en commun des différentes composantes du système. Pour comprendre le fonctionnement d'une société par exemple, il ne suffit pas de comprendre individuellement le fonctionnement de chacun de ses membres, il y a également lieu de comprendre la société en tant qu'entité globale qui dispose de propriétés spécifiques issues des relations qu'entretiennent ses différents membres. À une plus petite échelle, l'Homme est à la fois un être biologique formé de cellules, de tissus et de systèmes, mais aussi un être psychologique avec des pensées, des comportements, des humeurs, un être social interagissant avec d'autres personnes et enfin un être culturel ayant un langage, des mœurs et des coutumes. Compte tenu de l'influence réciproque et simultanée de chacune de ses facettes, il est

difficile de prétendre comprendre l'Homme dans sa globalité en cherchant uniquement à comprendre chacune de ses facettes de façon isolée.

Ainsi, la nouveauté qu'apporte la théorie systémique à travers la prise en considération du « tout » et pas seulement des composantes isolées d'une entité ou d'un phénomène dont on cherche à comprendre le fonctionnement permet de rompre avec l'approche classique, mécaniste et cartésienne de la science. Longtemps utilisée dans les sciences physiques, chimiques et biologiques, cette approche classique suggère en effet de subdiviser et de réduire tout phénomène à l'étude en plusieurs composantes élémentaires et de déduire par la suite, à partir de l'étude de ces composantes, des lois et des principes qui pourraient être appliqués au phénomène initial qui était à l'étude. C'est le principe de la réduction (séparer ce qui est lié) ou de la disjonction (unifier ce qui est divers) des phénomènes à l'étude qu'évoque Morin (Morin 1990).

Cependant, en plus du plaidoyer pour l'utilisation d'une approche holistique et globale pour la compréhension des phénomènes, la théorie générale des systèmes poursuit également un autre objectif qui consiste à trouver les principes généraux qui permettent de créer une assise conceptuelle commune pouvant être partagée par différentes sciences. Et à ce propos, nous rapportons ici les buts généraux de la théorie générale des systèmes tels qu'énoncés dans l'ouvrage fondateur de la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy :

- Tendance générale à une intégration des diverses sciences, naturelle et sociale à travers la théorie générale des systèmes
- Cette théorie peut être un moyen important pour atteindre une théorie exacte dans les domaines scientifiques non physiques

- Développer verticalement des principes unificateurs à travers l'univers des sciences individuelles, cette théorie nous rapproche du but : l'unité de la science.

De ce qui précède, nous pouvons donc considérer que l'apport de la théorie générale des systèmes dans l'évolution des sciences en général et dans le développement de la science de la complexité en particulier est d'avoir mis en exergue l'importance des interrelations qui existent entre les différentes composantes d'un système pour son fonctionnement, d'avoir encouragé l'utilisation d'une approche plus holistique et plus globale pour la compréhension des phénomènes systémiques, et ce, au détriment de l'approche réductionniste et enfin d'avoir fait ressortir l'idée d'une possible unité de la science à travers l'identification d'un certain nombre de paramètres communs utilisables par différentes disciplines.

Cybernétique

En ce qui concerne la cybernétique, ce sont des auteurs comme Wiener, Ashby ou encore Von Neumann qui ont proposé un certain nombre de notions qui ont été par la suite incorporées dans la théorie générale des systèmes afin d'accroître la compréhension du fonctionnement des systèmes (Durand 1979; Bouvier 2007). Parmi ces notions, on cite l'existence d'un niveau de hiérarchie entre les différents éléments du système selon qu'ils soient plus riches ou plus pauvres en énergie ou en informations ou encore l'existence d'un sous-système de pilotage et de régulation qui vise à orienter le système selon ses finalités et à le réajuster au besoin.

Toutefois, en faisant uniquement allusion aux entrées (inputs) et sorties (output) pour comprendre les résultats de fonctionnement du système, sans aller plus en profondeur

pour comprendre les mécanismes qui permettent de passer des inputs aux outputs, un auteur rapporte que la cybernétique reconnaît dans un certain sens l'existence d'une *complexité* dans le fonctionnement des systèmes, mais elle la met entre parenthèses et la nomme sous le nom de « boîte noire » (black box) (Morin 1990).

Ainsi donc avec leurs contributions respectives, on peut considérer, à l'instar d'autres auteurs (Le Moigne 1977; Durand 1979; Morin 1990; Le Moigne, Le Gallou et al. 1992; Phelan 1999; Manson 2001; Bouvier 2007) que certains éléments apportés par la théorie générale des systèmes (importance des interrelations entre les entités d'un système, approche holistique, émergence de caractéristiques supplémentaires, projet d'unicité de la science) et la cybernétique (niveau de hiérarchie à l'intérieur du système, principe de la boîte noire) ont constitué les bases conceptuelles à partir desquelles s'est développé la science de la complexité.

Toutefois, même si on retrouve certaines similitudes conceptuelles entre ces théories au point que certains considèrent la théorie de la complexité comme une simple évolution de la théorie générale des systèmes et de la cybernétique, tandis que d'autres la considèrent comme étant juste une reproduction des principes antérieurement mis de l'avant par la théorie générale des systèmes (*an old wine in new bottle*), il nous semble utile de mettre en exergue certains points qui les différencient fondamentalement:

1er point: Comme la théorie générale des systèmes et la cybernétique, la théorie de la complexité s'inscrit en partie dans une logique qui prône l'utilisation d'une approche holistique et globale pour parvenir à comprendre tout phénomène. Toutefois, au lieu de rejeter d'emblée l'approche classique et réductionniste de la science comme l'avait fait

la théorie générale des systèmes pour favoriser uniquement l'approche holistique et globale, la théorie de la complexité opte pour l'utilisation des deux approches. Autrement dit, au lieu d'opposer les approches réductionniste et holistique de développement des connaissances qui peuvent paraître à priori contradictoires et irréconciliables, la théorie de la complexité suggère plutôt de les associer. De cette façon, la compréhension d'un phénomène à l'étude issue de sa subdivision en plusieurs unités élémentaires plus simples peut être ainsi enrichie par la prise en considération du phénomène dans sa globalité.

La même logique de combinaison de notions contradictoires et irréconciliables en apparence s'applique aussi aux notions d'ordre, d'équilibre, de stabilité et de prédictibilité auxquelles l'approche scientifique classique et la théorie générale des systèmes accordent un grand intérêt. Au lieu de rejeter d'emblée ces notions et de mettre essentiellement de l'avant leurs attributs antagonistes, la théorie de la complexité suggère de les associer. Ainsi, pour appréhender de façon plus appropriée le fonctionnement des systèmes complexes, la théorie de la complexité suggère de tenir compte aussi bien de l'existence de l'ordre, de l'équilibre, de la stabilité et de la prédictibilité, que de l'existence du désordre, du déséquilibre, de l'instabilité et de l'imprédictibilité. Car selon les tenants de cette approche, c'est de l'association et de la combinaison de ces notions contradictoires que devrait émerger la richesse analytique des phénomènes dont on cherche à comprendre le fonctionnement.

2ème point: Pour la théorie générale des systèmes et la cybernétique, le fonctionnement des systèmes s'appuie sur des principes prédéterminés de transfert d'énergie et d'information entre les différents éléments du système. Ces transferts

étant d'une part réciproques (souvent symbolisé par des doubles-flèches) et, d'autre part, de la même intensité répondant ainsi à la loi d'équivalence de l'action et de la réaction. Pour la théorie générale des systèmes, le fonctionnement d'un système s'effectue également dans un cadre de stabilité et d'équilibre. Tout ce qui peut faire dévier le système de cette stabilité et de cet équilibre doit être corrigé par les sous-systèmes de pilotage et de régulation. En fait, dans la logique de la théorie générale des systèmes, la finalité de tout système est d'atteindre un niveau optimal d'ordre, d'équilibre et de stabilité. Dans ce sens, *la complexité* qui peut parfois être mise en évidence sous certaines conditions dans le fonctionnement des systèmes n'est qu'une caractéristique transitoire associée à leur fonctionnement.

Par contre, pour la théorie de la complexité, la complexité n'est pas qu'une simple caractéristique ou un attribut d'un système ou d'une entité donnée. Pour cette théorie, tout système ou entité organisée est par définition singulier et complexe. Morin (1990) montre ainsi la complexité inhérente au fonctionnement de plusieurs systèmes organisés allant de l'atome, la molécule, les protéines, l'ADN, les cellules, les tissus, l'organisme, les groupes d'individus, la société.... Avec les attributs d'autonomie et d'apprentissage dont ils disposent, ces systèmes organisés et complexes ne fonctionnent pas de façon prédéterminée suivant des lois et des règles édictés par un sous-système de pilotage ou de guidage ou encore moins par l'environnement dans lequel ils évoluent. Chaque système complexe a sa propre dynamique évolutive et s'adapte continuellement aux conditions locales dans lesquelles il évolue.

Par ailleurs, aux finalités de stabilité et d'équilibre des systèmes suggérées par la théorie générale des systèmes, la théorie de la complexité s'oppose par l'existence d'un

processus de changement continu dans la dynamique de fonctionnement et d'adaptation des systèmes complexes. De plus, contrairement aux relations linéaires bidirectionnelles mises de l'avant par la théorie générale des systèmes, les relations entre les éléments d'un système complexe sont de nature non linéaires. Également, à la place des principes d'équivalence de l'action et de la réaction ou de cause à effet utilisés par la théorie générale des systèmes, la théorie de la complexité propose, quant à elle, des relations de non-équivalence. En effet, avec l'existence des relations non linéaires dans le fonctionnement des systèmes complexes, une cause ou une action d'une faible intensité peut entraîner une réaction ou un effet d'une intensité beaucoup plus forte. Pour illustrer ce propos, nous pouvons rapporter ici la métaphore devenue classique du météorologue Lorentz (1963), qui disait qu'un simple battement d'ailes d'un papillon dans la baie de Sydney peut, à terme, déclencher une tempête en Californie. Autrement, dans un système complexe sous l'effet des relations non linéaires, une micro-cause peut entraîner un maxi-effet, tout comme une maxi-cause peut entraîner un mini-effet.

3ème point: le troisième et dernier point qui distingue la théorie générale des systèmes avec la théorie de la complexité réside dans le degré d'achèvement du projet d'intégration trans et interdisciplinaire que ces deux théories ont toujours visé. Comme mentionné précédemment, la théorie générale des systèmes visait dès au départ l'identification de principes explicatifs communs qui pourraient favoriser l'intégration des disciplines scientifiques tout en permettant à chacune de garder sa singularité. Dans la période florissante de la théorie générale des systèmes (1940-1970), certains auteurs comme Talcott Parsons (voir section « Revue de la littérature ») se sont attelés à cette

tâche. Mais avec le recul, le résultat de cette entreprise semble plutôt mitigé et moins abouti.

Par contre, le foisonnement inter et transdisciplinaire de la théorie de la complexité dans plusieurs disciplines scientifiques depuis ses débuts dans les années 80, autorise de croire que cette dernière a réussi à aller plus loin que la théorie générale des systèmes dans le projet d'origine qui consistait à offrir une assise théorique commune qui peut être utilisée aussi bien dans les sciences naturelles que dans les sciences sociales. La stratégie de production et de diffusion des connaissances mis en place par le Santa Fe Institute ont très certainement contribué à ce succès (Thrift 1999). Composé au départ de quelques chercheurs issus de plusieurs domaines scientifiques (physique, mathématiques, économie, biologie) et qui avaient été membres du Los Alamos National Laboratory (pôle de regroupement de plusieurs scientifiques pendant et après la deuxième guerre mondiale), le Santa Fe Institute a été le noyau à partir duquel ont été développées, en l'espace de deux décennies, les connaissances qui portent actuellement sur la science de la complexité et qui sont utilisées dans diverses disciplines scientifiques. L'Institut fonctionne principalement à travers des séminaires et ateliers qui réunissent de façon ponctuelle des chercheurs (incluant des détenteurs de prix nobels) issus de disciplines diverses et qui travaillent dans des centres de recherche disséminés à travers le monde autour de sujets qui leur permettent de partager et d'échanger leurs expériences respectives dans l'application de la théorie de la complexité.

Aujourd'hui, au regard de toutes les publications et tous les écrits qui portent sur la science de la complexité ainsi que toutes les applications scientifiques et non

scientifiques qui en résultent, on peut affirmer sans grand risque de se tromper qu'elle constitue l'une des avenues scientifiques les plus explorées aussi bien dans les centres de recherche que dans les milieux d'enseignement.

Après avoir présenté un aperçu de l'ancrage de la théorie de la complexité, nous présentons dans les paragraphes suivants, l'utilisation qui en a été faite dans les sciences sociales et dans les sciences de la santé ainsi que ses principales caractéristiques.

La science de la complexité dans les sciences sociales et de la santé

Une analyse des écrits publiés au cours des deux dernières décennies sur cette thématique montre une application soutenue des concepts liés à la science de la complexité à l'étude des systèmes sociaux en général et à l'analyse du fonctionnement des organisations de santé en particulier. Cette application a commencé au milieu des années 90 avec une série d'articles publiés dans « Quality Management in Health Care » qui exploraient les trajectoires cliniques des patients lors des épisodes de soins, comme étant des processus non linéaires et émergents (Sharp and Priesmeyer 1995). Dans le numéro de décembre 1994 du « Journal of Management Inquiry », d'autres auteurs exploraient aussi les caractéristiques du chaos et définissaient les analogies possibles qui pouvaient être faites entre l'analyse du « chaos » et l'étude des organisations (Dubinkas 1994; Johnson and Burton 1994). Bien plus récemment, dans les années 2000, on a également répertorié une autre série d'articles qui appliquaient cette fois les concepts liés à la science de la complexité aux systèmes de santé. Certaines caractéristiques du NHS ont ainsi pu être analysées à la lumière de la théorie du Chaos (Papadopoulos, Hadjitheodosiou et al. 2001). Les systèmes de santé français, canadien

et brésilien ont été également explorés à la lumière de la théorie de la complexité (Champagne 2002; Glouberman and Zimmerman 2002; Contandriopoulos 2003).

Bien que la science de la complexité ait eu des applications dans de nombreuses disciplines scientifiques, il existe toutefois une divergence de vues sur les différentes caractéristiques que les auteurs prêtent aux systèmes adaptatifs complexes (Mathews, White et al. 1999). Mais malgré ce constat, que certains attribuent parfois à la relative « jeunesse » de la science de la complexité, il reste que certaines notions notamment celles liées aux aspects non linéaire, dynamique, émergent, coévolutif et auto-organisé, sont fréquemment citées dans les publications portant sur l'analyse des systèmes adaptatifs et complexes (Stacey 1996; Eoyang and Berkas 1999; Marion and Bacon 2000; Anderson, Crabtree et al. 2005).

L'aspect non-linéaire des systèmes adaptatifs complexes fait référence à la présence de nombreux acteurs individuels ou collectifs interagissant ensemble non pas de façon unidirectionnelle mais plutôt de façon multidirectionnelle. Certes des relations linéaires à sens unique pourraient constituer une composante non négligeable de la dynamique de fonctionnement des organisations assimilées à des systèmes adaptatifs complexes, mais elles ne pourraient expliquer le processus d'interaction des acteurs dans leur globalité (Bugun 1994; Bugun, Zimmerman et al. 2003).

L'aspect dynamique qui est associé aux systèmes adaptatifs complexes reste, quant à lui, relié à l'existence d'un processus de changement constant au sein des systèmes adaptatifs complexes (Bugun, Zimmerman et al. 2003).

Plusieurs autres sous-systèmes peuvent également faire partie intégrante d'un même système adaptatif complexe donné. L'évolution de l'un des sous-systèmes peut donc

influencer plusieurs autres sous-systèmes, voire le système adaptatif complexe en entier, ce qui explique le caractère coévolutif des systèmes adaptatifs complexes (Stacey 1995; McDaniel and Driebe 2001; Plsek and Greenhalgh 2001).

Finalement l'aspect « auto-organisé » des systèmes adaptatifs et complexes demeure intrinsèquement lié à leur caractère émergent qui trouve sa raison d'être dans le fait que les actions réalisées au sein des systèmes complexes sont interreliées et interdépendantes, toute chose qui fait émerger une auto-organisation qui caractérisent parfois ces systèmes (Lee 1997; Anderson, Crabtree et al. 2005). En fait, quelle que soit la nature d'un système ayant une ouverture sur son environnement qu'il soit simple, complexe ou encore non linéaire, il y aurait toujours une tendance orientée vers l'émergence d'une certaine auto-organisation (Anderson 1999).

Ainsi, en ayant rapporté dans cette section les approches théoriques et les expériences empiriques rapportées dans la littérature sur l'analyse de l'introduction du changement aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, mais aussi un aperçu de l'approche théorique de la complexité, nous présenterons dans la prochaine section de la thèse, une revue de la littérature portant sur les systèmes de surveillance épidémiologique qui constitue l'innovation organisationnelle sur laquelle nous nous sommes appuyés pour réaliser cette recherche doctorale.

Fondements de la surveillance épidémiologique

La mise en place d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel à l'échelle d'un pays, notamment Haïti, constitue le cas sur lequel nous nous appuyons pour analyser les enjeux liés l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement. Mais avant d'aller plus loin dans l'élaboration de ces enjeux, nous estimons qu'il est nécessaire de présenter une revue de la littérature relative à la description des systèmes de surveillance épidémiologique ainsi qu'aux expériences d'introduction des systèmes de surveillance dans certains pays en développement.

En nous basant sur la littérature décrivant les systèmes de surveillance épidémiologique (Declich and Carter 1994; Teutsch and Churchill 2000; Choi 2001; OMS 2001; McNabb, Chungong et al. 2002), nous avons fait ressortir les principales caractéristiques associées au fonctionnement d'un système de surveillance épidémiologique ainsi que les enjeux liés à leur implantation.

Caractéristiques d'un système de surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique consiste en une démarche de collecte, d'analyse et d'interprétation systématique et continue d'informations relatives à la santé des populations, afin de planifier, d'implanter et d'évaluer les différentes activités de santé publique (Teutsch and Churchill 1994). Introduit dans le champ depuis plusieurs siècles, c'est au cours de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle que le concept de surveillance épidémiologique va prendre toute son importance avec une application non plus limitée aux maladies, mais plutôt à la santé des populations ainsi qu'à leur déterminant. Ainsi, de façon progressive, la surveillance épidémiologique va intégrer, en plus des maladies infectieuses transmissibles, l'ensemble du champ de la pathologie également non

infectieuse, incluant les maladies chroniques et les maladies environnementales ainsi que leurs déterminants (Brucker 2004).

Par ailleurs, de nos jours, la surveillance épidémiologique est également utilisée pour: i) la détermination des priorités d'action; la planification, la mobilisation et l'allocation des ressources; ii) la prévision et la détection précoce des épidémies ainsi que le contrôle et l'évaluation des programmes qui visent l'amélioration de la santé des populations (OMS 2001).

L'amélioration de la santé des populations se reflète à travers la réduction du taux de morbi-mortalité et implique nécessairement une prise en charge de qualité pour les personnes malades admises dans les établissements de santé ainsi que des activités de promotion, de prévention et protection efficaces et efficientes au niveau des communautés (Evans, Barer et al. 1996). Le but ultime d'un système de surveillance épidémiologique est de produire des informations valides, fiables et pertinentes pour la prise de décision à tous les échelons d'un système de santé donné ; cette prise de décision doit être inéluctablement orientée vers la production d'actions concrètes qui concourent à l'amélioration de la santé des populations.

Même si le but de la surveillance épidémiologique reste globalement le même, que l'on soit en pays en voie de développement ou en pays développés, il n'en demeure pas moins qu'il est pertinent de tenir compte de certaines considérations contextuelles propres aux SSE dans les pays en développement. Ces considérations intègrent d'emblée l'existence d'une pléthore de programmes verticaux de santé, la faible capacité de réponse des systèmes, la faible capacité d'analyse (en raison du manque de ressources humaines) ainsi que la lourdeur administrative dans la prise de décision

(White and McDonnell 2000). En outre au-delà des contraintes liées à la planification des SSE, certains auteurs mettent aussi l'accent sur certaines barrières qui peuvent se dresser durant l'implantation des SSE dans les pays en développement dont :

- Le manque des ressources humaines disponibles dans le domaine de la santé publique et plus spécifiquement celui de l'épidémiologie de terrain (Bero, Grilli et al. 1998).
- Le manque de laboratoires de référence fonctionnels (OMS 2001).
- Et, plus particulièrement, l'existence de plusieurs systèmes d'informations sanitaires parallèles dont les conséquences en terme d'organisation peuvent aboutir à une incoordination majeure dans la gestion de l'information sanitaire (White and McDonnell 2000).

Sur ce dernier point, il faut mentionner que, bien que plusieurs pays en développement disposent de systèmes de surveillance épidémiologique fonctionnels, nous n'avons rencontré aucun projet ou étude dans la littérature qui s'intéresse spécifiquement à cette problématique d'organisation d'un SSE dans un contexte où coexistent plusieurs autres organisations qui produisent régulièrement leur propre information sanitaire.

Les activités associées à la surveillance épidémiologique à l'échelle d'un pays sont généralement décrites autour des trois principaux niveaux de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement. Il s'agit du niveau local, départemental et central.

Au niveau local, la communauté, les établissements de santé de base et les organismes offrant des soins de santé sont les principaux acteurs de la surveillance épidémiologique. Les différents agents communautaires ou de santé formés à cet effet

ont la charge de diagnostiquer, de traiter et d'assurer la prophylaxie de tous les cas sous surveillance rencontrés en tenant compte des algorithmes nationaux élaborés au niveau central ou départemental. Ces agents pourront également servir pour la détection des flambées épidémiologiques et leur notification aux échelons supérieurs. Cependant, même si les professionnels de santé (infirmières, médecins, sages femmes) constituent la première source pour la collecte d'informations relatives aux maladies, il n'en demeure pas moins que d'autres agents chargés de la surveillance épidémiologique du niveau local devront en outre recueillir des informations supplémentaires qui sont de nature plus globale sur la santé des populations (comportements à risque, les pratiques alimentaires, l'hygiène de vie).

Les autres activités à mener au niveau local intègrent aussi la collecte et l'acheminement des échantillons pour des examens de laboratoire plus poussés; l'analyse et l'utilisation d'informations sanitaires locales recueillies antérieurement à travers la production de tableaux, de graphes ou de cartes sanitaires permettant soit une éventuelle réorientation de certaines activités de surveillance ou encore la mise en œuvre locale d'autres programmes de santé. À noter que toutes les activités réalisées à ce niveau doivent faire l'objet de rapports mensuels en période normale ou hebdomadaire en cas de flambées épidémiques à acheminer au niveau départemental (OMS 2001).

Au niveau départemental ou provincial, l'analyse constante des données de surveillance émanant des différentes sources de l'échelon inférieur est effectuée afin de suivre l'évolution des tendances des maladies et de l'état de santé des populations, ainsi que pour détecter et mettre en œuvre les moyens nécessaires pour circonscrire les

flambées épidémiques. En plus de recueillir et d'analyser les informations provenant de la périphérie, les activités de surveillance au niveau départemental consistent à :

- assurer la coordination et le contrôle des activités dans les différentes structures de santé du département impliquées dans le processus de surveillance,
- collecter d'autres données à partir des registres d'état civil, des systèmes administratifs des hôpitaux et des écoles, ainsi qu'à partir des recensements effectués sur les différents risques de santé,
- confirmer ou infirmer selon les outils diagnostiques de laboratoire disponible, les cas suspects des pathologies sous surveillance et à défaut, les acheminer à d'autres laboratoires nationaux plus équipés,
- assurer la rétro information des données collectées aux établissements de santé de la base ainsi qu'aux différentes communautés. Cette rétro information qui vise en première intention les professionnels de la santé devra inclure les analyses et les interprétations des résultats de surveillance, ainsi que les recommandations spécifiques à entreprendre à cet effet,
- élaborer et transmettre régulièrement au niveau central un rapport sur les maladies sous surveillance et sur les tendances épidémiologiques de la population.

À travers l'appui qu'il apporte aux structures départementales, **le niveau central** jouera un rôle déterminant dans le bon fonctionnement de tout le système de surveillance épidémiologique. L'élaboration d'un plan d'action national doit en effet permettre de définir les principaux axes stratégiques de surveillance et de coordonner les activités à l'échelle du pays. Ce rôle de coordination sera beaucoup plus important et laborieux

dans les contextes où on note la présence de nombreuses organisations qui interviennent dans la production de l'information sanitaire.

C'est à ce niveau que l'on doit également définir et diffuser pour les établissements de santé, les algorithmes nationaux pour le diagnostic et la prise en charge des maladies sous surveillance. L'ensemble des données transmises par les différents départements sanitaires ainsi que celles provenant des autres organisations produisant des informations sanitaires y sont également analysées afin de déterminer les tendances épidémiologiques et pour apprécier le degré d'atteinte des objectifs de surveillance du niveau départemental voire local. En outre, dans le dessein d'assurer une utilisation optimale et appropriée des informations produites par le système de surveillance, toutes les activités listées plus haut devraient être accompagnées d'un programme de formation et de suivi pour les décideurs de tous les niveaux du système de surveillance, afin que ces derniers puissent améliorer le processus d'allocation des ressources aussi bien au niveau central, que départemental et local.

Trois études de cas d'implantation de systèmes de surveillance épidémiologique

Nous avons jugé opportun de présenter également dans cette section, quelques expériences décrivant l'implantation des systèmes de surveillance dans certains pays en développement. Il s'agit d'études dont la méthodologie, le contenu ainsi que la durée varient d'un lieu d'implantation à un autre.

White et McDonnell (2000)

Au début des années 90, en réponse à l'existence de nombreux systèmes d'informations sanitaires, le département de la santé philippin avait mis en place un système centralisé d'information et de surveillance sanitaires dont les objectifs étaient de gérer à la fois les informations sanitaires pour les programmes de santé, les données statistiques générales et la surveillance des maladies.

Parallèlement, suite à une éruption volcanique en 1992, le même département avait instauré un système de surveillance sentinelle pour les personnes déplacées qui, au fil des années, avait su élargir ses activités initialement orientées sur un seul objectif vers plusieurs autres, dont la surveillance communautaire de certaines maladies telles le VIH/Sida.

Une analyse de mi-parcours de ces deux systèmes de surveillance basée sur l'appréciation du flux de collecte et de transmission des informations sanitaires au niveau central, mentionnait que le système de surveillance sentinelle avait obtenu de bien meilleurs résultats que le système intégré d'informations sanitaires et de surveillance. Selon les auteurs de cette étude, le fait d'avoir eu dès au départ des objectifs précis, réalistes et réalisables constitue les principaux atouts qui ont favorisé la réussite du second système de surveillance épidémiologique et ce, même si les objectifs

initiaux peuvent être amenés à changer et se diversifier au fur et à mesure que le système se met progressivement en place (White and McDonnell 2000).

Par contre, une structure lourde, aux objectifs multiples et qui couvre une étendue géographique et populationnelle importantes aurait bien du mal à s'adapter aux changements qui surviennent assez fréquemment dans les systèmes de santé des pays en voie de développement (réduction budgétaire, changement de gouvernance, processus de décentralisation). L'implication des principaux utilisateurs du SSE pendant le design et le processus de suivi, la formation régulière des agents à tous les niveaux ainsi que l'existence de plans de carrières pour les différents professionnels chargés de la surveillance restaient également des facteurs non négligeables à considérer pour le succès de la démarche d'implantation d'un système de surveillance épidémiologique.

McNabb et al. (2002)

Au décours d'une étude portant sur la réforme du système de surveillance dans les pays de l'ex-URSS (cas de l'Arménie), les auteurs estimaient que les acquis du nouveau système de surveillance mis en place résidaient dans l'implication effective de la plupart des structures de santé, la formation du personnel et la séparation pour les praticiens des activités de médecine préventive et de santé publique, des activités de médecine curative, même en terme de budget (McNabb, Chungong et al. 2002). Par contre, ses principales faiblesses étaient liées au manque de standardisation dans la définition des cas mis sous surveillance, au faible retour informationnel dans les structures de santé de la base et surtout au fait que les résultats des activités de surveillance servaient davantage au contrôle et à l'application de mesures punitives des agents chargés de la surveillance qu'à la prise de décision pour une meilleure allocation des ressources. Cependant, en dépit de ces quelques faiblesses, force est de constater que la mise en

place d'un système global de surveillance avait permis d'améliorer de façon substantielle la justesse et la promptitude des activités de surveillance de la santé des populations. De plus, l'intégration de plusieurs types de données dans le même système aura permis d'éviter la duplication dans l'enregistrement et dans le report des informations sanitaires entre différents services et de limiter ainsi l'utilisation inefficace des ressources.

Valenciano et al. (2004)

Une dernière étude portant sur le renforcement de l'alerte dans la surveillance épidémiologique en Serbie avait permis aux auteurs de cette étude d'affirmer qu'un système de surveillance utilisant des critères diagnostics syndromologiques constituait le moyen le plus simple et le plus approprié pour détecter l'apparition de certaines maladies à potentiel endémique dans les structures de santé du niveau périphérique (Valenciano, Bergeri et al. 2004). Le système ALERT mis en place avait également servi pour le déclenchement d'une investigation rapide et permet de contrôler certaines épidémies. Cependant, ils notaient que les épidémiologistes qui œuvraient dans les établissements de santé n'étaient pas très enclins à utiliser les informations qui ressortaient des tableaux et des graphes produits au niveau des districts de santé. Le déclenchement des mesures de riposte à l'apparition de certaines maladies étant davantage consécutif à l'identification d'une personne malade dans les établissements de santé, qu'à l'analyse des tendances épidémiologiques produites par le système de surveillance.

En résumé, il ressort de ces études que certains facteurs contextuels tels la formation continue des professionnels de la santé en matière de surveillance épidémiologique, la description claire et précise des cas sous surveillance, l'utilisation de critères de

diagnostics syndromologiques ainsi que l'implication progressive de toutes les organisations concernées par le processus apparaissent comme étant des éléments clés dans la mise en place des systèmes de surveillance épidémiologiques.

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE

Cette recherche doctorale est une étude qualitative de développement. Ce type d'étude consiste à s'appuyer d'une part sur une revue exhaustive des connaissances et d'autre part sur l'utilisation d'informations qualitatives afin de proposer une nouvelle façon de concevoir et de comprendre la thématique d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005).

Selon les données de cette littérature, la plupart des pays en développement présentent des difficultés à générer des ressources financières, logistiques et technologiques locales pour satisfaire les besoins fondamentaux de santé de leur population. Ils sont tributaires, dans la majorité des cas, des ressources additionnelles transmises dans le cadre de l'aide internationale au développement. Or, cette aide internationale, qu'elle soit bi ou multilatérale, est véhiculée par un nombre important d'organisations internationales.

En effet, les trois dernières décennies ont vu une transformation majeure du paysage organisationnel des systèmes de santé des pays en développement. D'une dynamique de fonctionnement qui impliquait essentiellement quelques structures organisationnelles traditionnelles tels les ministères de la santé ou encore certaines agences des Nations-Unies spécialisées dans la santé (OMS, UNICEF, FNUAP), on est passé à l'existence d'une grande diversité d'acteurs qui interviennent de façon non nécessairement concertée dans les systèmes de santé des pays en développement (Buse and Walt 2000; Hill 2010). Parmi ces acteurs, on peut citer le cas de la Banque Mondiale, dont les investissements et l'expertise dans le domaine de la santé publique,

ne sont plus à démontrer depuis la publication du rapport annuel « Investir dans la santé en 1993 ». En plus de la Banque Mondiale, il y a d'autres organisations financières internationales comme la Banque Interaméricaine de Développement ou encore la Banque Africaine de Développement qui associent l'élaboration et la mise en œuvre de leur agenda dans le secteur de la santé à d'autres enjeux plus globaux de développement comme la gouvernance, l'éducation ou encore la stabilité macroéconomique.

Dans le fonctionnement organisationnel actuel des systèmes de santé des pays en développement, il y a également toutes les initiatives internationales mises en place dans le cadre de la lutte contre la propagation du VIH/Sida (PEPFAR, le Fonds Mondial). Ces initiatives internationales ont une forme et une nature différentes des autres organisations qui interviennent classiquement en santé internationale, comme l'OMS ou encore l'UNICEF. Elles sont en effet conçues et élaborées comme des partenariats stratégiques aux formes multiples et variées associant aussi bien des états, des agences spécialisées dans un des domaines particuliers de la santé, que des organisations philanthropiques et parfois même certaines composantes de la société civile des pays en développement au sein desquels elles interviennent.

Non loin de ces initiatives internationales, on note aussi l'implication de plusieurs groupes pharmaceutiques qui interviennent, à travers le cadre des différents accords commerciaux élaborés par l'Organisation Mondiale du Commerce, dans les programmes de vaccination contre certaines maladies à potentiel endémique ainsi que dans les programmes de prise en charge antirétrovirale du VIH/Sida.

Tous ces acteurs qui interviennent dans le paysage organisationnel des systèmes de santé des pays en développement disposent de ressources considérables obtenues à travers des canaux de financement faisant intervenir aussi bien les pays donateurs traditionnels (USA, Japon, France, Italie, Allemagne, Canada), que des organisations privées telles que certaines compagnies pharmaceutiques ou encore des associations philanthropiques (fondation Clinton, fondation de Bill et Melinda Gates). Elles sont si importantes qu'elles constituent des entités pivots autour desquelles sont élaborées et développées l'essentiel des politiques et programmes de santé de la plupart des pays en développement (Hill 2010).

De plus, ces acteurs organisationnels disposent de leur propre agenda d'action et font appel à différents types de professionnels issus aussi bien des disciplines traditionnelles de la santé, que d'autres disciplines comme celles de l'économie et des sciences humaines et sociales. La non-coordination des agendas d'action des organisations internationales ainsi que la pluralité de professionnels qui interviennent en leur sein font ressortir l'existence d'une grande diversité de perspectives et de façon de concevoir les différents phénomènes organisationnels lors du processus d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de santé dans les pays en développement.

Une autre caractéristique, non des moindres, est le fait que ces organisations internationales disposent de plusieurs réseaux d'organisations locales qu'elles appuient financièrement et techniquement et au sein desquelles, elles véhiculent des idéologies et des façons de faire issues d'autres organisations plus larges et plus complexes qui sont généralement situées à l'extérieur des systèmes de santé des pays en développement.

Avec cette configuration organisationnelle caractérisée par l'existence d'une grande diversité d'organisations internationales qui sont liées à d'autres organisations situées à différents niveaux systémiques (supérieur et inférieur), nous estimons qu'il est approprié de faire appel à des approches théoriques qui sont, par définition, de nature systémique et qui disposent également d'un large potentiel ontologique afin d'expliquer la dynamique d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement. Il s'agit de la théorie de l'action sociale de Parsons et la théorie de la complexité.

Précédemment présentées dans ce texte, les deux approches théoriques dont il est question disposent de plusieurs caractéristiques similaires issues de la théorie générale des systèmes (Manson 2001; Gatrell 2005; Bouvier 2007). En effet, la théorie de Parsons tente d'analyser toute action sociale selon un cadre systémique constitué de quatre éléments principaux qui interagissent d'une part entre eux à travers six systèmes d'alignements et d'autre part avec des éléments d'autres systèmes d'action sociale situés dans leur environnement. Cette interaction des quatre éléments du cadre de Parsons avec les éléments de leur environnement immédiat permet de générer des propriétés et des caractéristiques émergentes dont ne disposerait pas l'action sociale si ces quatre composantes principales étaient comprises et analysées de façon isolée. La notion de système d'action sociale, étant une notion heuristique et non une entité tangible et objectivable, elle est décomposable en plusieurs unités ou sous-unités d'action sociale qui, cependant, restent toutes interreliées et imbriquées les unes avec les autres. De plus, l'action sociale peut aussi être analysée à un ou plusieurs niveaux systémiques. Avec ses caractéristiques spécifiques, le fonctionnement d'un système d'action sociale est donc par définition interrelié au fonctionnement d'un ou plusieurs

autres systèmes d'action sociale situés soit au même niveau systémique, soit à un niveau systémique inférieur ou supérieur.

Comme la théorie de l'action sociale de Parsons, la théorie de la complexité présente aussi certaines caractéristiques issues de la théorie générale des systèmes. Son objet d'étude porte en général sur l'analyse de la dynamique de fonctionnement des systèmes adaptatifs complexes et plus particulièrement sur les interrelations qui existent entre les différentes composantes des systèmes complexes. Toutefois, dans le cas de la théorie de la complexité, les caractéristiques et attributs de ces interrelations ont fait l'objet d'une description plus précise et plus détaillée dans la littérature. Au nombre de ces caractéristiques, on cite leur aspect non linéaire et l'existence de boucles de rétroaction qui peuvent influencer positivement ou négativement leur sens et leur aspect. Également, selon les données de la littérature, les caractéristiques particulières de ces interrelations confèrent, au système adaptatif complexe, des attributs bien spécifiques tels que l'existence de phénomènes nouveaux et imprédictibles qui peuvent émerger dans leur dynamique évolutive.

Mais, au-delà de disposer des caractéristiques similaires issues de la théorie générale des systèmes, la théorie de la complexité a un potentiel ontologique beaucoup plus grand que la théorie de l'action sociale de Parsons qui, par définition, ne s'applique qu'à la compréhension des phénomènes sociaux. En effet, la théorie de la complexité a été élaborée à l'origine pour expliquer et comprendre l'évolution de phénomènes naturels (phénomènes météorologiques) ainsi que le comportement de systèmes aussi bien vivant (comportements des cellules des êtres vivants) que non vivant (interaction des atomes, des molécules; mouvement des fluides). Ce n'est qu'au début des années 90

que ses assises conceptuelles ont commencé à être utilisées pour analyser et comprendre certains phénomènes sociaux et organisationnels caractérisés par la présence d'un nombre important d'éléments.

La théorie de la complexité constitue en fait une métathéorie qui fournit à plusieurs disciplines scientifiques, un ensemble d'outils conceptuels et une philosophie qui permettent d'expliquer de façon adéquate et appropriée la dynamique évolutive des phénomènes qui sont par définition, composés d'un nombre important d'éléments ou d'agents qui interagissent de plusieurs manières et dans plusieurs sens. Par ailleurs, dans le processus de développement des sciences, la théorie de la complexité a permis d'associer l'approche « Newtonienne » classique dont la démarche consiste à subdiviser tout phénomène à l'étude en plusieurs parties qui, lorsqu'analysées séparément, permettent de fournir des enseignements sur le phénomène initial à l'étude, avec une autre approche plus globale et plus holistique (Mathews, White et al. 1999). La théorie de la complexité considère en effet que l'analyse des interactions linéaires et non linéaires des parties d'un tout permet d'enrichir davantage l'analyse partielle et linéaire de toutes ces parties prises individuellement. Bugun (1994) mentionnait à ce propos: « *Chaos and complexity theory encourage more holistic explanations of phenomena; they discourage reductionism* » (Bugun 1994).

De ce qui précède et comme présenté antérieurement dans la section qui décrit la théorie de la complexité, on peut donc considérer que la théorie de l'action sociale de Parsons et la théorie de la complexité disposent de plusieurs attributs similaires et singuliers qui autorisent leur mise en commun afin de fournir une approche permettant de comprendre des phénomènes systémiques qui se déroulent à plusieurs niveaux

systemiques (macro, méso et micro systémique). En effet, pour comprendre le comportement d'un nombre important d'acteurs ou de systèmes qui interagissent de plusieurs façons et dans plusieurs sens à un niveau très macro systémique, l'utilisation de la théorie de la complexité peut être très appropriée. C'est d'ailleurs ce qui explique la place de plus en plus prépondérante qu'elle occupe dans les sciences sociales et dans les sciences de la santé.

Dans les sciences de la santé et plus précisément dans le domaine de l'organisation des soins et services de santé, lorsqu'il est question d'expliquer des processus qui impliquent des enjeux qui se situent non pas à une échelle organisationnelle ou interorganisationnelle locale, mais plutôt à une échelle systémique comme le processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, au sein desquels interviennent parallèlement plusieurs types d'organisations internationales, le potentiel ontologique de la théorie de la complexité peut être mis à contribution. La pluralité de ces organisations internationales ainsi que la diversité de leur façon de faire sont autant d'aspects qui accroissent la complexité du fonctionnement de ces systèmes de santé. Avec des ancrages situés aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des systèmes de santé des pays en développement, ces différentes organisations peuvent entretenir des relations dynamiques non linéaires aussi bien entre elles, qu'avec les autres structures organisationnelles des systèmes de santé au sein desquels elles interviennent. Les actions des unes pouvant influencer positivement ou négativement celles initiées par d'autres, sans néanmoins que cela ne se fasse dans un cadre coordonné et concerté.

Donc, à ces niveaux systémique et intersystémique, la dynamique, la richesse et l'intensité des interactions qui peuvent exister entre les différentes entités organisationnelles nécessitent de faire appel à la théorie de la complexité qui a un contenu (capacité de décrire avec plus de précision la nature et la dynamique des interrelations qui existent entre un nombre important d'éléments complexes) et un potentiel ontologique plus larges que celui de la théorie de l'action sociale de Parsons.

Toutefois, pour raffiner la description de ces entités organisationnelles qui interviennent dans le processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement et pour faire ressortir avec plus de précision leur pluralité, les éléments conceptuels de la théorie de l'action sociale de Parsons peuvent être mis à contribution.

En effet, ces entités peuvent être décrites non pas uniquement comme des structures organisationnelles homogènes ou monolithiques ayant des attributs communs, mais plutôt comme des systèmes d'action sociale ou encore comme un agrégat d'un ou plusieurs systèmes d'action sociale. Comme la définition que donne Parsons au système d'action sociale est de nature heuristique, la notion de système d'action sociale peut s'appliquer aussi bien à un sous-groupe restreint d'individus d'une organisation donnée qui ont en commun des buts, une idéologie, une capacité d'acquisition des ressources ainsi que des moyens de production, qu'à un groupe plus élargi d'individus qui interagissent dans un cadre organisationnel ou interorganisationnel local et qui disposent des mêmes caractéristiques fonctionnelles.

De plus, l'autre raison qui nous conduit à recourir à la théorie de l'action sociale de Parsons pour accroître la compréhension du processus d'introduction du changement

dans les systèmes de santé des pays en développement se trouve dans le fait qu'elle dispose d'un potentiel ontologique qui a permis de réinterpréter et de classer l'essentiel des approches théoriques d'introduction du changement organisationnel répertorié dans la littérature. En effet, nous avons montré dans la section « Revue de la littérature » que les approches théoriques psychologique et d'apprentissage organisationnel pour l'introduction du changement peuvent être respectivement réinterprétées en mobilisant la fonction de stabilité normative et la fonction d'adaptation à l'environnement du cadre théorique de Parsons. Les approches de planification rationnelle et de développement organisationnel peuvent également être réinterprétées en mobilisant respectivement l'alignement tactique et opérationnel du cadre théorique de Parsons. L'approche théorique structurelle peut aussi être réinterprétée en mobilisant les différentes caractéristiques de la fonction d'adaptation à l'environnement, tandis qu'en faisant intervenir les relations directes qui peuvent exister entre des systèmes d'action sociale situés à des niveaux systémiques différents, l'approche théorique institutionnelle a pu être réinterprétée en utilisant les différents éléments de la théorie de Parsons.

Partant de toutes ces considérations, nous estimons donc que pour avoir une compréhension plus appropriée et plus approfondie du phénomène d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, il est utile de combiner la théorie de Parsons et la théorie de la complexité. La première permettant, d'une part, d'avoir une description plus fine des entités organisationnelles mobilisées dans le processus d'introduction du changement en tant que système d'action sociale et, d'autre part, d'avoir une meilleure compréhension des phénomènes d'échange, de collaboration ou d'adoption des innovations qui peuvent se passer localement entre ces

systèmes d'action sociale lors du processus d'introduction du changement. La deuxième théorie, la théorie de la complexité permettant, quant à elle, de comprendre la dynamique et l'architecture des interactions qui peuvent exister, à un niveau plus macro systémique, entre les différents systèmes d'action sociale identifiés et décrits avec la théorie de l'action sociale de Parsons. La théorie de la complexité permet également de mieux interpréter les configurations qui peuvent parfois apparaître dans le fonctionnement des systèmes de santé des pays en développement.

En mettant à contribution ces deux théories organisationnelles systémiques et en nous référant aux conclusions de la littérature portant sur les expériences d'introduction du changement dans la littérature (conception des systèmes de santé comme des entités complexes qui nécessite une culture de l'innovation à travers l'expérimentation, la prise en compte de la diversité des acteurs qui ont des intérêts et des idéologies différentes et la nécessité d'établir un leadership collectif), nous suggérons que le processus de changement dans les systèmes de santé des pays en développement soit conceptualisé comme un système d'action sociale complexe émergent dans lequel interviendraient tous les systèmes d'action sociale présents dans ces systèmes de santé. Compte tenu de la configuration organisationnelle spécifique des systèmes de santé des pays en développement, nous estimons que ce processus de changement émergent impliquerait aussi bien les systèmes d'action sociale associés aux différentes organisations d'appartenance internationale, que les structures nationales de santé. Bien qu'ayant assez souvent des caractéristiques, des intérêts et attentes différents, l'implication de tous ces systèmes d'action sociale permettrait d'accroître la variété, la diversification et favoriser ainsi l'émergence de nouvelles propriétés au sein des systèmes de santé qui seraient issues de la mise en commun des différents systèmes

d'action sociale individuels intervenant dans le processus d'introduction du changement.

Élaboré sur cette base, le système d'action sociale complexe et émergent, situé à un niveau systémique supérieur, aurait des attributs fonctionnels (rationalité, adaptation, production et de stabilité normative) issus aussi bien des attributs fonctionnels de chacun des systèmes d'action associé aux organisations qui participent à son émergence, mais aussi d'autres attributs fonctionnels issus de la mise en relation de tous ces différents systèmes d'action. Autrement dit, la rationalité de ce système d'action sociale émergent lié au changement serait constituée de la rationalité de tous les systèmes d'action sociale qui interviennent dans sa formation, mais aussi d'autres éléments de rationalité qui sont associés au fait qu'il y ait eu la création ou le renforcement des interrelations entre tous ces systèmes d'action sociale qui interviennent dans le processus de changement. Cette logique explicative sur la fonction de rationalité pourrait également être appliquée aux autres fonctions de production, d'adaptation et de stabilité normative du système d'action sociale émergent.

Par ailleurs, avec cette conception du changement, il n'y aurait pas forcément un leadership central ou unique assuré par un seul des systèmes d'action sociale. Au contraire, le leadership serait collectif et diffus, partagé et exercé entre tous les différents systèmes d'action sociale mobilisés dans le processus d'introduction du changement. Ce faisant, ce serait à chacun des systèmes d'action sociale, avec les aptitudes d'apprentissage et d'expérimentation locale dont il dispose, de favoriser l'innovation ou le changement à son niveau. Et compte tenu de l'existence des relations

non linéaires et de boucles de rétroaction positive et négative entre les différents systèmes mobilisés, toute initiative de changement qui se produirait ainsi au niveau d'un des systèmes d'action sociale, se transmettrait aussi à l'ensemble des autres systèmes d'action mobilisés y compris le système d'action sociale global émergent.

La figure 3 illustre cette réconception du changement dans les systèmes de santé des pays en développement.

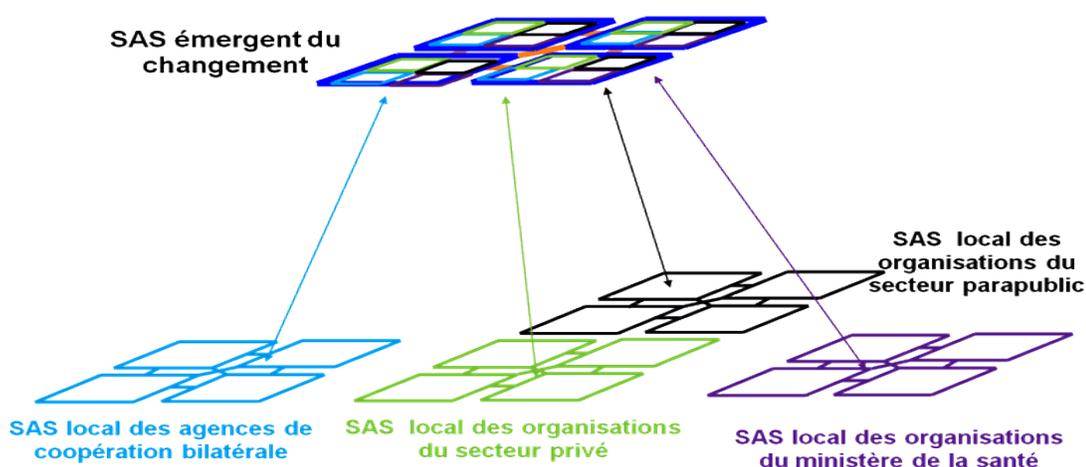


Figure 3: Approche conceptuelle d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement

Pour illustrer davantage cette réconceptualisation, l'introduction du changement peut par exemple être repensée à travers l'initiation de nouvelles dispositions réorientant stratégiquement les buts d'un des systèmes d'action sociale organisationnels. Ces nouveaux buts influenceront et tendront à transformer dans un premier temps les autres fonctions de ce système d'action sociale organisationnel, c'est-à-dire sa capacité

d'acquérir des ressources, sa façon de produire ses extrants ainsi que dans une certaine mesure les normes et valeurs véhiculées au sein de ce système. Dans un deuxième temps, compte tenu des liens de collaboration et d'échange que ce système d'action sociale organisationnel entretient avec les autres systèmes d'action sociale, ainsi qu'avec le système d'action sociale global émergent, ce changement d'orientation stratégique se véhiculerait dans l'ensemble des systèmes d'action sociale mobilisés.

L'application de cette réconceptualisation générale de la thématique du changement à l'analyse de notre problématique de recherche initiale relative au projet d'introduction d'un système de surveillance épidémiologique global en Haïti nous conduit à suggérer une autre variante du processus d'introduction du changement au sein des systèmes de santé des pays en développement. Cette variante se ferait spécifiquement à travers la fonction d'adaptation à l'environnement du système d'action sociale émergent, notamment dans sa capacité à innover.

Dans notre cas d'étude, l'innovation qui est à l'origine de l'émergence du système d'action sociale associé au changement est interorganisationnelle et consiste en l'introduction d'un système de surveillance épidémiologique proposé par le ministère de la santé publique d'Haïti à ses différents partenaires organisationnels. De par ses caractéristiques de conception, l'introduction du système de surveillance épidémiologique, qui nécessite également une plus grande collaboration entre différents systèmes d'action qui produisent de l'information sanitaire en Haïti, doit permettre d'obtenir des informations sanitaires valides et fiables pour la prise de décision aux différents échelons de la pyramide sanitaire en Haïti.

L'existence d'informations sanitaires valides et fiables dans le système d'action sociale émergent constitue de ce fait un nouvel attribut porteur de changement et qui est issu de la mise en commun et de la collaboration de tous les autres systèmes d'action sociale mobilisés.

Ainsi, avec ce nouvel attribut formé d'informations sanitaires valides et fiables, la dynamique de changement dans le système de santé haïtien va être liée au fait que le système d'action sociale complexe et émergent peut mieux interagir avec son environnement pour l'acquisition des ressources nécessaires à son fonctionnement, pour l'allocation de ces ressources au processus de production, pour la définition des objectifs à poursuivre, et aussi pour favoriser une culture de prise de décision plus axée sur l'utilisation d'informations sanitaires valides et fiables.

Questions de recherche

Au terme de cet exercice de réconception du changement et comme l'objectif général de cette recherche doctorale consiste à approfondir la compréhension des enjeux liés au processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, nous faisons le choix d'explorer, dans la suite de cette thèse, trois thématiques principales qui sont toutes liées à cet objectif général de recherche. Il s'agit en premier lieu de l'analyse et de la compréhension d'une des étapes du processus d'introduction du changement, notamment l'étape de l'adoption de l'innovation qui est à son origine. En effet, étant donné que l'introduction de l'innovation interorganisationnelle, le système de surveillance épidémiologique dans ce cas-ci, passe par un certain nombre d'étapes avant de pouvoir optimalement atteindre ses objectifs de fonctionnement. Et de ce fait, nous proposons d'approfondir la compréhension de l'étape de son adoption par les différents systèmes d'action sociale sollicités dans le processus d'introduction du changement. En second lieu, nous proposons d'approfondir aussi la compréhension d'un des mécanismes mobilisés pour le processus d'introduction du changement, notamment le phénomène de collaboration qui doit être initié localement entre les différentes organisations sollicitées dans le processus de changement entrepris. Enfin dans le but d'avoir une compréhension globale du processus d'introduction du changement initié, nous proposons d'analyser en dernier lieu, les enjeux de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement liés à la présence des organisations internationales.

Ainsi, l'identification des thématiques d'adoption des innovations, de collaboration et de gouvernance liées à la problématique d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement en général et plus particulièrement en

Haïti nous amène à proposer trois questions de recherche qui seront traitées dans les trois articles que nous présentons dans la prochaine section de cette thèse. Ces questions s'appuient sur les deux théories retenues dans notre cadre théorique à savoir la théorie de l'action sociale de Parsons et la théorie de la complexité.

Question 1 : Comment la théorie de l'action sociale de Parsons peut-elle permettre d'analyser et mesurer l'adoption d'une innovation sociotechnique dans le cadre du processus d'introduction du changement dans un contexte interorganisationnel donné?

Question 2 : Comment la théorie de l'action sociale de Parsons peut-elle permettre de conceptualiser la collaboration interorganisationnelle dans les systèmes de santé des pays en développement et de comprendre comment ses différents déterminants interviennent dans son émergence?

Question 3 : Comment la théorie de la complexité et la théorie de l'action sociale de Parsons peuvent-elles permettre d'analyser et de comprendre le rôle des organisations internationales dans la gouvernance des systèmes de santé des pays en développement et quelles sont les avenues analytiques novatrices qui pourraient être explorées pour améliorer cette gouvernance?

CHAPITRE IV : CONTEXTE ET CADRE DE L'ÉTUDE

CHAPITRE IV : CONTEXTE ET CADRE DE L'ÉTUDE

Contexte de l'étude

La République d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République dominicaine. Le dernier recensement général de la population effectué en 2003 dénombrait une population d'environ 9 millions d'habitants dont la plupart sont concentrés dans les régions rurales (68%) et dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince (21%) (Cayemittes, Placide et al. 2007; OMS 2009). Avec un taux d'accroissement annuel de 2.2 %, la pyramide d'âge de la population haïtienne a une base large qui se réduit néanmoins à partir de 21 ans. En fait, plus de la moitié de la population a moins de 21 ans et seulement 5% ont plus de 64 ans (Cayemittes, Placide et al. 2007).

Disposant de 20% de plaines côtières, le relief du pays est essentiellement montagneux avec une végétation très réduite à certains endroits exposant ainsi certaines populations à un risque accru de glissements de terrain.

Haïti fait partie de la catégorie des pays les plus pauvres du continent avec un indice de développement humain estimé à 0.4 (IHE 2006). L'économie du pays autrefois basée sur l'agriculture est actuellement dominée par les activités commerciales informelles. Cette situation, conjuguée à une faible industrialisation du pays et à une nette diminution des exportations, a entraîné une baisse drastique du produit intérieur brut (PIB) qui n'a jamais égalé, depuis la fin des années 90, le niveau d'accroissement annuel de la population (Cayemittes, Placide et al. 2007). Selon les données disponibles, la croissance annuelle du PIB du pays affichait un taux décroissant entre 1993 et l'année 2000, puis négatif entre 2000 et 2002 (MSPP 2003). Une fois ces chiffres rapportés au

niveau des individus et convertis en dollars internationaux, le revenu annuel brut par habitant est actuellement estimé en Haïti à 1070 dollars (OMS 2009).

Cette situation économique ne peut être dissociée des crises politiques successives qu'a traversées le pays pendant ces vingt dernières années. En effet, après le vote de la nouvelle constitution en 1987 et la tenue d'élections générales en 1990, Haïti espérait rompre avec son passé de dictatures violentes et s'engager dans la voie de la démocratie (MSPP 2003). Toutefois, l'interruption de ce processus de démocratisation par de nombreuses crises sociopolitiques engendrées aussi bien par les luttes de pouvoir que par la mauvaise gouvernance a également limité l'élan de développement économique et social d'Haïti.

La précarité de la situation économique et l'instabilité politique en Haïti ont également eu des répercussions sur l'organisation des soins et services de santé et sur l'état de santé de la population.

Avec un profil pathologique essentiellement dominé par les maladies infectieuses et parasitaires, l'espérance de vie à la naissance de la population haïtienne est actuellement estimée à 59 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes (OMS 2009). Ce qui représente près de 10 ans de moins que les chiffres d'espérance de vie rapportés en République dominicaine ou en Jamaïque et près de 20 ans de moins que ceux rapportés pour les populations cubaines (OMS 2009). Le taux encore très élevé de mortalité maternelle (630 décès pour 100 000 naissances vivantes), ou encore la tendance à la hausse de la mortalité infantile constatée au début des années 2000 (OMS / OPS 2001) sont autant d'indicateurs qui font état de la situation sanitaire précaire de la population haïtienne.

Sur le plan organisationnel, la pyramide sanitaire en Haïti est organisée autour de trois niveaux de gouvernance : le niveau central avec les directions centrales du ministère de la santé, le niveau régional avec les directions départementales de la santé et le niveau local constitué par les unités communales de santé (UCS). À ces trois niveaux de gouvernance s'ajoutent selon le degré de complexité des soins qu'ils offrent, trois types de structures de santé : les structures de santé associées aux UCS, les hôpitaux départementaux et les centres hospitaliers-universitaires (MSPP 2003).

Les UCS en tant que premier niveau de gouvernance de la pyramide sanitaire constituent la porte d'entrée du système de santé haïtien à partir de la communauté. Leur dynamique de fonctionnement implique en premier lieu les structures de santé du premier échelon (SSPE) composée des centres de santé sans lits ainsi que des centres de santé avec lits et, en second lieu, les hôpitaux communautaires de référence (HCR). Les UCS sont définies pour couvrir une aire géographique donnée et offrir un paquet minimum de services à la population de cette aire géographique. Ce paquet minimum de service inclue la prise en charge globale de l'enfant, la prise en charge des femmes enceintes et la disponibilité des médicaments essentiels. Les personnes ayant besoin de soins plus avancés que ceux offerts au niveau des UCS sont référées au niveau des structures hospitalières départementales et des centres hospitaliers universitaires.

Parallèlement à ces trois types de structures de santé, il existe de nombreuses autres structures de santé à but lucratif ou non lucratif d'appartenance nationale ou internationale qui offrent également des soins de santé à la population haïtienne. Le nombre de ces organisations qui jouent un rôle important dans le système de santé haïtien a augmenté surtout au cours de ces deux dernières décennies suite aux

nombreuses crises que nous évoquions antérieurement et qui ont entamé la capacité des structures étatiques à offrir des soins appropriés à la population (OMS 2009).

Toutefois malgré cette organisation, seulement 40% de la population haïtienne est rejointe par les différentes structures de santé, soit en raison de leur faible fonctionnalité ou soit tout simplement par leur inexistence (OMS 2009). À titre illustratif, lorsque l'on prend le cas des UCS qui sont censés constituer la porte d'entrée du système de santé à la base (MSPP 2003), seules quelques-unes d'entre elles sur la cinquantaine de prévue sont véritablement fonctionnelles depuis le lancement de la réforme du secteur de la santé en 2003.

Ainsi, face à ces différentes observations sanitaires et organisationnelles, il nous paraît utile d'analyser l'introduction du changement au sein du système de santé d'Haïti afin d'infléchir la tendance qui y est actuellement observée. Cette démarche nous semble d'autant plus justifiée par le fait que nous n'avons pas trouvé d'études menées spécifiquement sur l'organisation du système de santé haïtien dans sa globalité. Une récente recherche bibliographique sur Medline et sur BDSP utilisant *Haïti* comme sujet de recherche faisait ressortir environ 500 titres parmi lesquels, la plupart ne s'intéressaient qu'à analyser un aspect ou un autre de différents projets de recherche axés sur la problématique des IST/VIH/Sida. Pour ainsi dire, nous n'avons trouvé aucune étude s'intéressant spécifiquement à l'analyse de la problématique organisationnelle du système de santé d'Haïti dans son ensemble.

Pour pallier ce manque de connaissance, nous nous appuierons donc sur une initiative de mise en place d'un système de surveillance épidémiologique global pour explorer plus en profondeur, la thématique d'introduction du changement dans le système de

santé d'Haïti en général et plus particulièrement les thématiques d'adoption, de collaboration interorganisationnelle et de gouvernance.

Cadre de l'étude : le projet d'introduction du système de surveillance épidémiologique en Haïti

La présente recherche doctorale s'appuie sur une composante d'un projet initié et mené conjointement par le Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti et la Banque Interaméricaine de Développement. Financé avec un prêt de la BID et une contrepartie du trésor public national d'Haïti pour un montant de 25 millions de dollars USD, ce projet s'intitule « Programme de Rationalisation et de Réorganisation du Système National de Santé (PRRSS) ». Il a été initié en 1997 puis réactualisé en 2003 pour répondre aux différents défis sanitaires (faible espérance de vie de la population par rapport aux pays avoisinants, mortalité maternelle et infantile élevée, prévalence élevée de la malaria, du sida...) et organisationnels (présence de nombreuses organisations nationales et internationales qui travaillent de façon non concertée) auxquels fait face le système de santé d'Haïti.

Plus spécifiquement, les objectifs principaux du PRRSS étaient:

- L'amélioration de la qualité et de l'accès aux services publics et privés de santé
- L'augmentation de l'efficacité des services au niveau national
- Le développement de modèles novateurs de financement et de prestation des services de santé adaptés au contexte haïtien

Pour atteindre ces objectifs, le PRRSS était structuré en trois composantes principales.

Une première composante de développement et d'implantation des Unités Communales de Santé (UCS). Une deuxième composante de renforcement institutionnel des niveaux central et départemental du MSPP et une troisième composante de renforcement des capacités de suivi et d'évaluation du MSPP.

Sur ces trois composantes, notre projet de thèse s'arrime plus spécifiquement au volet de renforcement institutionnel du niveau départemental du MSPP de la composante 2 du PRRSS. En effet, ce volet nécessitait la mise en place d'un plan de renforcement des différents programmes de promotion, de prévention et de contrôle des maladies implantés en Haïti, communément appelés programmes verticaux. Au nombre de 9, ces programmes verticaux interviennent sur plusieurs problématiques de santé publique (nutrition, malaria, sida, tuberculose, maladies de l'enfance, lèpre, filariose, santé maternelle et le programme de vaccination). Ils sont fonctionnels à des degrés différents selon l'appui et l'intérêt qu'ils reçoivent de la part du MSPP et des bailleurs de fonds. Leur gestion est assurée aussi bien par certaines structures du MSPP (directions nationales, départementales et structures de santé) que par plusieurs organisations internationales qui interviennent directement ou indirectement dans l'offre de soins et services à travers des organisations satellites locales. Parmi ces organisations internationales, il y a l'OPS/OMS, l'UNICEF, le Fonds Mondial, le PEPFAR et certaines agences de coopération bilatérale (ACDI, USAID, Coopération Cubaine).

La mise en place d'un plan de renforcement de ces programmes verticaux dans la composante 2 du PRRSS trouve son utilité et sa pertinence dans le fait que le MSPP ne disposait pas des informations sanitaires lui permettant de faire un suivi des résultats des programmes verticaux en terme d'impact sur l'état de santé de la population d'Haïti. De plus, l'absence ou la rareté des mécanismes de concertation et de coordination des actions d'un nombre très important d'organisations internationales associée aux faibles capacités du MSPP font qu'il existait, en Haïti, plusieurs systèmes d'informations sanitaires qui fonctionnent de façon parallèle. Cette situation entraînant une duplication et une dispersion des efforts fournis aussi bien par le MSPP que par les

organisations internationales pour effectuer la collecte, le traitement, l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire en Haïti. D'où donc l'idée pour le MSPP et la BID de favoriser l'initiation et la mise en œuvre d'un plan de renforcement des programmes verticaux à travers la composante 2 du PRRSS.

De façon plus concrète, ce plan de renforcement consistait à mettre place un système de surveillance épidémiologique fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire afin de permettre, d'une part, d'améliorer les capacités de prévention, de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles du MSPP et, d'autre part, de faire un suivi des résultats et de l'impact des programmes de santé au niveau des UCS, des départements et des structures centrales du MSPP.

C'est donc dans ce cadre que le MSPP et la BID avaient requis, en décembre 2005, les services du consortium organisationnel USI-CHUM/SNC Lavalin/LGL SA afin de réaliser ce volet du PRRSS.

Toutefois, avant de proposer le contenu et le cadre d'organisation et de fonctionnement du système de surveillance épidémiologique, il avait paru nécessaire pour le MSPP, la BID et le consortium organisationnel chargé de la réalisation de ce mandat, d'effectuer préalablement un diagnostic sur les capacités des structures centrales et départementales du MSPP en matière de prévention, de promotion et de contrôle des maladies à l'échelle du pays. Les constats obtenus à travers ce diagnostic devant par la suite permettre, au consortium, de proposer un cadre et un contenu de surveillance mieux adaptés aux contextes sanitaires et organisationnels d'Haïti.

Ce faisant, les premières activités de consultation du consortium portaient sur l'établissement du diagnostic fonctionnel des 9 programmes verticaux. Ces activités ont

commencé à la fin du mois de mars 2006 par une revue de la littérature sur les systèmes de surveillance épidémiologique, une analyse des documents descriptifs des programmes visés et l'élaboration des outils de collecte de données nécessaires pour établir le diagnostic de fonctionnalité de ces programmes. Ces premières activités ont été suivies par des visites sur le terrain en Haïti entre avril et mai 2006 pour effectuer la collecte des données. L'analyse des données et la rédaction du rapport faisant état du bilan diagnostic préliminaire de l'état de fonctionnement des programmes verticaux ont été effectuées à l'été 2006. Pour chacun des programmes analysés, le rapport présentait les différents acteurs impliqués pour son fonctionnement (structures du MSPP et organisations internationales partenaires), les axes stratégiques et les activités prévues et effectuées par le programme et enfin, l'état du système de collecte, de traitement et d'utilisation des informations sanitaires liés au programme.

En septembre 2006, un atelier de validation du bilan diagnostic préliminaire établi et de présentation des pistes identifiées pour l'élaboration du système de surveillance épidémiologique fut présenté aux représentants du MSPP et des organisations internationales impliquées dans le projet.

À la suite de cet atelier de validation, la consultation a porté sur la consolidation et la finalisation du bilan diagnostique préliminaire (octobre 2006), l'élaboration du plan de renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti incluant les différents paramètres du système de surveillance épidémiologique proposé (janvier 2007).

Nous rapportons dans les paragraphes qui suivent, les paramètres et les caractéristiques de processus et de contenu du système de surveillance proposé par le consortium USI-CHUM/SNC Lavalin/LGL SA:

Paramètres d'organisation

Le système de surveillance épidémiologique proposé est un système autonome interagissant avec tous les autres systèmes de production et traitement d'informations sanitaires présents dans le système de santé d'Haïti. Son financement est mixte associant la contribution du trésor national haïtien et celle de certaines organisations internationales. Le système de surveillance bénéficie d'une caractéristique supplémentaire d'intégration horizontale afin de fournir aux décideurs de tous les niveaux de gouvernance du système de santé (central, départemental et local), les informations requises pour une prise de décision éclairée. Il doit être sous la responsabilité du Ministère de la santé et sera géré par la Direction de l'Épidémiologie, Recherche et Laboratoire (DELR).

Caractéristiques de processus

Dans le processus de surveillance, il est prévu que la collecte des données sanitaires soit effectuée par le personnel d'exécution de soins (infirmiers, agents de santé). D'autres professionnels sont néanmoins recrutés pour soutenir le personnel de soins. Les analyses sont effectuées aux trois niveaux organisationnels du système de santé, soit le niveau local, départemental et central. Toutefois, les opérations de surveillance sont principalement décentralisées vers le niveau départemental, laissant ainsi au niveau central, le rôle de coordination globale du système.

Contenu et objet de surveillance

Le système de surveillance porte sur une liste de maladies prioritaires correspondant aux principales causes de morbi-mortalité en Haïti et aux principaux problèmes de santé publique couverts par les programmes de promotion et de prévention des maladies. À cette liste initiale, une autre liste complémentaire des maladies à déclaration obligatoire (MDO) ayant un fort potentiel de transmission interhumaine et des maladies

issues du cadre du règlement sanitaire international (fièvre jaune, choléra, peste, fièvres hémorragiques virales) est également incluse dans le contenu de surveillance. La méthode de détection des cas sous surveillance est passive pour la plupart des pathologies visées par le système de surveillance épidémiologique, mais pour les cas de malnutrition, de lèpre, de filariose lymphatique, ou lors des flambées épidémiologiques, la méthode de détection et d'investigation des cas sera active.

À la suite de la présentation des paramètres de fonctionnement du système de surveillance épidémiologique proposé, son processus d'appropriation par le MSPP et les organisations internationales impliquées dans le projet s'est déroulé entre février 2007 et juin 2007 (transmission et suivi du rapport, réunions ponctuelles). C'est donc à la suite de tout ce processus de consultation que nous avons effectué notre séjour de recherche en Haïti entre juillet et novembre 2007.

Mais préalablement à ce séjour de recherche, il y a lieu de mentionner que dès le début du processus de consultation au printemps 2006, nous avons accès à toute la documentation relative à la description et au fonctionnement des 9 programmes verticaux. Par ailleurs, à la suite des premières missions de consultation, nous avons accès aussi à l'essentiel de la documentation relative à la description des différentes organisations internationales qui interviennent dans le processus de collecte et de traitement de l'information sanitaire dans ces programmes et qui ont été sollicitées pour prendre part au plan de renforcement du système de surveillance épidémiologique en Haïti. Ces organisations identifiées pour chaque programme sont présentées dans le tableau 2. Nous présentons aussi dans le tableau 3 les caractéristiques générales (couverture pathologique et géographique) de ces

organisations tout en rajoutant les structures centrales du MSPP qui sont directement impliquées dans la collecte, le traitement et l'analyse des informations sanitaires en Haïti. Au total, il s'agit de 3 structures du MSPP, une organisation privée et 8 organisations internationales. On notera que ce sont des organisations qui sont globalement différentes les unes des autres aussi bien à cause de leur appartenance ou affiliation d'origine, qu'à cause de leur nature et leur mode de fonctionnement.

Ce sont donc ces différentes organisations qui ont été ciblées dans cette recherche pour d'une part comprendre et mesurer le processus d'adoption du système de surveillance épidémiologique et d'autre part apprécier les déterminants de la collaboration interorganisationnelle nécessaire à la mise en œuvre effective du SSE. Nous sommes également partis de cette liste de base pour inclure d'autres organisations locales et internationales pour comprendre d'autres enjeux de gouvernance plus macro associés au fonctionnement du système de santé d'Haïti.

Tableau 2: Organisations impliquées dans le fonctionnement des « systèmes d'informations sanitaires » des programmes verticaux

Programmes verticaux	Organisations impliquées dans la collecte et le traitement de l'information sanitaire	Rôles
Programme Élargi de vaccination	OPS/OMS	Appui technique
	USAID	Financement
	MSH	Financement
Programme de lutte contre le VIH/Sida	Fonds Mondial	Financement et appui technique
	OPS/OMS	Appui technique
	PEPFAR	Appui technique et financier
	CDC	Appui technique et financier
	MSH	Appui technique et financier
	PALIH	Appui technique et financier
	IHE	Appui technique
	Measure Evaluation	Appui technique
Programme de lutte contre la malaria	Fonds Mondial	Appui technique et financier
	OPS/OMS	Appui technique
	CDC	Appui financier
Programme de réduction de la mortalité maternelle	OPS/OMS	Appui technique et financier
Programme de Nutrition	OPS/OMS	Appui technique
	USAID	Appui technique et financier
Programme de lutte contre la tuberculose	ICC	Maître d'œuvre du programme au niveau national
	Fonds Mondial	Appui technique et financier
Programme de lutte contre la filariose	OPS/OMS	Appui technique
	CDC	Appui technique et financier
Programme pour la santé de l'enfant	OPS/OMS	Appui technique
	MSH	Appui financier
Programme de lutte contre la lèpre ³	Institut Fame Pareo et OPS/OMS	Maître d'œuvre du programme au niveau national

³ Les données recueillies sur le terrain indiquent que ce programme n'était plus actif depuis 2004.

Tableau 3: Caractéristiques générales des organisations impliquées dans le projet de renforcement de l'épidémiologie

Organisations	Sigle	Type d'organisation/ Affiliation	Couverture pathologique	Couverture géographique
Organisation Panaméricaine de la Santé	OPS/OMS	Organisation internationale/ Organisation Mondiale de la Santé	Maladies immunocontrôlables, quelques maladies à déclarations obligatoires	Couverture nationale
Fonds Mondial	FM	Organisation internationale/ Fonds Mondial	IST/VIH/Sida, Malaria, Tuberculose	Couverture nationale
International Child Care	ICC	Organisation internationale/ ICC	Tuberculose, Sida (+/-)	5 départements
Monitoring and Evaluation to ASsess and Use Results	MEASURE	Programme international / USAID	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture départementale, les 10 départements
Programme d'appui à la lutte contre IST/VIH en Haïti	PALIH	Programme international / ACDI	IST/VIH/Sida	Un seul département (Artibonite)
Management Sciences Health	MSH	Organisation internationale / USAID	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
United States Agency for International Development	USAID	Organisation internationale	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
Centers of Diseases Control (PEPFAR)	CDC	Organisation internationale / CDC	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Institut Haïtien de l'enfance	IHE	Organisation privée/ CDC, USAID	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Unité de Coordination et de Contrôle	UCC	Direction centrale / MSPP	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Unité de Planification et d'Évaluation	UPE	Direction centrale / MSPP	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
Direction de la Santé Familiale	DSF	Direction centrale / MSPP	Santé de la reproduction	Couverture nationale

CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE

Analyse des concepts

Pour atteindre l'objectif de recherche de cette thèse, nous utiliserons une stratégie de recherche qui consiste à faire une analyse, voire plus précisément une clarification de concept (Morse 1995). L'analyse du concept est une stratégie de recherche de type inductif (Formarier 2009), dont l'objectif consiste à mieux cerner un concept donné. Par définition, le concept constitue une représentation cognitive complexe de la réalité perçue (Chinn and Kramer 1991). Il dispose de caractéristiques intrinsèques et d'attributs propres qui lui permettent d'être différencié des autres concepts ou des autres unités de représentation intellectuelle. Le concept peut désigner aussi bien des entités facilement observables empiriquement, que des entités qui ont un niveau d'abstraction plus élevé et dont la compréhension nécessite des opérations mentales plus complexes.

Ayant fait l'objet d'utilisation diverse et variée tout le long de l'histoire de la science, le concept constitue l'unité de base à partir de laquelle se construisent les sciences, les lois, théorie, et autres modèles théoriques. Son rôle et son utilité dans l'organisation de la science sont évoqués depuis la période aristotélicienne (Auroux 1990). Durant le siècle des lumières, certains philosophes, comme Descartes ou encore Kant ont contribué à l'évolution de la compréhension du concept en tentant, d'une part, d'expliquer l'intérêt porté à son analyse à travers l'évolution de la société et le développement du savoir au 16^{ème} et au 17^{ème} siècles et en essayant, d'autre part, de fournir une distinction entre ce qui constitue un concept, une idée, ou encore une intuition. Pour ces philosophes, contrairement à l'idée et à l'intuition qui constituent des représentations singulières de la réalité, la notion de concept fait quant à elle,

recourt à une opération mentale plus abstraite qui tend à rendre universel, les connaissances et perceptions posées sur un objet (Formarier 2009).

Toutefois, bien que l'intérêt porté à l'analyse des concepts remonte à plusieurs siècles, il est admis que la compréhension contemporaine de ce courant scientifique de recherche reste principalement liée au développement des théories sur la formation en psychologie, en anthropologie cognitive et plus récemment dans le domaine des sciences infirmières. Ce faisant, la stratégie de recherche d'analyse du concept retenue dans cette thèse s'inscrit donc dans le courant de recherche initié par Wilson (1963) et approfondie par la suite par d'autres auteurs tels que Walker et Avant (1988), Chinn et Krammer (1991), Morse (1995, 1996), Rodgers (2000) dans le domaine de la psychologie et des sciences infirmières.

L'approche d'analyse du concept proposée au départ par Wilson (1963), suggère en effet l'utilisation d'une stratégie de recherche de type « Étude de cas unique » pour identifier les origines, les antécédents et les attributs d'un concept donné mais aussi pour élaborer des « cas modèles du concept », des « cas contraires » ainsi que des « cas voisins » qui permettent de mieux cerner les différentes dimensions mobilisées pour expliquer le concept à l'étude. Toutefois malgré sa relative validité pragmatique ainsi que son importante utilisation (Formarier 2009), cette première stratégie d'analyse des concepts proposée par Wilson (1963) a été remise en question par certains auteurs en raison de sa faible validité conceptuelle ainsi que son pouvoir explicatif relativement limité. À ce propos, ces auteurs considèrent que les conclusions tirées de cette approche analytique ne peuvent être rapportées que sur le « cas unique » et les quelques « cas modèles » et autres « cas contraires et voisins » qui ont été mobilisés

pour effectuer l'analyse (Morse 1995; Morse, Mitcham et al. 1996; Rodgers 2000). Ils estiment que la méthode de Wilson ne permet pas de saisir toute la complexité et toutes les manifestations qui peuvent être associées au concept analysé.

Ainsi, pour faire face à cette « faiblesse », une auteure de ce courant progressiste suggère une autre approche méthodologique d'analyse du concept orientée vers l'utilisation de méthodes d'analyse qualitative qui permettent de saisir et de tenir compte de la pluralité des différentes manifestations associées au concept analysé (Morse 1995). L'utilisation de ces méthodes qualitatives passe par la réalisation de revues critiques de la littérature, la mobilisation de théories plus appropriées pour réexpliquer les concepts à l'étude ainsi que par la mise à l'épreuve empirique de ces nouveaux concepts à travers la réalisation d'études de cas (Morse 1995).

Par ailleurs, en s'appuyant sur le niveau de « maturité » du concept issu de l'évaluation de l'état d'avancement des connaissances, cette approche méthodologique permet également d'effectuer plusieurs types d'analyse de concept. La « maturité » du concept étant définie selon l'exhaustivité de la définition attribuée au concept, la précision de ses caractéristiques, ainsi que des outils permettant d'effectuer sa mesure (Morse, Mitcham et al. 1996).

Plus précisément, l'approche méthodologique de Morse stipule que lorsque l'on effectue une revue exhaustive de la littérature sur un concept donné, et que l'on arrive à la conclusion que le concept à analyser reste encore nébuleux et insuffisamment expliqué, il est dans ce cas utile d'effectuer une analyse de développement du concept. Dans un autre cas de figure, lorsque plusieurs concepts sont utilisés de façon interchangeable dans la littérature pour exprimer et caractériser le même phénomène,

alors une analyse de différenciation des concepts serait pertinente à effectuer. Également lorsqu'un concept fait l'objet de plusieurs écrits dans la littérature, mais qu'une observation plus fine de ces écrits fait ressortir une certaine confusion et un manque de précision sur l'utilisation et la mesure d'un concept donné, alors une analyse de clarification du concept peut être effectuée.

C'est précisément ce dernier type d'analyse de concept que nous comptons mettre à contribution dans cette recherche doctorale afin de clarifier certains concepts qui ont certes fait l'objet d'une large couverture dans la littérature en théorie des organisations, mais qui demeurent néanmoins imprécis dans leur utilisation et parfois insuffisamment approfondi. Comme mentionnée antérieurement, cette stratégie de recherche s'avère utile à appliquer lorsqu'après avoir effectué une revue exhaustive de la littérature, l'on s'aperçoit d'une large utilisation d'un concept, mais que cette utilisation n'est ni précise, ni nette et qu'elle réfère à plusieurs choses à la fois.

Les concepts visés par cette démarche d'analyse et de clarification sont les suivants. Il s'agit des concepts de changement organisationnel, d'adoption des innovations et de collaboration interorganisationnelle.

Dans le but de faire une analyse de clarification de ces concepts, nous allons donc procéder dans un premier temps à une revue exhaustive de la littérature sur ce concept. Avec les études retenues à partir de critères et stratégies préétablis, nous allons chercher à faire ressortir les différentes caractéristiques de ces concepts, la façon dont ils sont expliqués, analysés et parfois mesurés. Suite à cette étape, nous tenterons de réexpliquer autrement ces concepts en ayant cette fois recours à des théories qui offrent des pistes plus intéressantes en matière d'intégration conceptuelle et dont le

potentiel ontologique reste assez étendu. Au terme de cet exercice, nous mettrons également à l'épreuve des faits les différents concepts revisités dans la composante théorique et de développement des connaissances de cette thèse à travers des études de cas. Le cadre de cette mise à l'épreuve empirique sera un projet d'introduction d'un système de surveillance épidémiologique dans le système d'informations sanitaires d'Haïti.

La rigueur et la validité de l'ensemble de cette stratégie de recherche dépendront de l'exhaustivité de la revue de la littérature effectuée, la qualité des différentes théories mobilisées pour fournir des éléments permettant de mieux réexpliquer les différents concepts abordés dans cette thèse ainsi la qualité des études de cas effectuées dans le cadre de la mise à l'épreuve empirique des concepts. La discussion relative à la rigueur et à la validité des approches théoriques utilisées tout au long de cette thèse est présentée dans le chapitre qui sert de conclusion à la présente recherche doctorale, tandis que celle relative aux études de cas est présentée dans les trois articles qui servent de résultats.

Ainsi, dans les pages qui suivent, nous présentons dans un premier temps les différentes stratégies utilisées pour la réalisation des différentes revues de la littérature effectuées dans cette thèse et dans un deuxième temps, les différents aspects liés à la réalisation opérationnelle du processus d'introduction d'un projet de système de surveillance épidémiologique en Haïti. Mais avant d'aller plus en détail dans cette démarche, mentionnons qu'une description plus détaillée de la méthodologie utilisée pour analyser les différentes thématiques explorées dans la thèse sera présentée dans les trois articles qui servent de résultats.

Stratégie de recherche pour la réalisation des revues de la littérature

La composante de cette recherche doctorale en lien avec l'analyse et la clarification des concepts de changement, d'adoption et de collaboration interorganisationnelle a pour but de faire ressortir les différents attributs et significations que les auteurs du domaine de la théorie des organisations associent à ces différents concepts dans la littérature. De nos jours, les sources de documentation les plus utilisées pour effectuer une revue de la littérature sont la recherche documentaire à partir des bases de données spécialisées dans un domaine particulier des connaissances (Medline, PubMed, Embase, CINHALL) ou encore l'exploitation des références bibliographiques de documents ou d'auteurs considérés comme incontournables dans un champ de connaissance donné ou encore de documents synthèses portant sur le sujet de connaissance (Hart 2001; Ridley 2008).

L'avantage de l'exploitation des bases de données spécialisées réside dans leur portée et leur étendue qui demeurent relativement importantes ainsi que dans leur mise à jour régulière. Tandis que l'exploitation des références bibliographiques d'auteurs reconnus dans un domaine donné ou de documents fondateurs d'une discipline permet d'avoir une vision assez exhaustive et précise du domaine de connaissance exploré. L'utilisation de ce deuxième moyen pour la réalisation de la recension de la littérature n'a certes pas l'avantage de la mise à jour régulière dont disposent les bases de données documentaires électroniques mais il constitue un des moyens les plus utilisés lorsqu'on cherche à connaître l'étendue des écrits dans un champ de connaissance très précis, qui est relativement nouveau et qui n'est pas suffisamment approfondi. Pour les champs de connaissance ayant ces caractéristiques, certains auteurs suggèrent donc d'effectuer une exploitation initiale des livres et textes-clés portant sur le sujet de recherche avec

leur référence, avant d'envisager l'utilisation des bases de données bibliographiques électroniques (Cooper 1998; Broome 2000; Hart 2001; Machi and McEvoy 2009).

Ce faisant, en utilisant et en combinant ces deux stratégies, nous avons été en mesure de réaliser les différentes revues de littérature utilisées tout au long de cette thèse. Nous avons d'abord exploité des textes et documents fondateurs des différents sujets revisités dans cette thèse, ainsi que des écrits des auteurs-clés qui ont élaboré sur ces sujets. À la suite de cette première démarche, nous avons effectué des recherches dans des bases de données bibliographiques afin de compléter les informations colligées lors de la première étape.

Revue de la littérature portant sur l'analyse du changement organisationnel.

Étant donné l'abondance des écrits portant sur le changement organisationnel aussi bien dans la littérature populaire que dans la littérature scientifique, nous avons entamé notre recherche de la littérature en nous appuyant sur une série d'articles synthèse publiés au début des années 2000. Ces articles ont l'avantage de présenter un aperçu historique et une perspective globale sur la thématique du changement organisationnel. En plus de ces écrits synthèses, certaines revues spécialisées dans le domaine du management et disponibles en ligne comme l'«Academy of Management Review» ou encore le «Health Services Management Review» ont été également consultées pour retrouver des synthèses d'écrits portant sur la thématique du changement.

Au terme de cette procédure, les écrits identifiés ont été analysés en fonction de l'existence ou non de critères permettant de classer de façon claire et précise les différentes approches théoriques d'analyse du changement. Ces critères étaient

l'identification des acteurs mobilisés pour l'introduction du changement, le rythme et l'intensité du changement initié, la malléabilité de l'organisation qui introduit le changement ou encore les théories et mécanismes mobilisés pour expliquer et réaliser le changement. Cette recherche documentaire nous a également permis de répertorier l'essentiel des approches théoriques répertoriées dans la littérature en théorie des organisations pour analyser le changement organisationnel qui ont été par la suite classées et réinterprétées en mobilisant les éléments de la théorie de l'action sociale de Parsons.

En plus de cette démarche d'identification et de réinterprétation des approches théoriques mises à contribution pour l'analyse du changement organisationnel, nous avons recherché d'autres écrits portant sur des expériences d'introduction du changement dans différents systèmes de santé. Pour ce faire, nous avons mis à contribution les différentes bases données informatisées qui s'intéressent à l'organisation des soins de santé (Medline, Embase, CINAHL). Nous avons utilisé les mots-clés suivants : « Health policy reform; Change; Health Care system; international development; developing countries; developed countries ». Des différents articles obtenus à partir de cette procédure de recherche documentaire, nous avons retenu les différents articles synthèses qui portent sur des expériences d'introduction de changement aussi bien dans les pays en développement (Afrique, Amérique latine et Asie) qu'en Europe, aux États-Unis et au Canada. Un autre critère de sélection de ces articles était également la richesse de leur composante théorique, ainsi que la profondeur et le caractère holistique des analyses effectuées.

Revue de la littérature portant sur l'adoption des innovations.

Pour la clarification du concept d'adoption des innovations, nous avons commencé notre recherche en revisitant le sens donné à cette notion dans les dictionnaires et encyclopédies, et par la suite nous avons effectué une recherche documentaire chronologique en suivant l'évolution de la littérature depuis la publication de la première édition du livre de référence de Rogers en 1962. On peut en effet considérer sans grand risque de se tromper que cette publication marque le début de la littérature portant sur l'étude et l'analyse de la dynamique de diffusion des innovations. Bien qu'au départ, la plupart des publications relatives à l'adoption des innovations était axée sur les individus, nous avons fait le choix de ne retenir dans cette revue que les publications portant sur l'adoption des innovations dans les organisations qui constituent plus précisément notre cadre et notre intérêt de recherche. Les études qui ont été retenues à travers ce filtre furent analysées afin de faire ressortir la conception et la compréhension qu'ils accordaient au phénomène d'adoption des innovations. Plus spécifiquement, il s'agissait de faire ressortir la position, l'importance et la centralité du concept d'adoption dans le processus d'introduction du changement, ainsi que la façon le concept d'adoption est mesuré dans la littérature en théorie des organisations. Au terme de cet exercice, la théorie de l'action sociale de Parsons et le modèle d'évaluation de Champagne et Collaborateurs ont été mobilisés pour réexpliquer de façon plus appropriée le concept d'adoption dans le processus d'introduction du changement organisationnel. En nous appuyant toujours sur ces deux approches théoriques, une grille de mesure de l'adoption fut également élaborée et testée dans le cadre de l'introduction d'un projet de système de surveillance épidémiologique en Haïti.

Revue de la littérature portant sur la collaboration interorganisationnelle

Pour la thématique de la collaboration interorganisationnelle, nous avons eu à exploiter en premier lieu des documents-références sur cette thématique tels les œuvres de Alter et Hage (1993), Oliver (1990), Galaskiewics (1985), Aria et Lin (2007). L'exploitation de ces documents avec leurs références bibliographiques fut complétée par des synthèses d'écrits portant sur les déterminants de la collaboration interorganisationnelle, ainsi que par des articles publiés dans les revues de santé internationale afin de faire ressortir les différents mécanismes de collaboration interorganisationnelle réalisés dans le contexte organisationnel des systèmes de santé en développement. Ensuite, la théorie de l'action sociale de Parsons a été mobilisée pour proposer d'une part une définition plus riche et plus complexe de la collaboration interorganisationnelle et d'autre part pour identifier ses principaux déterminants. Le projet d'introduction du système de surveillance épidémiologique en Haïti fut également mis à contribution pour tester empiriquement cette nouvelle approche d'analyse de la collaboration interorganisationnelle, ainsi que de ses déterminants.

Réalisation opérationnelle de la composante empirique de la thèse

Pour la mise à l'épreuve empirique des différents concepts revisités dans cette thèse, nous avons planifié et réalisé une étude de cas unique avec deux niveaux d'analyse imbriqués (Yin 2003). Cette étude a été effectuée entre mars 2006 et décembre 2007. Ce type de stratégie d'étude est généralement indiqué lorsqu'il est utile et pertinent d'expliquer ou de prévoir des phénomènes complexes (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Le cas à l'étude était le système de santé d'Haïti qui a été analysé dans un premier temps à un niveau organisationnel, puis dans un second temps à un niveau interorganisationnel plus systémique. Le premier niveau organisationnel concernait les différentes structures impliquées dans la production et le traitement de l'information sanitaire en Haïti. Le passage de ce premier niveau d'analyse à un second niveau d'analyse plus systémique et interorganisationnel nous a permis de faire ressortir les liens existants entre différentes organisations exerçant aussi bien au niveau national, que départemental et local du système de santé. Sur la base des instruments de collecte élaborés à partir des approches théoriques mobilisées dans les différentes composantes de cette thèse, nous avons effectué une trentaine d'entrevues avec les membres-clés des organisations impliquées dans le processus d'introduction du système de surveillance épidémiologique. D'une durée d'environ deux heures, ces entrevues étaient de nature semi structurée et comprenaient des questions ouvertes relatives au processus de changement initié à travers la mise en place du système de surveillance épidémiologique et à la dynamique de son adoption. Ces entrevues ont été complétées par une démarche d'observation participante au sein de l'équipe de la direction de l'épidémiologie et de la recherche du ministère de la santé pendant 4 mois, ainsi que par une analyse des principaux documents élaborés sur cette problématique.

De façon rétrospective, nous pouvons diviser notre séjour de recherche de 4 mois sur le terrain en trois périodes bien distinctes. La première période, est celle des prises de contact, de l'identification des partenaires et de la préparation des entrevues; la deuxième est celle de la réalisation de la première série d'entrevues tandis que la troisième et dernière période fut celle de la transcription des entrevues et de la réalisation d'une autre série d'entrevues auprès de nos informateurs-clés.

Première période

Lorsque nous sommes arrivés en Haïti, nos deux principaux contacts étaient certains membres de l'Université d'État d'Haïti (le programme de maîtrise en gestion des services de santé) et les responsables du projet MSPP/BID qui avaient initié le projet mère de renforcement de l'épidémiologie en Haïti. Après une brève présentation de notre projet de recherche et dans le but de recueillir les informations dont nous avons besoin (volet de collecte des données relatif à l'observation participante), les autorités compétentes du ministère en l'occurrence le directeur général, nous avait permis de travailler avec la direction d'épidémiologie, laboratoire et de recherche (DELR). Cette direction était censée s'approprier et mettre en œuvre le système de surveillance épidémiologique avec l'appui du projet MSPP/BID et de l'Unité de Santé Internationale de l'Université de Montréal.

Étant donné que notre but était de comprendre le processus de réorganisation du système d'informations sanitaires et que les dernières activités relatives à ce projet remontaient déjà à plusieurs mois, il nous a semblé opportun d'organiser avec la direction d'épidémiologie, une réunion avec tous les partenaires impliqués dans le processus. Cette première réunion devait nous permettre de présenter notre projet de recherche aux différents partenaires que nous voulions rencontrer et de leur rappeler

les principales composantes du projet d'introduction du SSE depuis son initiation en mars 2006.

Cette première réunion s'est déroulée à la fin du mois d'août 2007 et avait vu la participation active de différents partenaires organisationnels que nous désirions rencontrer. Durant cette rencontre, nous avons présenté notre projet de recherche, ainsi que le projet de renforcement de l'épidémiologie à travers l'introduction du système de surveillance épidémiologique. Les échanges qui ont suivi cette présentation nous permirent de nous faire une première idée globale sur l'adoption du projet par les différents partenaires.

Tirant profit de la présence de nombreux partenaires organisationnels visés par notre recherche, nous avons pu établir un premier contact avec la plupart d'entre eux. Cette démarche s'est avérée par la suite utile, car pendant les rencontres individuelles qui ont suivi à la deuxième période, les personnes rencontrées semblaient plus ouvertes et plus à l'aise avec le sujet que l'on cherchait à comprendre.

Deuxième période

Durant la deuxième période de notre séjour, tout en continuant la démarche d'observation participante avec l'équipe de la DELR pour mieux cerner leur vision et les différents enjeux associés à l'introduction du système de surveillance épidémiologique en Haïti, nous avons rencontré tous les partenaires organisationnels impliqués dans ce projet de réorganisation du système d'information sanitaire haïtien.

Au total, nous avons effectué 19 entrevues semi-structurées d'environ deux heures avec les responsables des différentes organisations qui interviennent directement ou indirectement dans le système d'information sanitaire en Haïti. À noter que durant

cette première série d'entrevues, nous avons adopté une stratégie d'échantillonnage type « boule-de-neige » pour rencontrer toutes les personnes qui auraient pu nous éclairer aussi bien sur la problématique organisationnelle du système d'information, que sur l'organisation du système de santé et le rôle de certaines organisations internationales. Cette stratégie d'échantillonnage consiste à rajouter à un noyau d'informateurs-clés initialement identifiés, d'autres individus détenteurs d'informations pertinentes et qui sont en relation de travail avec les premiers informateurs.

Deux principales thématiques ont été abordées durant les entrevues. La première se penchait sur le rôle et la place des acteurs organisationnels rencontrés, dans le système d'information sanitaire et dans le système de santé; la nature et l'état de la collaboration entre ces différentes organisations et la fonctionnalité du SIS national. La deuxième thématique cherchait à retrouver les éléments des différentes fonctions des systèmes d'informations sanitaires mis en place par ces organisations.

Parallèlement à la réalisation de ces entrevues, nous avons eu l'opportunité de prendre part à un atelier regroupant à la fois la direction centrale en charge de l'épidémiologie (DELR) et les épidémiologistes des dix départements sanitaires du pays. Ce fut une occasion opportune pour passer un questionnaire et d'en discuter par la suite avec les dix épidémiologistes départementaux. Ce questionnaire portait plus spécifiquement sur le flux des informations sanitaires, ainsi que sur l'état de la fonctionnalité du SIS au niveau des dix directions départementales de la santé du pays.

Suite aux informations obtenues pendant cette deuxième période, nous avons jugé utile de compléter ces informations par d'autres données émanant du niveau départemental. Cette décision fut motivée par le fait qu'après avoir fait le tour des

organisations qui interviennent au niveau national, nous avons estimé qu'il aurait été également pertinent de compléter notre compréhension de ces phénomènes en collectant d'autres informations au niveau départemental. Nous avons donc mené des entrevues à la direction départementale de la santé du Nord (département du Cap-Haïtien) auprès du directeur départemental, l'épidémiologiste départemental et les infirmières responsables des programmes de lutte contre certaines maladies. Nous avons également procédé à des entrevues au niveau d'un hôpital départemental (Hôpital Sacré-cœur de Millot) qui faisait également office d'UCS (Unité Communale de Santé).

Donc, si la première période était celle de la prise de contact et de préparation du terrain, cette deuxième période fut celle de la collecte active des informations aussi bien au niveau central, départemental que local.

Troisième période

Après la première phase de collecte des données, nous avons procédé à la transcription de quelques entrevues ainsi qu'à la lecture des notes prises lors des phases d'observations participantes. Les transcriptions et les analyses préliminaires nous ont ainsi éclairées sur certains sujets sur lesquels il était nécessaire de collecter des informations additionnelles. Ces informations additionnelles étaient plus spécifiquement en lien avec la thématique de la mesure de l'adoption du projet de surveillance épidémiologique par les acteurs organisationnels directement concernés.

Toutefois, avant d'entreprendre cette deuxième collecte et sur l'initiative de la DELR, nous avons organisé une autre réunion des partenaires afin de stimuler davantage les échanges et pour qu'ils se positionnent sur l'adoption du projet de système de

surveillance. Le directeur général du ministère de la santé (appui politique majeur) et d'autres acteurs organisationnels qui étaient absents lors de la première rencontre ont participé à la seconde.

À la suite de cette deuxième réunion, nous avons rencontré pour une deuxième fois l'essentiel des acteurs qui étaient directement en lien avec le projet de surveillance épidémiologique depuis le début. Avec cette étape, nous avons par ailleurs eu l'occasion de compléter ou recouper les informations que nous avons collectées antérieurement. Ce dernier exercice fut très éclairant de ce point de vue.

Avant de quitter Haïti, dans une logique de restitution, nous avons organisé une dernière rencontre de travail avec les membres de l'équipe de la direction de l'épidémiologie et de la recherche afin de leur faire part de la façon dont la recherche s'était globalement déroulée ainsi que pour leur fournir un aperçu des résultats préliminaires auxquels nous étions parvenus.

CHAPITRE VI : RÉSULTATS

**ARTICLE 1: ANALYSE ET MESURE DU PROCESSUS
D'ADOPTION D'UNE INNOVATION
INTERORGANISATIONNELLE**

ANALYSE ET MESURE DU PROCESSUS D'ADOPTION D'UNE INNOVATION INTERORGANISATIONNELLE : LE RENFORCEMENT DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE EN HAÏTI

L'adoption d'une innovation par une organisation ou par un ensemble d'organisations constitue une des étapes dans le processus d'introduction du changement. Elle précède la phase de mise en œuvre de l'innovation et fait suite à la phase d'initiation et de diffusion (Champagne 2002). Le dictionnaire du Petit Larousse illustré définit l'adoption comme étant l'action de faire sienne une manière de voir; de prendre quelque chose par choix ou par décision (Larousse (Firme) 2007). Pour le Petit Robert de la langue française, adopter constitue une démarche qui consiste à choisir, à approuver ou encore à faire sien de quelque chose en choisissant (Robert 2006).

Dans le domaine particulier de l'étude des organisations, l'analyse de l'adoption des innovations a suscité beaucoup d'intérêt depuis la première publication de l'ouvrage de Rogers « Diffusion of innovation », dans lequel, l'adoption était présentée comme une étape du processus de diffusion qui suit l'introduction de toute innovation. Plus spécifiquement, l'adoption y était définie comme une étape incluse dans le processus de prise de décision permettant de réaliser une utilisation maximale d'une innovation organisationnelle donnée (Rogers 1962). Ces innovations organisationnelles pouvant être une technologie, un programme, une politique, bref toute idée, pratique ou objet

perçu comme nouvelle par un individu ou un groupe social et pouvant générer un changement (Klein and Sorra 1996; Rogers 2003).

Depuis cette première publication, la thématique de l'adoption et de la diffusion des innovations a connu un essor important au point d'être appliquée dans de nombreuses autres disciplines scientifiques (Rogers and Feigh 1960; Rogers and Shoemaker 1971; Rogers and Solomon 1975; Coombs, Silversin et al. 1981; Singhal, Doshi et al. 1988; Dearing, Rogers et al. 1996; Vaughan, Rogers et al. 2000). Elle constitue à présent un champ interdisciplinaire à part entière.

Toutefois, malgré ce grand intérêt qui a caractérisé cette période initiale, on a assisté pendant ces dernières décennies à un transfert progressif de l'intérêt porté à l'analyse de l'adoption et de la diffusion des innovations vers l'analyse de leur implantation. À ce propos, Van de Ven et Rogers mentionnaient dans leur article portant sur les innovations organisationnelles :

«...After several decades, innovations research also began to be conducted in organizations. This is an important turning point in the history of innovation research.....with the shift from adoption (defined as the decision to use an innovation) to implementation (actually putting the innovation into use)” (Van de Ven and Rogers 1988).

Mais, même avec ce transfert d'intérêt, les divers processus de changement issus de l'introduction des innovations dans les organisations individuelles ou dans des systèmes interorganisationnels plus complexes continuent de soulever de nombreuses interrogations en ce qui concerne leurs finalités (Champagne 2002). En effet, ces finalités s'expliquent soit en termes de réussite ou d'échec du processus d'implantation,

mais aussi en termes de réussite ou d'échec du processus de prise de décision incluant la phase d'adoption (Champagne 2002).

De plus, dans le contexte des pays à ressources limitées, de nombreux processus de changement élaborés par des experts nationaux ou internationaux sont fréquemment initiés à la suite de consultations pour faire face à certains enjeux organisationnels. Mais sur l'ensemble des recommandations issues de ces consultations, très peu d'entre elles sont adoptées et mises en œuvre par la suite par les organisations concernées.

Ainsi, étant donné l'importance de l'adoption des innovations dans le processus d'introduction du changement et le nombre limité d'études portant sur cette thématique comparativement aux autres phases du changement, cet article a pour objectif de présenter une nouvelle approche permettant d'analyser et de mesurer de façon plus appropriée l'adoption des innovations interorganisationnelles. Pour atteindre cet objectif, nous utiliserons une stratégie de recherche qui consiste à faire une analyse, voire plus précisément une clarification de concept (Wilson 1963; Morse 1995; Morse, Mitcham et al. 1996; Rodgers 2000; Formarier 2009). Cette stratégie de recherche est utilisée lorsqu'un concept fait l'objet de plusieurs écrits dans la littérature, mais qu'une observation plus fine de ces écrits fait ressortir une certaine confusion et un manque de précision sur son utilisation et sa mesure. Dans le but de faire une analyse de clarification de ce concept, nous allons procéder dans un premier temps à une analyse critique de la littérature portant sur le concept d'adoption des innovations, en faisant ressortir ses différentes caractéristiques, la façon dont il est expliqué, analysé et parfois mesuré. Suite à cette étape, nous allons réexpliquer autrement l'adoption en ayant cette fois recours à des théories qui offrent des pistes

plus intéressantes en matière d'intégration conceptuelle et dont le potentiel ontologique reste assez étendu. Au terme de cet exercice, nous mettrons également à l'épreuve des faits empiriques le concept d'adoption à travers un projet d'introduction d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti considéré ici comme une innovation interorganisationnelle, pour lequel, de nombreuses organisations internationales devraient intervenir pour assurer sa fonctionnalité.

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE CONCEPT D'ADOPTION

Dans la littérature, les premières références au concept d'adoption des innovations remontent aux études menées par Rogers au début des années 60 sur l'analyse de la diffusion des innovations dans le domaine de la production agricole. Visant en premier lieu les individus, l'adoption était vue comme une démarche de prise de décision qui permet à un individu d'utiliser ou non, une innovation donnée (Rogers 1962). Par la suite, d'autres auteurs se sont intéressés à comprendre les différentes étapes impliquées dans le processus de prise de décision permettant aux individus d'adopter les innovations, les facteurs qui influencent ce processus, ainsi que la mesure de ce processus à travers un mécanisme essentiellement dichotomique d'adoption ou de non-adoption (Klonglan and Coward 1970; Zaltman and Brooker 1971).

Dans la dynamique d'évolution du concept, Zaltman, Duncan et Holbek (1973) ont appliqué les différentes notions initialement développées au niveau de l'individu, aux organisations, en considérant ces dernières comme étant une nouvelle unité pour l'adoption de l'innovation (Zaltman, Duncan et al. 1973).

Toutefois, en analysant la littérature spécifique à la théorie des organisations qui porte sur l'adoption, un certain nombre d'écueils apparaissent sur son explication, sa centralité, sa mesure, ainsi que sur la position qu'on lui attribue dans le processus de diffusion des innovations.

Adoption vue comme un phénomène ponctuel

Malgré l'introduction d'analyse de type processuel qui fait appel à la notion de temporalité dans la compréhension de phénomènes sociologiques organisationnels (Mohr 1982), l'adoption quant à elle, a été considérée par la plupart des auteurs comme étant un phénomène ponctuel et symbolique généralement inclus dans la

phase de prise de décision qui accompagne tout processus de diffusion d'une innovation. Dans leur description des deux principales étapes de diffusion des innovations à savoir celles de l'initiation et de l'implantation, Zaltman, Duncan et Dolbec considèrent l'adoption comme étant une sous-étape décisionnelle faisant partie de l'étape d'initiation de l'innovation (Zaltman, Duncan et al. 1973). Dans l'étude qui porte sur la capacité des organisations de santé à entreprendre une démarche de changement, Champagne (2002) aborde également l'adoption comme un choix à faire lors de l'étape de la prise de décision pour l'introduction d'une innovation donnée. Cette même logique fut reprise par Rogers (2003) ainsi que plusieurs autres auteurs qui estiment que l'adoption constitue une étape ponctuelle de la phase de prise de décision devant conduire à une acceptation de l'innovation (adoption) ou à son rejet (non adoption) (Hage and Aiken 1970; Rogers and Shoemaker 1971; Zaltman and Brooker 1971; Zaltman, Duncan et al. 1973; Van de Ven and Rogers 1988; Van de Ven, Angle et al. 1989).

Position de la phase d'adoption dans l'introduction du changement

Bien que la centralité du concept d'adoption en tant que phénomène ponctuel inclus dans la sous-étape de prise de décision soit largement évoquée dans la littérature, il ressort que la définition de sa position chronologique dans le processus de diffusion des innovations demeure assez variable. En effet, certains auteurs comme ceux cités précédemment, présentent l'adoption, soit comme une sous-étape du processus de prise de décision (Hage and Aiken 1970; Rogers and Shoemaker 1971; Zaltman and Brooker 1971; Zaltman, Duncan et al. 1973; Van de Ven and Rogers 1988; Van de Ven, Angle et al. 1989) ou soit comme une sous-étape de la phase d'implantation initiale des

innovations (Wilson 1966; Kwon and Zmud 1987; Leonard-Barton 1988; Lindquist and Mauriel 1989; Marcus and Weber 1989; Lewis and Seibold 1993; Sicotte, Moreault et al. 2004; Sicotte, Farand et al. 2005). Tandis que d'autres d'auteurs conçoivent l'adoption non pas comme une sous-étape mais plutôt comme une étape à part entière dans la dynamique de diffusion des innovations, ce à l'instar des phases d'expérimentation, d'initiation, d'implantation ou encore de routinisation (Shepard 1967; Robertson 1971; Pelz 1985; Rogers 2003).

Importance de la phase d'adoption dans l'introduction du changement

En plus de l'intérêt accordé à la centralité et à la position chronologique de l'adoption dans le processus de diffusion des innovations, d'autres auteurs disposent d'une vision somme toute très large de ce que représente l'adoption des innovations. Ainsi, dans la méta-analyse réalisée par Damanpour (1991) sur les déterminants de la diffusion des innovations organisationnelles, l'adoption est présentée comme un processus permettant de changer les organisations qui englobe toutes les phases de la diffusion de l'innovation :

«... The adoption of innovations is conceived to encompass the generation, the development, and the implementation of new ideas and behaviors... » (Damanpour 1991).

Cette approche englobante de l'adoption est également mise de l'avant par Marino (1982) ou encore par Zmud (1982). Ces derniers incluent aussi dans la phase d'adoption, les étapes d'initiation et d'implantation des innovations (Marino 1982; Zmud 1982). Cette vision large portée à l'adoption contraste donc avec les positions des autres

auteurs cités précédemment qui considèrent l'adoption comme une étape ou une sous-étape dans la diffusion des innovations.

Le tableau suivant présente une synthèse des visions des différents auteurs sur la centralité et la position de l'adoption.

Tableau 4: Centralité et position du concept d'adoption dans la littérature

Auteurs	Place de l'adoption dans le processus de changement
Zaltman, Duncan et Dolbec (1973)	Adoption présentée comme une sous-étape de la phase d'initiation des innovations
Champagne (2002) Rogers (2003) Rogers and Shoemaker (1971) Zaltman and Brooker (1971) Zaltman, Duncan et al. (1973) Van de Ven and Rogers (1988) Van de Ven, Angle et al. (1989)	Adoption vue comme une sous-étape du processus de prise de décision
Wilson (1966) Leonard-Barton (1988) Lindquist and Mauriel (1989) Marcus and Weber (1989) Lewis and Seibold (1993) Sicotte, Moreault et al. (2004) Sicotte, Farand et al. (2005) Kwon et Zmud (1987)	Adoption constitue une sous-étape de la phase d'implantation
Shepard (1967) Roberston (1971) Pelz (1983)	Adoption constitue une étape à part entière à l'instar de l'initiation, de l'implantation ou encore de la routinisation
Damanpour (1991) Marino (1982) Zmud (1982)	Vision large de l'adoption englobant tout le processus de diffusion de l'innovation

Linéarité de la phase d'adoption

Force est également de constater que l'essentiel des écrits consultés dans la littérature en théorie des organisations aborde la thématique de l'adoption selon un processus essentiellement linéaire et non récursif. Dans ces écrits, l'adoption est présentée comme une phase qui précède ou qui succède une autre phase dans la diffusion d'une innovation ou dans la dynamique de production du changement. Or, l'adoption d'une innovation peut s'avérer une démarche plus complexe et plus dynamique qui peut transformer et évoluer tout au long du processus d'introduction du changement surtout lorsque cette adoption se déroule dans un contexte impliquant plusieurs acteurs individuels ou organisationnels qui sont en interaction réciproque et continue.

Mesure de l'adoption

Très peu d'études empiriques dans la littérature se sont intéressées à mesurer de façon spécifique l'adoption des innovations. Les quelques rares écrits qui ont démontré un intérêt sur ce sujet l'ont fait en s'appuyant sur le nombre de personnes ou d'organisations qui utilisent l'innovation après son introduction ou selon la rapidité avec laquelle l'innovation est utilisée au sein des organisations.

Dans le premier cas de figure, on peut citer Rogers qui mesure l'adoption selon le nombre d'individus ou d'organisations qui utilisent l'innovation dans une période de temps bien définie (Rogers 2003). À l'instar de Rogers (2003), Malher et Rogers (1999) ou encore de Jong, Ruyter et Lemmink (2003) mesurent également l'adoption des technologies de télécommunication en fonction du nombre d'institutions financières dont les membres utilisent ladite technologie (Mahler and Rogers 1999; de Jong, de Ruyter et al. 2003).

Dans le second cas de figure, Kessler et Chakrabarti (1996) ou encore Thompson et coll. (2007) mettent de l'avant l'analyse de la fréquence de diffusion des innovations pour en mesurer l'adoption (Kessler and Chakrabarti 1996; Thompson, Ghee et al. 2007).

En dehors de ces auteurs qui proposent des mesures plutôt «superficielles» de l'adoption, la plupart des autres études qui se sont intéressées à ce sujet utilisent les facteurs explicatifs de l'adoption (caractéristiques des organisations qui adoptent l'innovation, les spécificités techniques propres à l'innovation ou encore les caractéristiques des agents individuels sensés adopter l'innovation dans leur pratique) pour apprécier également sa mesure (Tushman and Nelson 1990; Damanpour 1991; de Jong, de Ruyter et al. 2003; Sicotte, Farand et al. 2005). Or, la double utilisation des mêmes facteurs peut entraîner une confusion conceptuelle, car les mêmes facteurs ne peuvent pas simultanément servir à expliquer et à mesurer le même concept.

Ce faisant, l'analyse de la littérature fait donc ressortir une absence de cadre théorique adéquat et approprié pour mesurer l'adoption des innovations.

Une synthèse des éléments utilisés par ces différents auteurs pour mesurer le concept d'adoption est présentée dans le tableau 5.

Tableau 5: Mesure du concept d'adoption dans la littérature

Auteurs	Éléments de mesure
Rogers (2003) Mahler et Rogers (1999) Jong, Ruyter et Lemmink (2003)	Taux d'utilisateurs de l'innovation sur une période donnée
Teo, Lim et Fedric (2007) Kessler et Chakrabarti (1996)	Fréquence de diffusion (transmission) de l'innovation
Damanpour (1991) Tushman, Nelson (1990) Sicotte et Farand (2005)	Utilisation des caractéristiques individuelles, organisationnelles ou de l'innovation

En somme, à la lumière des enseignements tirés de la littérature notamment en ce qui a trait au manque de consensus sur la position et l'importance de l'adoption dans le processus de production du changement, sa conception ponctuelle et figée, ainsi que l'inexistence de cadre théorique adéquat et approprié pour la mesurer, nous estimons qu'il est utile et pertinent d'entreprendre de nouvelles recherches portant sur cette thématique. Ceci pour permettre de réconcilier les différentes positions divergentes notées jusque-là dans la littérature notamment sur la définition du concept d'adoption, sur la position la plus appropriée à accorder au concept dans la démarche de diffusion des innovations autrement dit de production du changement, ainsi que sur la façon de le mesurer en tant que processus et non en tant que phénomène ponctuel et symbolique.

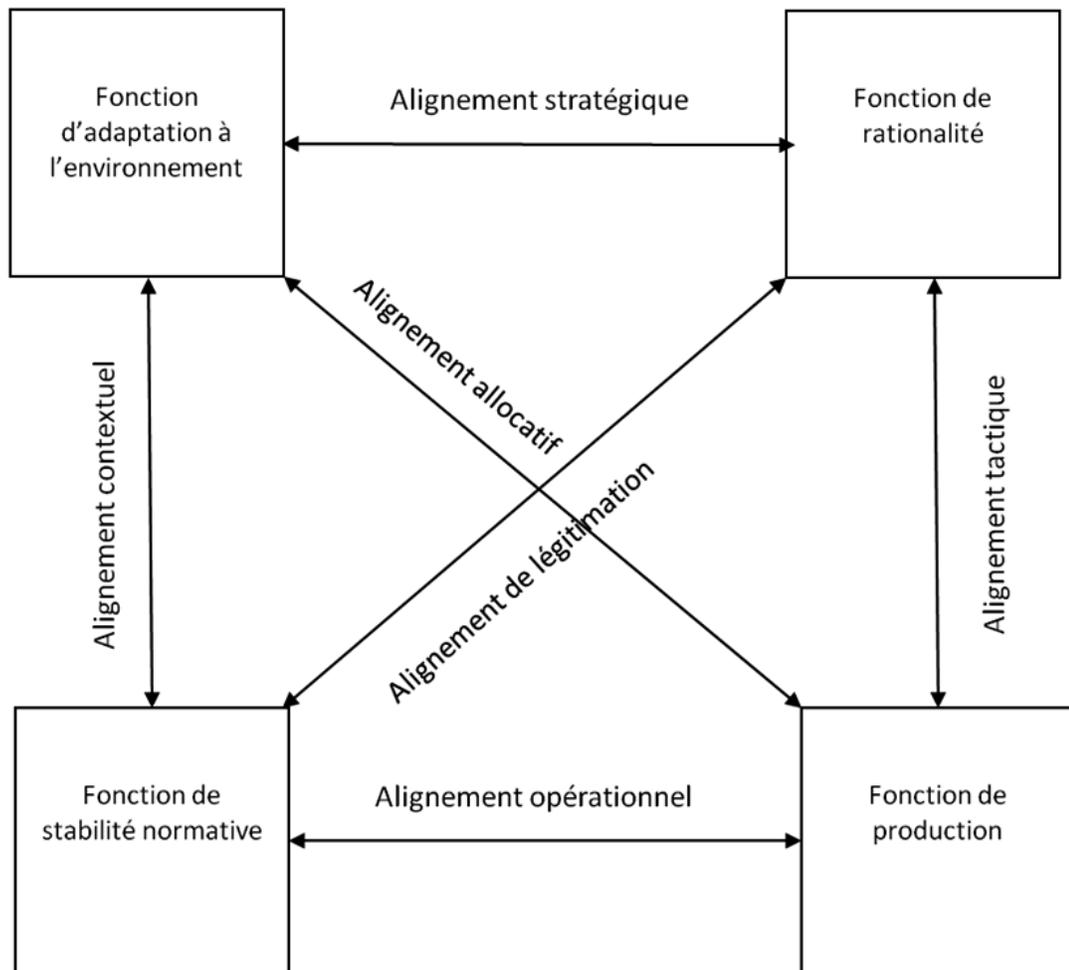
Dans cette étude, nous tenterons de faire face à ces différents défis en utilisant deux approches théoriques à savoir la théorie de l'action sociale de Parsons pour proposer une réconception de l'adoption et le modèle d'évaluation de Champagne et collaborateurs pour opérationnaliser sa mesure.

CADRE CONCEPTUEL POUR L'ANALYSE ET LA MESURE DE L'ADOPTION

Le cadre conceptuel que nous proposons pour l'analyse de l'adoption d'une innovation en vue d'introduire un changement repose sur certaines composantes de la théorie de l'action sociale de Parsons. Cette théorie stipule en effet que le fonctionnement de tout système d'action sociale repose entre autres sur l'exercice de quatre fonctions (Rocher 1969; Rocher 1972; Alexander 1983; Sicotte, Champagne et al. 1998). Une fonction rationnelle au sein de laquelle, on retrouve les différentes activités qui permettent de préciser les buts formels et informels du système d'action sociale, ainsi que les buts des différents acteurs qui interagissent au sein du système d'action. Une fonction d'adaptation à partir de laquelle le système d'action interagit avec son environnement, notamment en acquérant des ressources et en fournissant à l'environnement les produits ou biens et services issus de son fonctionnement. C'est cette fonction qui permet également au système d'action sociale de s'ajuster aux défis et problèmes internes et externes à travers l'innovation et l'expérimentation. Une fonction de production au sein de laquelle, différents mécanismes de structuration, d'intégration et de différenciation sont présents pour permettre la production des biens et services. Et finalement, une fonction de stabilité normative qui renferme les éléments en lien avec les normes et valeurs véhiculées au sein du système d'action, ainsi que les éléments en lien avec le climat organisationnel de travail. Ces quatre fonctions entretiennent en outre des relations réciproques et dynamiques entre elles à travers six systèmes d'alignement parmi lesquels, on distingue : entre autres l'alignement tactique (établissant un lien les fonctions de production et de rationalité), l'alignement d'allocation (établissant un lien entre les fonctions de production et d'adaptation à l'environnement), l'alignement stratégique (liant les fonctions de rationalité et

d'adaptation à l'environnement), l'alignement de légitimation (établissant un lien entre les fonctions rationnelle et de stabilité normative) et l'alignement contextuel (établissant un lien entre les fonctions d'adaptation à l'environnement et de stabilité normative) (Sicotte, Champagne et al. 1998).

Figure 4: Conceptualisation de la théorie de l'action sociale de Parsons par Sicotte, Champagne et al. (1998)



Dans cette étude, nous allons considérer le changement comme un système d'action sociale complexe et émergent, dont l'introduction nécessite un processus d'adoption de l'innovation qui est à son origine. Ce système d'action sociale associé au changement dispose d'attributs fonctionnels (rationalité, adaptation, production et stabilité normative) issus aussi bien des attributs fonctionnels de chacun des systèmes d'action sociale qui participent à son émergence, mais aussi d'autres attributs fonctionnels issus de leur mise en commun. Cependant, compte tenu que la fonction d'adaptation à l'environnement intègre les activités qui permettent au système d'action sociale émergent associé au changement de s'ajuster aux défis et contraintes internes et externes à travers l'innovation et l'expérimentation, il est donc approprié d'y situer tout processus d'adoption d'une innovation qui vise à introduire le changement dans un contexte interorganisationnel donné.

Ainsi situé dans la fonction d'adaptation à l'environnement du système d'action sociale, la démarche d'adoption peut bénéficier des interactions existantes entre les différents éléments fonctionnels du système d'action sociale à travers les six systèmes d'alignements qui les relie. De par cette conception, l'adoption va être d'une part en relation réciproque avec les autres éléments de la fonction d'adaptation à l'environnement (éléments d'acquisition et échange de ressources avec l'environnement et autres éléments permettant l'innovation), et d'autre part avec les différents buts poursuivis par le système d'action sociale émergent, les activités relatives à la fonction de production, ainsi qu'avec les normes et valeurs situées au niveau de la fonction de stabilité normative du système d'action sociale émergent.

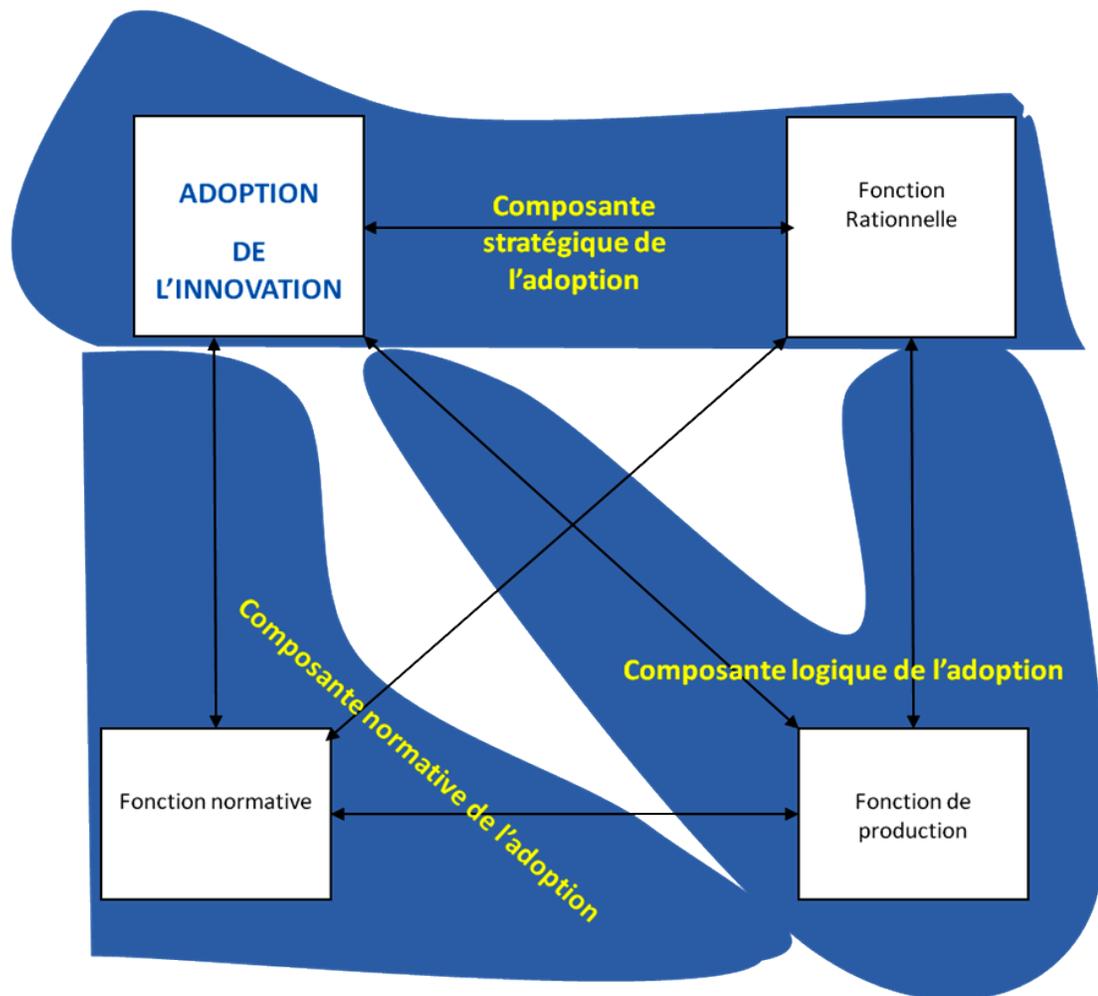
Ces interrelations et influences réciproques entre la démarche d'adoption et les autres éléments fonctionnels du système d'action sociale émergent, pourront ainsi générer un processus dynamique qui pourra évoluer et se transformer progressivement dans le temps et au conduire au changement.

Avec cette approche conceptuelle, l'adoption définit dans la littérature en théorie des organisations comme une étape ponctuelle ayant une finalité essentiellement dichotomique dans la production du changement pourrait être considérée comme un processus complexe et dynamique qui se transforme et évolue tout au long du processus d'introduction du changement sous l'influence des autres éléments du système d'action sociale ou sous l'influence de son environnement. Avec cette dynamique de transformation progressive, l'adoption peut être analysée et mesurée à plusieurs étapes du processus d'introduction du changement. Par exemple, lors de la phase d'implantation initiale, l'adoption d'une innovation donnée peut se transformer fondamentalement en augmentant ou en diminuant au fur et à mesure que l'implantation de l'innovation devient avancée. Ce faisant, il est donc pertinent de conceptualiser l'adoption non pas comme une étape fixe dans le processus d'introduction du changement, mais plutôt comme un processus qui peut être apprécié tout au long du processus d'introduction du changement.

Également avec le cadre d'analyse de Parsons, l'adoption inclut dans la fonction d'adaptation à l'environnement se définirait selon trois composantes principales. Une composante stratégique qui met en relation le processus d'adoption avec les autres éléments de la fonction d'adaptation à l'environnement (éléments d'acquisition et d'échange de ressources avec l'environnement et autres éléments permettant

l'innovation), ainsi qu'avec les différents buts poursuivis par le système d'action sociale. Une composante logique mettant en relation le processus d'adoption avec la fonction de production. Et une composante normative qui associe le processus d'adoption à la fonction de stabilité normative. La figure 5 présente schématiquement cette réconception du processus d'adoption.

Figure 5: Réconceptualisation du processus d'adoption selon la théorie de l'action sociale de Parsons



Opérationnalisation de la mesure de l'adoption

Pour mesurer le processus d'adoption ainsi redéfini, nous aurons recours au modèle d'évaluation élaboré par Champagne et coll. (2009). En effet, le fait de porter un jugement valide et objectif sur le niveau d'adoption d'une innovation par plusieurs acteurs organisationnels constitue en soi une démarche évaluative. La démarche évaluative consiste à utiliser des méthodes scientifiques suffisamment valides et reconnues dans un domaine d'expertise donné pour porter un jugement entre les différentes composantes d'une intervention ou d'une innovation (Champagne, Contandriopoulos et al. 2009).

S'appuyant sur une revue critique des différents modèles d'évaluation cités dans la littérature en théorie des organisations, le modèle d'évaluation élaboré par Champagne et collaborateurs est un modèle intégrateur qui permet de porter un jugement aussi bien sur la pertinence, la logique, la productivité, l'efficacité et l'efficacité d'une intervention, que sur les relations de cette intervention avec son contexte (Champagne, Contandriopoulos et al. 2009). Comparativement aux autres modèles d'évaluation cités dans la littérature, ce modèle dispose donc d'un attribut d'exhaustivité qui peut être mis à contribution dans cette étude car il permet de tenir compte des principaux enjeux associés à l'évaluation des programmes et interventions en santé.

Toutefois, étant donné que le processus d'adoption s'effectue principalement avant l'implantation proprement dite d'une intervention ou d'une innovation⁴, nous aurons recours aux deux premières composantes de ce modèle d'évaluation afin

⁴ Certes le processus d'adoption s'effectue principalement avant l'implantation de l'innovation, mais compte tenu de son aspect dynamique et changeant, il peut également se poursuivre et se transformer même au-delà de la phase d'implantation de l'innovation.

d'opérationnaliser la mesure de l'adoption, précédemment définie en fonction des composantes stratégique, logique et normative.

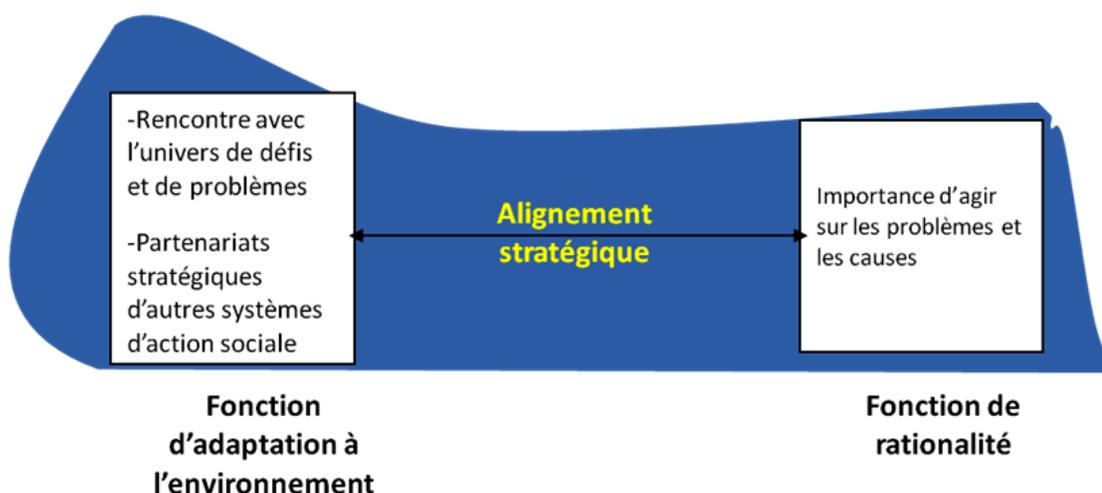
Composante stratégique de l'adoption

La composante stratégique de l'adoption est en lien avec les différentes activités qui permettent de porter un jugement sur la pertinence de l'innovation à adopter (Champagne, Brousselle et al. 2009). En d'autres termes, elle devrait permettre d'apprécier l'adéquation entre l'univers des problèmes du système d'action sociale émergent dans lequel est initié le processus d'adoption et les objectifs visés par l'innovation (Champagne, Brousselle et al. 2009).

Rapporté au cadre d'analyse de Parsons, cette adéquation interpelle la fonction d'adaptation à l'environnement, l'alignement stratégique ainsi que la fonction rationnelle du système d'action émergent. En effet, c'est dans la fonction d'adaptation à l'environnement que l'on retrouve les différentes activités qui confèrent au système d'action sociale dans lequel est initié le processus d'adoption, les aptitudes lui permettant de faire face à l'univers des défis et problèmes liés à son environnement et à son fonctionnement interne. C'est également au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement que sont définis et réalisés les partenariats stratégiques entre les différents systèmes d'action sociale impliqués dans l'émergence du système d'action sociale associé au changement. La dynamique existante entre les éléments de cette fonction d'adaptation et les objectifs poursuivis par l'innovation situés dans la fonction de rationalité du système d'action sociale émergent, peuvent ainsi constituer les éléments de mesure de la composante stratégique du processus d'adoption de l'innovation.

Plus précisément, la composante stratégique de l'adoption peut être mesurée selon l'accord exprimé par les différents acteurs sociaux sollicités dans le processus d'adoption sur les éléments des fonctions d'adaptation à l'environnement et de rationalité du système d'action sociale émergent suivant : 1) l'importance du problème sous-jacent à l'initiation de l'innovation; 2) l'importance d'agir sur ce problème et ses causes; 3) et la pertinence des partenariats stratégiques proposés dans la résolution du problème.

Figure 6: Composante stratégique de l'adoption



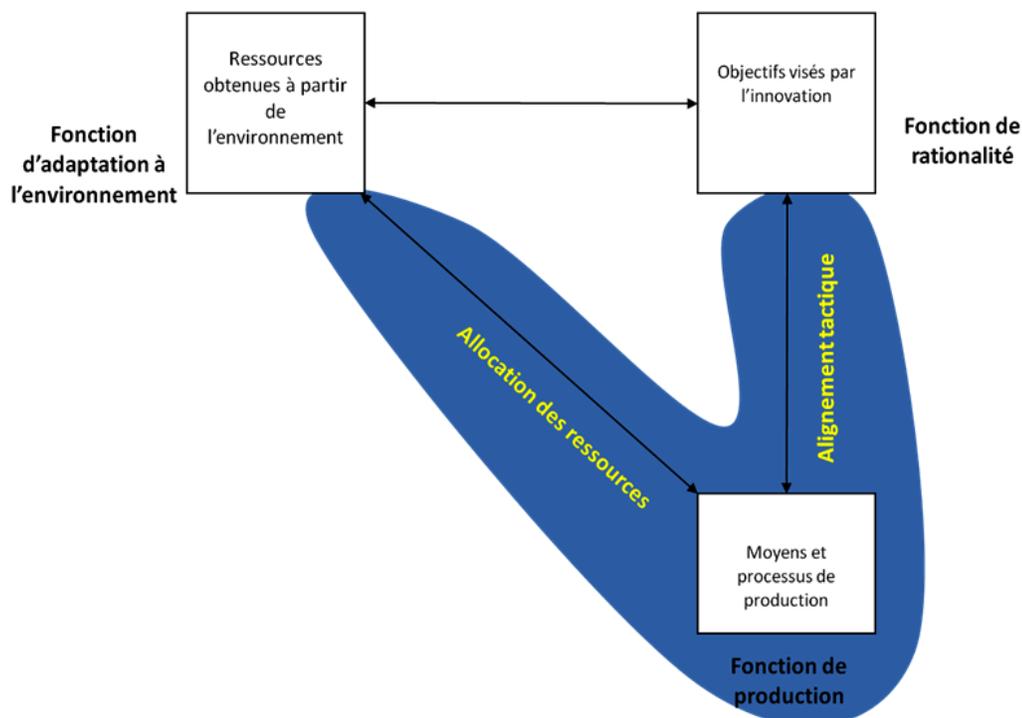
Composante logique de l'adoption

La composante logique de l'adoption permet de porter un jugement sur la cohérence de l'innovation à adopter (Champagne, Brousselle et al. 2009). L'appréciation de cette composante est en lien avec l'évaluation logique du modèle d'évaluation de Champagne et collaborateurs qui permet de s'interroger sur le bien-fondé de l'innovation, ainsi que sur l'adéquation et la suffisance des moyens mis en œuvre pour rendre l'innovation fonctionnelle (Champagne, Brousselle et al. 2009).

Rapporté au cadre de Parsons, le bien-fondé de l'innovation peut être apprécié selon l'adéquation entre les moyens de production et les objectifs visés par l'innovation, ce en mobilisant donc la fonction de production, l'alignement tactique et la fonction de rationalité du système d'action sociale émergent dans lequel est initié le processus d'adoption. Alors que l'appréciation de l'adéquation et de la suffisance des moyens mis en œuvre pour rendre l'innovation fonctionnelle mettrait à contribution les ressources acquises au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement et l'allocation de ces ressources vers la fonction de production du système d'action sociale émergent.

Nous estimons ainsi que la mise à contribution de l'alignement tactique, de la fonction de production, ainsi que de l'alignement allocatif peut permettre de mesurer la deuxième composante du processus d'adoption. Plus spécifiquement, cette composante logique de l'adoption serait déterminée à travers l'accord exprimé par les acteurs sociaux sur les principales composantes de la solution proposée (fonction rationnelle, alignement tactique et fonction de production), ainsi que sur les moyens mobilisés pour rejoindre les objectifs visés par l'innovation (fonction d'adaptation, alignement allocatif, fonction de production).

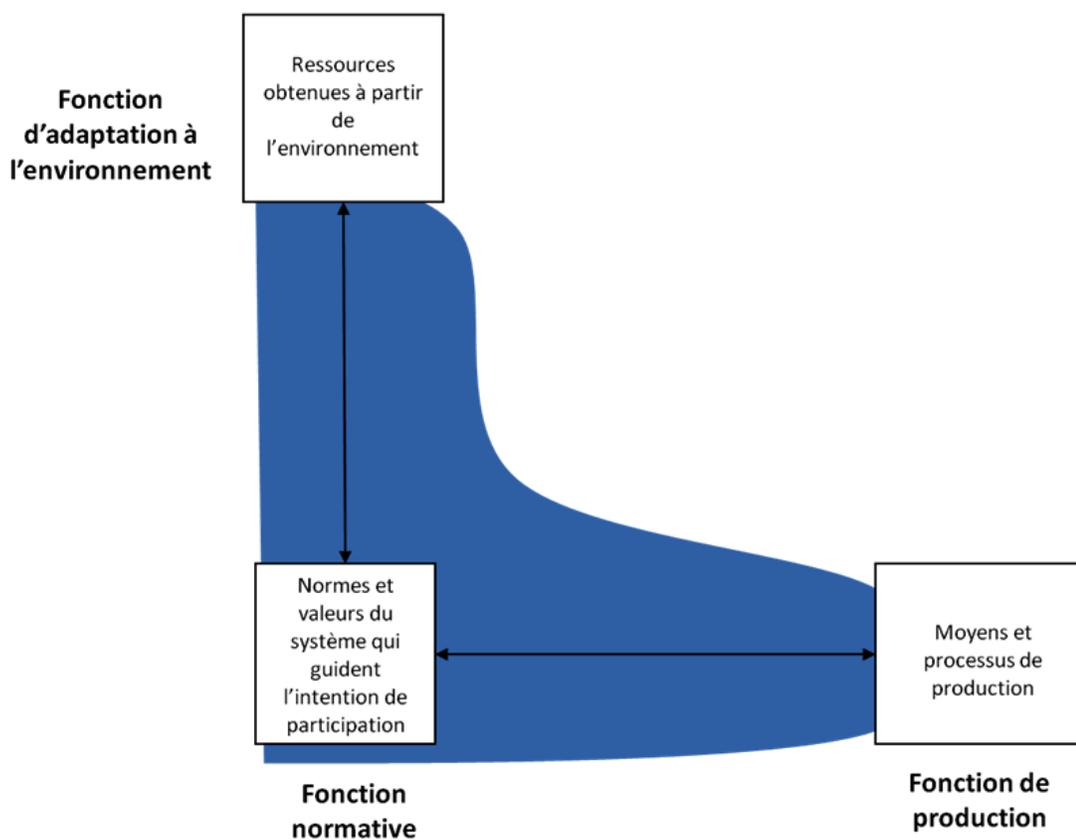
Figure 7: Composante logique de l'adoption



Composante normative de l'adoption

La troisième composante de l'adoption, la composante normative est orientée vers l'appréciation de l'intention de participation des différents partenaires organisationnels impliqués dans le processus d'adoption en appréciant les normes et valeurs qui les guident durant le déroulement du processus. L'intention de participation sera appréciée selon la contribution que chaque acteur compte apporter aux fonctions de production et d'acquisition des ressources du système d'action sociale émergent ainsi que selon la concordance le degré de partage de la vision relative à la mission, aux normes et valeurs avec celles véhiculées par l'innovation à adopter.

Figure 8: Composante normative de l'adoption



Nous estimons que l'élaboration de ce construit d'adoption avec ses trois composantes peut permettre de mesurer avec plus d'acuité le niveau d'adoption d'une quelconque innovation qui vise à introduire un changement dans un contexte interorganisationnel donné.

Ce faisant, nous allons présenter dans la prochaine section de cet article, un cas d'étude portant sur la mesure de l'adoption d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti, considérée dans ce cas-ci comme étant une innovation interorganisationnelle à part entière et qui met en application les différents concepts développés tout au long de cet article.

ÉTUDE DE CAS : LA MESURE DU PROCESSUS D'ADOPTION D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN HAÏTI

En mars 2006, suite à un appel d'offres du ministère de la Santé publique et de la population d'Haïti (MSPP) en partenariat avec la Banque Interaméricaine de développement, un consortium d'organisations intervenant dans le domaine de la santé internationale avait été sélectionné pour une mission de consultation qui consistait à élaborer un plan de renforcement des programmes de promotion, de prévention et de contrôle des maladies en Haïti. Sous-jacente à cette consultation, il y avait essentiellement les problèmes liés à la non-fonctionnalité et le morcellement du système d'information sanitaire national; le tout ayant comme corollaire, la non-disponibilité et la non-utilisation des informations sanitaires pour une prise de décision opportune et éclairée aux principaux niveaux de gouvernance de la pyramide sanitaire. Ce faisant, l'examen de la problématique de la mission de consultation avait mis en évidence la nécessité de mettre en place un système de surveillance épidémiologique global pour fournir les informations sanitaires nécessaires en temps opportun pour permettre une prise de décision éclairée aux différents niveaux de gouvernance du système de santé haïtien (Champagne, Boivin et al. 2006).

Le fonctionnement d'un système de surveillance épidémiologique repose sur une démarche de collecte, d'analyse, d'interprétation systématique et continue d'informations relatives à la santé des populations afin de planifier, d'implanter et évaluer les différentes actions de santé publique (Teutsch and Thacker 1995). Dépendamment de l'organisation de la pyramide sanitaire d'un pays donné, les activités de surveillance vont généralement de la base de la pyramide avec le système de collecte, de transmission des informations cliniques et communautaires, vers le niveau

intermédiaire. Par la suite, ces informations sont acheminées vers le niveau central où sont élaborées les principales tendances épidémiologiques nationales ainsi que les grandes lignes d'action pour la surveillance épidémiologique nationale pour tous les niveaux de gouvernance (OMS 2001; OMS / OPS 2001).

Toutefois, eu égard de la présence de nombreuses organisations nationales ou internationales qui interviennent non seulement dans le contexte général du système de santé haïtien, mais aussi plus spécifiquement dans le système d'information sanitaire dont le système de surveillance épidémiologique (SSE) n'est en réalité qu'une composante, il semblait donc opportun de rechercher la participation et l'implication de ces organisations dans le futur SSE pour que ce dernier puisse être mis en œuvre. En d'autres termes, il fallait que le nouveau SSE fasse l'objet d'un processus d'adoption par les différentes organisations intervenant dans le domaine de la production et du traitement de l'information sanitaire en Haïti. Ces différentes organisations appelées à prendre part à cette démarche disposaient en outre de leurs propres systèmes d'information sanitaire, comprenant des informations de type épidémiologique.

En plus de disposer des fonctions générales propres à tout système de surveillance, le système de surveillance épidémiologique conceptualisé et proposé aux différentes organisations impliquées dans le processus d'adoption présentait d'autres spécificités. Il devrait fonctionner de façon autonome vis-à-vis du SIS national et être exécuté par une des directions centrales du MSPP en l'occurrence la direction d'épidémiologie, laboratoires et recherche (DELR). Il devrait couvrir une liste de maladies prioritaires correspondant aux problèmes majeurs de santé publique rencontrés en Haïti avec une liste complémentaire de maladies à déclaration obligatoire dans le cadre du règlement

sanitaire international (Alberny, Champagne et al. 2007). Le financement du système serait par ailleurs mixte associant aussi bien le MSPP, les bailleurs de fonds et certains partenaires internationaux qui interviennent dans le domaine de la santé en Haïti. Par ailleurs, le SSE devrait être un outil intégré au sein de toutes les organisations et structures de santé qu'elles soient publiques ou non, pour aider à améliorer la production et le traitement de l'information sanitaire en Haïti et finalement sa mise en œuvre optimale à l'échelle nationale permettrait un meilleur suivi et une meilleure réorientation des interventions des différents programmes de lutte contre les maladies en Haïti. En sollicitant l'essentiel des organisations et agences de coopération internationale qui interviennent en Haïti, l'ensemble de cette démarche devait aussi constituer un moyen indirect pour renforcer le leadership et la légitimité de MSPP en entier vis-à-vis de ses partenaires (Champagne, Boivin et al. 2006).

De juillet à novembre 2007, nous avons effectué un séjour de recherche en Haïti pour analyser et mesurer l'adoption d'un système de surveillance épidémiologique dont le fonctionnement optimal nécessitait donc la participation et l'implication de plusieurs acteurs organisationnels présents dans le paysage sociosanitaire haïtien.

Méthodologie

Pour mesurer l'adoption du système de surveillance épidémiologique, nous avons procédé en utilisant une stratégie de recherche de type « étude de cas unique » avec un seul niveau d'analyse (Yin 2003). L'étude de cas unique étant plus pertinente lorsqu'il est question d'analyser en profondeur qu'un nombre très limité de phénomènes complexes (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Le cas à l'étude était le système de surveillance épidémiologique. Il ne s'agissait pas uniquement d'un système de surveillance épidémiologique compris dans un sens technique restreint, mais plutôt d'un système social dans lequel des entités organisationnelles devaient interagir.

Nous avons principalement axé cette recherche sur les différents acteurs organisationnels directement impliqués dans la démarche d'adoption du SSE, soit des structures nationales du ministère de la santé, soit des organisations internationales situées au niveau le plus élevé de la pyramide sanitaire et qui ont non seulement une couverture opérationnelle nationale mais qui disposent également d'un volet « système d'informations sanitaires » fonctionnel dans leur structure organisationnelle.

Ces différentes organisations formant l'échantillon de l'étude ont été identifiées dans un premier temps à travers l'analyse de certains documents descriptifs des systèmes d'informations sanitaires mis en place par les différents programmes majeurs de santé publique implantés en Haïti, comme le programme de lutte contre la tuberculose, le programme de réduction contre la mortalité maternelle et le programme national de lutte contre la mortalité maternelle. Ces programmes sont en effet généralement conçus de sorte qu'ils associent certaines directions centrales du ministère de la santé avec d'autres organisations internationales comme le Fonds Mondial, le CDC, ou encore

l'OMS qui leur assure le financement et l'expertise technique requis pour leur mise en œuvre stratégique et opérationnelle.

À l'issue de cette première démarche d'identification, la liste des différentes organisations identifiées fut validée par les agents de la direction centrale du ministère en charge de la surveillance épidémiologique qui sont au fait de l'implication de ces différentes organisations internationales dans le processus de production et de traitement de l'information sanitaire en Haïti. Au total, douze entités organisationnelles furent retenues pour constituer l'échantillon de base de cette étude. La liste de ces différentes organisations ainsi que leurs principales caractéristiques est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 6: Liste des organisations impliquées dans la démarche d'adoption

Organisations	Sigle	Type d'organisation/ Affiliation	Couverture pathologique	Couverture géographique
Organisation Panaméricaine de la Santé	OPS/OMS	Organisation internationale/ Organisation Mondiale de la Santé	Maladies immunocontrôlables, quelques maladies à déclarations obligatoires	Couverture nationale
Fonds Mondial	FM	Organisation internationale/ Fonds Mondial	IST/VIH/Sida, Malaria, Tuberculose	Couverture nationale
International Child Care	ICC	Organisation internationale/ ICC	Tuberculose, Sida (+/-)	5 départements
Monitoring and Evaluation to ASsess and Use Results	MEASURE	Programme international / USAID	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture départementale, les 10 départements
Programme d'appui à la lutte contre IST/VIH en Haïti	PALIH	Programme international / ACDI	IST/VIH/Sida	Un seul département (Artibonite)
Management Sciences Health	MSH	Organisation internationale / USAID	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
United States Agency for International Development	USAID	Organisation internationale	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
Centers of Diseases Control (PEPFAR)	CDC	Organisation internationale / CDC	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Institut Haïtien de l'enfance	IHE	Organisation privée/ CDC, USAID	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Unité de Coordination et de Contrôle	UCC	Direction centrale / MSPP	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Unité de Planification et d'Évaluation	UPE	Direction centrale / MSPP	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
Direction de la Santé Familiale	DSF	Direction centrale / MSPP	Santé de la reproduction	Couverture nationale

Les différentes composantes de l'adoption du système de surveillance épidémiologique ont été recherchées à travers une grille d'entrevue comprenant des questions semi-ouvertes avec laquelle, nous avons mené une trentaine d'entrevues auprès des représentants des acteurs organisationnels précédemment identifiés. La composante stratégique de l'adoption fut investiguée à travers des questions qui recherchaient la perception des ces différentes organisations sur l'existence d'informations sanitaires nécessaires à la prise de décision (Q.1-6), la nécessité de trouver une solution à ce problème (Q.7) ainsi que leur conception des différents partenariats stratégiques nécessaires à l'adoption du SSE (Q.8). La deuxième composante de l'adoption relative au degré de consensus sur le bien-fondé du SSE en termes de son organisation, son processus ainsi que son contenu fut quant à elle recherchée par les questions 9-12. La troisième composante de l'adoption, la composante normative, fut recherchée avec les questions 13 à 26 de la grille d'entrevue.

Par ailleurs, en plus de ces entrevues semi-dirigées, d'autres informations furent également recueillies à travers une démarche d'observation participante au sein de l'équipe de la direction centrale du ministère en charge de la surveillance épidémiologique pendant quatre mois en prenant part à des réunions interorganisationnelles relatives à ce processus d'adoption, ainsi qu'à des ateliers faisant intervenir les différents acteurs impliqués dans le processus de production et de traitement de l'information sanitaire en Haïti. Ces informations supplémentaires étaient particulièrement édifiantes pour comprendre l'intention de participation des différentes organisations au processus d'adoption du système de surveillance épidémiologique.

L'ensemble des informations recueillies au cours de cette phase d'observation participante et pendant les entrevues furent transcrites et leurs contenus analysés en fonction des principales catégories thématiques identifiées dans notre cadre conceptuel, notamment les composantes stratégique, logique et normative de l'adoption. Les analyses et les interprétations qui en ont résulté furent confrontées à celles de deux autres chercheurs. Les divergences de vues majeures subséquentes furent résolues par consensus. Tout au long de la recherche, nous avons en outre tenu un journal de bord dans lequel, nous avons consigné les faits saillants de notre démarche intellectuelle et nous nous sommes référés à certains moments donnés à ce journal de bord pour appréhender certains phénomènes éclairants sur la réflexivité du chercheur avec son objet d'étude.

Résultats

A- Analyse de la vision stratégique (composante stratégique)

Pour retrouver cette première composante de la mesure de l'adoption du SSE entre les différentes organisations, nous avons cherché à comprendre le niveau de consensus qui se dégageait autour de la disponibilité et de l'utilisation des informations sanitaires, de l'importance de trouver une solution à cette problématique et de la pertinence des partenariats stratégiques.

Perception du problème de manque et de non-utilisation de l'information sanitaire

En termes de disponibilité et d'utilisation, la plupart des représentants des acteurs organisationnels sollicités dans le processus d'adoption du SSE s'entendent sur la problématique de base à savoir la non disponibilité et la non utilisation au niveau des structures du ministère de la santé, d'informations sanitaires nécessaires pour la prise de décision et le suivi de l'état de santé de la population. Bien que non utilisées, ou parfois utilisées de façon marginale pour justifier certaines situations sanitaires face aux bailleurs de fonds, quelques acteurs organisationnels rencontrés considèrent que les informations sanitaires sont disponibles au niveau des structures de santé périphériques. Mais ces informations sanitaires arrivent de façon très morcelée aux autres structures du ministère de la santé. Ceci étant, elles sont donc non disponibles pour permettre une prise de décision éclairée aux différents échelons de la pyramide organisationnelle du système de santé d'Haïti. Certains répondants rencontrés rapportaient à cet effet les propos suivants :

« Quand tu vas sur MESI⁵, il y a plusieurs variables et informations sur le sida, mais pas sur les autres maladies.....on a demandé au concepteur de MESI de faire les rapports sur uniquement les variables qu'on pense qui ont de l'intérêt pour nous. Mais il n'y a pas mal d'autres, il y a près de 400 à 500 variables qui sont là et non utilisées »

« ...avec toutes les données de HSIS⁶, on fournit des informations au MSPP, mais ils ne les utilisent pas... »

« Généralement le peu d'informations sanitaires disponibles est envoyé à partir des directions départementales et des UCS⁷ vers les bureaux centraux des programmes nationaux de lutte contre les maladies, mais ces informations ne vont pas au niveau des directions centrales du ministère..... ce qui est déjà une source de conflits potentiels qu'il faut préciser.....il faut préciser le mandat de chacune des entités»

« Jusqu'à maintenant, c'est toujours les bailleurs qui demandent telles informations et qui l'obtiennent, le ministère ne le fait pas. Au ministère, il n'y a pas de vision précise sur les informations sanitaires qu'ils voudraient avoir.....dans le document de stratégie nationale de la santé par exemple il n'y a que quelques pages sur le suivi évaluation.....il n'y a même pas le nombre d'indicateurs que le ministère voudrait suivre. C'est un plan qui devraient normalement décrire très bien ce qu'ils veulent et comment ils veulent le faire ».

⁵ MESI est un système mis en place par le CDC pour collecter des informations sanitaires sur les activités de lutte contre les IST/VIH/Sida

⁶ HSIS est un système mis en place par l'USAID pour permettre le transfert des informations sanitaires des directions départementales vers le niveau central du ministère

⁷ Les UCS sont les unités communales de santé qui constitue l'unité administrative de base du système de santé d'Haïti

Par ailleurs, parmi toutes les organisations rencontrées, une seule d'entre elles semble se satisfaire de la qualité et de la validité des informations sanitaires disponibles. Pour les autres organisations, la qualité, la validité et le niveau d'analyse de ces informations font défaut. Certains répondants mentionnent à cet effet :

« Le Fonds Mondial nous demande fournir des données validées. Mais étant donné que l'on intervient sur 54 sites de prestations de services environ, il est difficile d'assurer le suivi pour la validité de toutes ces informations. Ça coûterait beaucoup cher pour assurer la validation de toutes ces données par trimestre »

« Au niveau de l'IHE, il y a une compilation de ces informations qui est faite, mais pas de véritables analyses...À travers notre système ça fait trois ans que l'on compile les informations, mais nous n'avons véritablement pas fait d'analyse des données..... Cette approche d'analyse a été négligée par le besoin donc de production des rapports. Les bailleurs de fonds qui financent ces institutions ces programmes veulent des chiffres pour dire voilà ce que nous faisons. Mais pour savoir quel est véritablement l'impact du programme ça a ce n'est pas leur souci premier ».

En plus de la faible qualité et de la validité limitée des informations disponibles, un des partenaires rencontrés (ICC) estime ne pas disposer d'informations sanitaires sur toute une gamme d'interventions, notamment toutes celles relatives aux interventions communautaires de lutte contre le sida.

Mesure de la nécessité de trouver une solution

La priorité d'action pour remédier au dysfonctionnement du système d'information est apparue très variable entre les différentes organisations sollicitées dans la démarche d'adoption. En effet, de tous les représentants des organisations rencontrés, seuls

quatre d'entre eux considèrent que l'amélioration de la fonctionnalité du système d'information constitue une des priorités sur laquelle il faudrait agir dans le système de santé haïtien.

Pertinence des partenariats stratégiques

L'analyse des données laisse entrevoir qu'il n'existe pas de consensus sur la vision portant sur l'implication et le rôle accordé par chacun des acteurs aux autres organisations qui devraient adopter le système de surveillance.

En effet, sur une échelle permettant d'apprécier le rôle potentiel de chacun des acteurs et qui est basée sur le nombre de partenaires qu'il est indispensable d'associer à la démarche, deux visions opposées se situant chacune à une des extrémités de l'échelle se dégagent nettement. À l'une des extrémités se situe la vision de l'OPS/OMS qui suggère une implication restreinte des différents partenaires organisationnels, tandis qu'à l'autre extrémité, on retrouve la vision de ICC qui prône, quant à elle, une implication intense et simultanée de toutes les organisations sollicitées. Et entre ces deux visions extrêmes, quatre autres visions intermédiaires ont pu ressortir des analyses :

La première vision intermédiaire suggère l'implication effective de quelques structures centrales du ministère notamment celles qui interviennent directement ou indirectement dans le système d'information sanitaire (DELR, UPE et UCC) ainsi qu'une implication des organisations internationales fortement implantées en Haïti, qu'elles soient des organisations d'assistance technique ou des organismes de financement. Alors que la deuxième vision intermédiaire prône d'impliquer les deux directions centrales responsables de la gestion de l'information sanitaire en Haïti (DELR, UPE), les

autres directions centrales responsables de la gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies et toutes les autres organisations ou agences internationales qui ont une expertise technique avérée en matière de gestion de système d'informations sanitaires. La troisième vision intermédiaire entrevoit, quant à elle, un SSE qui n'impliquerait que les deux directions centrales en charge de la gestion de l'information sanitaire (DELR et UPE) ainsi que les autres organisations qui disposent d'un système d'information sanitaire fonctionnel. Finalement, la quatrième et dernière vision considérerait qu'une implication limitée aux deux directions centrales chargées de la gestion de l'information sanitaire avec les autres directions centrales responsables des programmes nationaux de lutte contre les maladies, est largement suffisant pour rendre opérationnel le système de surveillance épidémiologique.

B- Analyse du bien-fondé de la solution proposée (composante logique)

Concernant cette deuxième composante de mesure du processus d'adoption, nous avons recherché le degré d'acceptation des principales caractéristiques du SSE proposé aux différentes organisations sollicitées dans ce processus d'adoption. Il s'agit entre autres des caractéristiques d'organisation du SSE notamment le financement, l'intégration, le personnel et le contenu du SSE (Alberny, Champagne et al. 2007).

En termes d'organisation, il existe une concordance partielle entre la vision proposée dans le projet de réorganisation du SSE et la vision qu'ont les différents partenaires impliqués dans le processus.

En effet, l'idée d'un financement mixte associant aussi bien les fonds du Trésor public national haïtien ainsi que ceux de certaines organisations qui assurent le financement de ce type d'activités dans le système de santé d'Haïti fait l'unanimité entre les

différentes organisations sollicitées. De plus, la moitié des organisations estiment que l'exécution du projet devrait être sous la responsabilité du MSPP à travers une de ces directions centrales, la DERL.

Par contre, seulement quelques organisations soutiennent l'idée d'un fonctionnement autonome du SSE vis-à-vis du SIS. En dehors de ces quelques organisations, toutes les autres sont davantage favorables à l'intégration du SSE dans le SIS national.

Un quasi-consensus se dégage sur la nécessité d'avoir un SSE décentralisé suivant l'organisation actuelle du système de santé avec un noyau principal situé au niveau départemental.

Cependant, les avis divergent fortement sur le choix du personnel responsable de la surveillance épidémiologique. Une moitié des organisations soutient l'utilisation du personnel chargé de dispenser les soins dans les structures de santé ainsi que l'embauche d'un personnel spécifique pour la gestion des informations sanitaires. Tandis que l'autre moitié estime que l'utilisation d'une seule catégorie professionnelle était suffisante pour faire la surveillance épidémiologique.

En termes de contenu et d'objet de surveillance, peu de partenaires organisationnels partage la vision proposée dans le plan de mise en œuvre du SSE. Leur vision du contenu de surveillance demeure assez variable et s'étend de la surveillance de quelques maladies transmissibles ayant un fort potentiel endémique à la surveillance globale de toutes les maladies obligatoires et autres événements de santé.

C- Analyse de l'intention de participation (composante normative)

Sur cette troisième composante de mesure du processus d'adoption, le constat établi sur l'intention de participation des différentes organisations sollicitées reste très variable d'un partenaire à l'autre. En fait, pour chacune de ces organisations, cette intention de participation peut se traduire concrètement par le partage et l'échange d'expertises techniques spécifiques en matière de surveillance épidémiologique ainsi que par le financement de certaines activités prévues dans le plan de mise en œuvre du SSE. Une analyse plus fine de l'intention de participation en fonction de l'intensité avec laquelle chaque partenaire désire s'impliquer dans le SSE nous a conduits à catégoriser les différentes organisations rencontrées en trois groupes : ceux qui ont une intention d'implication forte, modérée, et finalement faible.

Ces groupes ont été définis en fonction de deux dimensions principales à savoir la façon dont chaque acteur voudrait participer non seulement au système de production du système d'action sociale émergent; la façon dont chaque acteur voudrait participer à l'acquisition des ressources humaines, financières et matérielles provenant de l'environnement dans lequel le système d'action sociale émergent sera appelé à évoluer. En plus de ces deux dimensions principales, l'intention d'implication de chaque organisation devrait en outre prendre en considération le degré de partage de la vision relative à la mission, aux buts et aux valeurs associées au SSE.

Sur cette base, les acteurs qui ont une intention d'implication forte ont été définis comme étant ceux qui partagent les valeurs, les buts du SSE et qui désirent apporter des éléments de participation non seulement au niveau du système technique de production mais aussi au niveau de l'acquisition des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au fonctionnement du SSE.

De tous les partenaires organisationnels rencontrés, seul l'OPS/OMS peut être considéré comme un acteur ayant cette caractéristique d'intention d'implication forte. Bien qu'étant responsable de la gestion du système de surveillance des maladies du PEV, l'OPS/OMS à travers son département d'appui au développement de la surveillance partage en effet la vision du système de surveillance épidémiologique globale et nationale des maladies et autres événements de santé en Haïti. Cette organisation manifeste par ailleurs une intention d'implication dans le SSE à travers un appui potentiel à la formation continue du personnel des directions centrales et départementales responsables de la surveillance, la fourniture d'informations épidémiologiques relatives aux maladies du PEV et certaines MDO ainsi qu'à l'équipement de la DELR en outils matériels et logistiques nécessaires à son fonctionnement.

Dans la deuxième catégorie d'acteurs, c'est-à-dire ceux qui ont une intention d'implication modérée, on retrouve la majorité des organisations sollicitées dans la démarche d'adoption à savoir le PEPFAR, le Fonds mondial, PALIH, MEASURE et l'UPE. Ces organisations manifestent un intérêt de participation à travers une implication dans les deux dimensions principales du SSE citées précédemment à savoir la dimension de production des informations sanitaires et la dimension d'acquisition des ressources. Ainsi les trois premières organisations de cette catégorie (PEPFAR, Fonds Mondial et PALIH) estiment pouvoir apporter des ressources financières et matérielles puis fournir des intrants informationnels pour le système de production du SSE. Toutefois, elles ne partagent pas pour autant les buts et la mission assignée au système de surveillance épidémiologique. Ces organisations disposaient en effet de leur propre système d'information sanitaire spécifique à des maladies bien données (Sida, IST, TB, Malaria)

et avec des buts qui étaient davantage liés aux mécanismes de suivi/évaluation des différents projets nationaux ou régionaux qu'ils mettaient en place. Par ailleurs les deux derniers acteurs (MEASURE et UPE) de cette catégorie d'organisations à intention d'implication modéré disposent de la caractéristique commune de vouloir s'impliquer dans la surveillance épidémiologique globale et nationale et de participer dans la dimension « système de production » du SSE à travers l'apport d'une expertise technique spécifique (programme HSIS pour MEASURE et cogestion du SIS pour l'UPE).

Finalement, tout en ne partageant pas les buts, les valeurs et la mission véhiculés proposés par le SSE, les organisations qui ont une faible intention de participation n'envisageaient de s'impliquer que dans une seule des deux dimensions principales du système de surveillance. On retrouve dans cette catégorie d'organisations, la DSF, l'UCC, l'IHE et ICC. En plus de n'être orientée que sur une seule maladie ou événement de santé, l'intention de participation de ces organisations apparaît également comme étant marginale, à travers l'apport d'une expertise technique pour appuyer le système de production du SSE. D'où leur catégorisation comme partenaires à faible intention d'implication dans le processus d'adoption du SSE.

Mesure proprement dite de l'adoption

En combinant les trois composantes principales de mesure de l'adoption suggérées dans cette étude, à savoir le partage de la vision stratégique (composante stratégique), le jugement sur le bien-fondé de la solution proposée (composante logique), ainsi que l'intensité de l'intention de participation des différentes organisations sollicitées dans ce processus (composante normative), quatre niveaux d'adoption du projet de SSE peuvent être définis, soit un niveau d'adoption complet, partiel, marginal et indéfini.

Adoption complète: les organisations qui présentent ce niveau d'adoption partagent la vision stratégique ainsi que le bien-fondé du projet et disposent aussi d'une intention de participation forte. Dans cette étude, aucune des organisations sollicitées ne démontre des attributs permettant d'avoir un niveau complet d'adoption du SSE.

Adoption partielle: pour ce niveau d'adoption, l'organisation partage soit la vision stratégique du projet, soit son bien-fondé et dispose également d'une forte intention de participation au projet. Dans le cadre de cette étude, les organisations qui présentent ce niveau d'adoption sont l'OPS/OMS, le Fonds Mondial, ICC et l'UPE.

Adoption marginale : avec cet autre niveau d'adoption, l'organisation n'est en accord ni avec la vision stratégique, ni avec le bien-fondé du projet, mais dispose d'une certaine intention de participation qui reste néanmoins faible. Les organisations ayant ce niveau d'adoption sont les suivantes: MEASURE, IHE, DSF, COAG, UCC, PALIH.

Adoption inexistante: les organisations qui présentent ce niveau d'adoption disposent d'une méconnaissance du système de surveillance épidémiologique proposé dans le cadre de ce projet. Il s'agit de MSH et du CDC.

Avec cette classification, on est à même de constater que l'adoption du SSE par les différents acteurs organisationnels sollicités dans ce processus d'introduction du changement s'étend d'un niveau partiel, à un niveau marginal puis à un niveau inexistant. Aucune organisation sollicitée dans ce processus ne présente un niveau complet d'adoption de l'innovation proposée. Par conséquent, l'une des premières étapes de ce processus d'introduction du changement dans le système d'informations sanitaires d'Haïti, à savoir l'adoption des différentes composantes du SSE par différentes organisations s'est trouvée confrontée à différents obstacles. Parmi ces obstacles, on peut citer le fait que les différentes organisations sollicitées dans ce processus d'adoption constituent elles-mêmes par définition de véritables systèmes d'action sociale ayant leurs propres caractéristiques ainsi que des dynamiques d'interaction qui leur sont propres. Il s'agit des caractéristiques d'adaptation à l'environnement et donc d'acquisition des ressources, les finalités poursuivies, les moyens ou configurations pour la production de biens et services, ainsi que l'ensemble de valeurs et idéologies qui guident leur action. Ces systèmes d'action sociale sont reliés, à d'autres niveaux, à des systèmes d'action sociale plus larges et plus complexes qui sont généralement situés à l'extérieur du système de santé d'Haïti. Et, ce sont ces systèmes d'action sociale situés à l'extérieur du système de santé d'Haïti qui définissent et orientent les caractéristiques et attributs de fonctionnement des systèmes d'action sociale qui interviennent directement dans le système de santé d'Haïti. À titre illustratif, l'on peut mentionner le cas des représentations nationales du Fonds Mondial, du PEPFAR ou encore de l'OMS dans les systèmes de santé d'Haïti. Ces représentations nationales constituent en fait des appendices ou des composantes de systèmes d'action sociale qui sont plus larges et plus complexes que sont dans ces exemples le bureau

central du Fonds Mondial en Suisse, le département d'état et le Center of Disease Control, ou encore le bureau Amérique de l'OMS qui est lui aussi un appendice du bureau central de l'OMS. En fournissant l'essentiel des ressources nécessaires à leur fonctionnement et guidant aussi l'orientation des actions qu'ils initient et mettent en œuvre en Haïti, la plupart des systèmes d'action sociale sollicités dans le processus d'adoption du SSE dépendent donc fondamentalement des systèmes d'action sociale plus larges et plus complexes situés à l'extérieur du système de santé d'Haïti.

Ainsi, avec la présence dans ce processus de changement d'agrégats de plusieurs systèmes d'action sociale avec des propriétés, des caractéristiques et des ancrages idéologiques qui sont différents les uns des autres et qui puisent leurs attributs à l'extérieur des « frontières » du système de santé d'Haïti, on peut difficilement s'attendre à ce que le projet de surveillance épidémiologique proposé par le ministère de la santé d'Haïti présente des niveaux élevés d'adoption. En fait, une analyse plus fine des caractéristiques fonctionnelles des 12 systèmes d'action sociale sollicités dans le projet d'adoption du SSE permet de construire une architecture des relations organisationnelles observées. Par exemple les systèmes d'action sociale associés aux organisations comme ICC (International Child Care), MSH (Management Science for Health) ou encore Measure Evaluation sont des entités qui initient et mettent en œuvre de façon relativement autonome et indépendante des actions au sein du système de santé d'Haïti. Cependant, l'identification de certains éléments fonctionnels de ces systèmes d'action sociale a permis de démontrer qu'ils sont fortement associés au système d'action sociale associé au programme américain d'aide au développement international (USAID). En effet, c'est l'USAID qui leur fournit le financement nécessaire à leur fonctionnement ainsi que l'expertise technique dont elles ont besoin pour le

traitement et l'analyse de l'information sanitaire. Les informations sanitaires qu'elles utilisent proviennent également d'autres systèmes d'action sociale associés à des organisations situées à un échelon inférieur et qui sont également appuyés financièrement et techniquement par l'USAID.

Suivant la même logique, les autres systèmes d'action sociale sollicités dans le processus relèvent aussi d'une part du programme canadien d'aide au développement international, c'est le cas du projet PALIH et d'autre part d'un partenariat mis en place entre le ministère de la santé d'Haïti, l'USAID et le CDC pour le cas de Plan/Haïti.

Ce faisant, l'essentiel des systèmes d'action sociale sollicités dans le projet d'introduction du SSE sont liées à un niveau de complexité plus élevé à l'une des entités supraorganisationnelles que sont l'USAID, l'ACDI, l'OMS ou encore le MSPP d'Haïti. Or ces entités supraorganisationnelles qui disposent de ressources et de capacités d'action qui sont inégales, interviennent de façon parallèle et non nécessairement concertée dans le système de santé d'Haïti. Les idéologies et les valeurs véhiculées par chacune de ces supraentités sont également différentes les unes des autres. Il en est aussi de même de leurs agendas d'action respectifs, ainsi que de leur compréhension des différents arrangements organisationnels (structures de financement et de suivi, RH requises) à initier et à mettre en œuvre pour le fonctionnement d'un projet de santé. Par conséquent, un projet initié par le MSPP avec l'appui financier et technique de la BID qui est un autre acteur organisationnel impliqué dans le fonctionnement des systèmes de santé de certains pays en développement ne pouvait rencontrer que très difficilement les exigences et priorités des trois entités supraorganisationnelles sollicités dans le processus d'introduction du SSE en Haïti.

Toutefois, au-delà de cette explication sur l'origine des niveaux d'adoption objectivés dans cette étude, on peut considérer que le niveau d'adoption partielle du SSE noté au sein de certains systèmes d'action sociale sollicités dans ce processus peut conduire à une ébauche de changement. En effet, avec la réconception de l'introduction du changement comme un système d'action sociale émergent et complexe dont les caractéristiques fonctionnelles sont issues de la mise en commun des caractéristiques individuelles de tous les systèmes d'action sociale qui interviennent dans son émergence, l'adoption partielle de la vision stratégique ou encore du bien-fondé du SSE peut déjà avoir une certaine influence sur l'orientation des buts poursuivis par ces systèmes d'action sociale organisationnels. La finalité du SSE étant de fournir des informations valides et fiables pour la prise de décision, son adoption partielle par certains systèmes d'action sociale peut par exemple conduire ces derniers à s'approprier la vision stratégique du SSE et à redéfinir leurs buts et leurs priorités en fonction de ces nouvelles informations sanitaires obtenues à travers l'adoption partielle du SSE. L'adoption partielle du SSE peut également conduire à la transformation des certaines procédures de production des informations sanitaires par ces organisations, ainsi que les valeurs qui sous-tendent l'utilisation de ces informations sanitaires. Cependant pour que ces transformations secondaires à l'adoption partielle du SSE soient plus concluantes, il serait toutefois nécessaire et approprié de tenir compte de la complexité de la configuration organisationnelle dans la quelle évoluent actuellement les systèmes de santé des pays en développement en général et celui d'Haïti en particuliers. Le corolaire de cette compréhension étant de créer ou de renforcer les interrelations entre les différentes entités supraorganisationnelles qui interviennent en leur sein.

Validité de l'étude de cas

Au terme de la présentation des résultats de cette étude de cas, nous allons discuter dans cette dernière section de l'article des aspects qui portent sur la validité de l'instrument d'analyse et de mesure de l'adoption élaboré et utilisé tout au long de cette étude. La validité d'un instrument se définit comme étant sa capacité à mesurer un phénomène à l'étude, autrement dit, l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Plusieurs critères sont utilisés en sciences sociales et dans les sciences de la santé pour apprécier la validité des instruments de mesure. Parmi ces critères, les plus utilisés sont la validité apparente, la validité de contenu, la validité de critère et la validité de construit (Seale 1999; Contandriopoulos, Champagne et al. 2005; Fermanian 2005).

La validité apparente réfère aux aspects visibles et attractifs du questionnaire dont on cherche à apprécier la validité. Même si certains auteurs intègrent parfois la validité apparente dans la validité de contenu (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005), nous faisons le choix de les distinguer. Car, nous estimons que chaque type de validité permet d'apporter un éclairage supplémentaire dans l'appréciation de la qualité de l'instrument de mesure.

Ceci étant, la validité apparente permet de porter un jugement sur les aspects apparents de l'instrument de mesure, soit sa longueur, le libellé des items ou encore les modalités de réponse proposées.

Contrairement à ce premier critère de validité qui apprécie les aspects apparents de l'instrument de mesure, la validité de contenu constitue un exercice d'analyse et

d'appréciation plus poussé. Il consiste à émettre un jugement permettant de s'assurer que tous les aspects du concept ou du phénomène étudié sont bien pris en considération par l'instrument de mesure. Plus précisément, il est admis que lorsque les items d'un instrument de mesure sont d'une part pertinents et, d'autre part, couvrent l'ensemble des aspects ou dimensions du phénomène étudié, on peut alors considérer que le questionnaire a une bonne validité de contenu. Ce faisant, la pertinence et la représentativité des items de l'instrument sont les deux éléments qui permettent de s'assurer de sa validité de contenu.

La validité de critère, troisième type ou critère de validité permet d'apprécier la corrélation entre les résultats de l'instrument de mesure avec un critère extérieur considéré comme outil de référence ou « gold standard » (Fermanian 2005). En pratique, la validité de critère comprend la validité concomitante qui est appréciée lorsque l'instrument de mesure étudié et le critère de référence choisi sont utilisés en même temps et la validité prédictive qui est utilisée lorsqu'une certaine période de temps s'écoule entre l'administration de l'instrument de mesure et du critère de référence.

Le quatrième type de validité, la validité de construit porte sur l'argumentaire qui permet de soutenir les liens établis entre les différentes composantes du concept ou du phénomène étudié par le questionnaire avec les variables mobilisées pour son opérationnalisation ou sa mesure (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Cette validité peut être appréciée soit en mettant à l'épreuve des faits empiriques, un certain nombre d'hypothèses portant sur les résultats attendus suite à l'utilisation de l'instrument de mesure ou encore en comparant les résultats obtenus par le

questionnaire de mesure à valider avec un autre questionnaire qui mesure le même construit.

L'application de ces quatre critères de validité au questionnaire utilisé dans cette étude nous amène à formuler les constats suivants.

Pour la validité apparente, l'instrument de mesure élaboré pour l'analyse de l'adoption du SSE comporte 26 questions ouvertes. La formulation des questions tient aussi bien compte du contexte que du cadre organisationnel au sein desquels les différentes personnes soumises au questionnaire exercent leur travail. Également, la formulation de certaines questions utilise des stratégies reconnues pertinentes dans le domaine des sciences sociales et des sciences de la santé. Par exemple, pour connaître l'importance que les différentes personnes rencontrées accordaient à la surveillance épidémiologique, une des questions de l'instrument de mesure a été formulée en termes de « Willingness to pay » (question 7). Autrement dit, on leur demandait d'accorder une certaine valeur monétaire à différents enjeux de fonctionnement du système de santé d'Haïti parmi lesquels on incluait la surveillance épidémiologique. Une échelle de Likert cotée de 1 à 4 a également été utilisée pour apprécier jusqu'à quel point les personnes rencontrées estimaient qu'il était utile et nécessaire d'associer d'autres organisations dans le développement du SSE.

Concernant la validité de contenu, toutes les questions de l'instrument de mesure sont associées aux différentes composantes de l'adoption identifiées dans le cadre théorique de cette étude. Les questions 1-8 permettent d'apprécier la composante stratégique de l'adoption. Les questions 9-12 sont liées à la composante logique de l'adoption, tandis que les questions 13 à 26 permettent d'apprécier la composante normative de

l'adoption. L'identification de ces composantes s'est appuyée sur une démarche préalable de clarification du concept d'adoption à travers la réalisation d'une revue critique de la littérature en théorie des organisations. Par ailleurs, si les deux premières composantes de l'adoption (stratégique et logique) permettent d'apprécier les enjeux qui sont d'ordre plus rationnel de l'adoption, la troisième composante (normative), qui questionne l'intensité de l'intension de participation des acteurs, permet de soulever des enjeux qui sont de nature plus politique et qui peuvent survenir lors de l'introduction de toute nouvelle innovation dans un cadre interorganisationnel donné. Ces trois dimensions couvrent donc de façon exhaustive les différentes facettes que peut présenter le concept d'adoption des innovations.

La validité de critère (3^{ème} type de validité) a été appréciée en portant un jugement sur la validité prédictive de notre instrument de mesure de l'adoption. En effet, avec le recul dont on dispose aujourd'hui sur l'issue du projet de système de surveillance épidémiologique en Haïti (3 ans après son initiation), on peut considérer que la non poursuite et la non implantation du projet s'alignent logiquement avec les niveaux faibles et limités d'adoption du SSE par les différentes organisations rapportés dans cette étude.

Enfin, nous n'avons pas été en mesure d'apprécier la validité de construit de notre instrument de mesure. Pour cela, il aurait fallu élaborer et tester empiriquement de nouvelles hypothèses sur les résultats attendus de l'adoption du SSE ou encore comparer les résultats d'adoption obtenus à travers notre questionnaire à ceux obtenus par d'autres questionnaires. Dans le premier cas, le cadre dans lequel cette étude a été effectuée (recherche doctorale) nous limite quant aux possibilités dont on dispose pour

initier de nouvelles recherches et tester ainsi d'autres hypothèses de recherche liées aux résultats attendus de l'adoption. Mais qu'à cela ne tienne, cela pourrait être fait dans le cadre de projets de recherche ultérieures. Tandis que pour le deuxième cas, la revue de la littérature effectuée dans cette étude a permis de constater que la littérature traite très peu et, souvent de façon superficielle, l'étape d'adoption des innovations dans le processus d'introduction du changement organisationnel. Et de ce fait, nous n'avons pas trouvé d'autres grilles d'analyse et de mesure de l'adoption des innovations qui auraient pu permettre d'avoir d'autres résultats sur le processus d'adoption du SSE et les comparer avec ceux que nous avons obtenus avec notre instrument de mesure.

CONCLUSION

Dans cette étude à la fois théorique et empirique, nous avons cherché à approfondir la compréhension du concept d'adoption à la lumière des données de la revue de la littérature en théorie des organisations. Initialement considérée comme étant une étape fixe ayant une issue dichotomique dans l'étape de prise de décision du processus d'introduction du changement, nous avons adjoints à l'adoption, des éléments théoriques supplémentaires qui permettent de le considérer comme un processus dynamique qui peut se poursuivre et se façonner tout au long du processus d'introduction du changement. En utilisant des éléments issus de la théorie de l'action sociale de Parsons et du domaine de l'évaluation des interventions, nous avons également développé un outil qui permet d'opérationnaliser la mesure de cette nouvelle compréhension de l'adoption. Cet outil tient compte d'une perspective rationnelle dans ces deux premières composantes (stratégique et tactique) et d'une perspective politique à travers la composante normative dont la finalité est d'apprécier l'intention de participation des différents acteurs organisationnels impliqués dans le processus.

La mise en évidence de niveaux variables mais faibles d'adoption au cours du projet d'introduction d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti a permis de démontrer l'applicabilité empirique de cette réconception de l'adoption. Également, ces faibles niveaux d'adoption démontrent la nécessité de prendre en considération la complexité organisationnelle dans laquelle évolue actuellement le système de santé d'Haïti ainsi que la pertinence de créer ou de renforcer les interrelations qui existent entre les différentes entités organisationnelles qui y interviennent.

Toutefois, compte tenu de la non-poursuite du projet d'introduction du système de surveillance épidémiologique en Haïti, nous n'avons pas eu la possibilité d'effectuer des mesures supplémentaires afin de suivre et de documenter l'évolution du processus d'adoption auprès des acteurs organisationnels sollicités. Par conséquent, nous estimons qu'il serait approprié d'enrichir cette première analyse transversale en initiant des recherches supplémentaires à d'autres périodes pour documenter cette évolution.

Enfin, même si l'outil développé dans cette étude est plausible car d'une part, il permet d'aller au-delà de tout ce qui était antérieurement proposé dans la littérature pour analyser et mesurer le concept d'adoption des innovations et, d'autre part, il s'appuie sur un cadre théorique dont la portée et le potentiel ontologique ont été rapportés dans plusieurs études, nous estimons qu'il serait également approprié d'entreprendre d'autres recherches afin d'accroître sa validité de construit.

Références bibliographiques

- Alberny, M.-F., F. Champagne, et al. (2007). Plan de renforcement et de mise en oeuvre pour le système de surveillance épidémiologique en Haiti. Montréal, Unité de santé internationale (USI).
- Alexander, J. (1983). "The modern reconstruction of modern of classical thought: Talcott Parsons." Theoretical logic in sociology **4**(Chapter 2): 8-45.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude Numéro 39**: 1-37.
- Champagne, F., S. Boivin, et al. (2006). Termes de références. Montréal, Unité de santé internationale (USI): 1-4.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). L'analyse logique. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'université de Montréal.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). L'analyse stratégique. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, et al. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, et al. (2005). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Montréal, G. Morin.
- Coombs, J. A., J. B. Silversin, et al. (1981). "The transfer of preventive health technologies to schools: a focus on implementation." Social Science & Medicine - Part A, Medical Sociology **15**(6): 789-799.
- Damanpour, F. (1991). "Organizational Innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators." Academy of Management Journal **34**(3): 555-590.
- de Jong, A., K. de Ruyter, et al. (2003). "The adoption of information technology by self-managing service teams." Journal of service research **6**(2): 162-179.
- Dearing, J. W., E. M. Rogers, et al. (1996). "Social marketing and diffusion-based strategies for communicating with unique populations: HIV prevention in San Francisco." Journal of Health Communication **1**(4): 343-363.
- Fermanian, J. (2005). "Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation: comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques." Annales de réadaptation et de médecine physique **48**: 281-287.
- Hage, J. and M. Aiken (1970). Social change in complex organizations New York, Random House.
- Kessler, E. H. and A. K. Chakrabarti (1996). "Innovation speed: a conceptual model of context, antecedents, and outcomes." Academy of Management Review **21**(4): 1143-1191.
- Klein, K. and J. Sorra (1996). "The challenge of innovation implementation." Academy of Management Review **21**(4): 1055-1080.
- Klonglan, G. and W. Coward (1970). "The concept of symbolic adoption: a suggested interpretation." Rural sociology **35**(March): 77-83.
- Kwon, T. H. and R. W. Zmud (1987). Unifying the fragmented models of information systems implementation. Critical issues in information systems research. R. J. Boland and R. A. Hirschheim. New York, John Wiley.

- Larousse (Firme) (2007). Le petit Larousse illustré en couleurs. Paris, Larousse.
- Leonard-Barton, D. (1988). "Implementation as a mutual adaptation of technology and organization." Research policy **17**(5): 251-267.
- Lewis, L. and D. Seibold (1993). "Innovation modification during intraorganizational adoption." Academy of Management Review **18**(2): 322-354.
- Lindquist, K. and J. Mauriel (1989). Depth and breadth in innovation implementation: the case of school-based management. Research on the management of innovation. A. Van de Ven, H. L. Angle and M. S. Poole. New York, Harper and Row: 561-582.
- Mahler, A. and E. M. Rogers (1999). "The diffusion of interactive communication innovations and the critical mass: the adoption of telecommunications services by German Banks." Telecommunications policy **23**(10-11): 719-740.
- Marcus, A. and M. Weber (1989). Externally-induced innovation. Research on the management of innovation: the minnesota studies. A. Van de Ven, H. L. Angle and M. S. Poole. New York, Harper and Row: 537-559.
- Marino, K. E. (1982). "Structural correlations of affirmative action compliance." Journal of management **8**: 75-93.
- Mohr, L. B. (1982). Explaining organizational behavior: The limits and possibilities of theory and research. San Francisco, Jossey-Bass.
- Morse, J. M. (1995). "Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis." Advances in nursing science **17**(3): 31-46.
- OMS (2001). Stratégie régionale pour les maladies transmissibles 1999-2003: surveillance intégrée de la maladie en Afrique. Genève, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS / OPS (2001). Situation sanitaire en Haiti Port-au-Prince: 1-91.
- Pelz, D. C. (1985). "Innovation complexity and the sequence of innovating stages." Science communication **6**(3): 261-291.
- Robert, P. (2006). "Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2007 60 000 mots, 300 000 sens." Nouvelle éd. 3.0.
- Robertson, T. (1971). Innovative behavior and communication. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Rocher, G. (1969). Introduction à la sociologie générale. Ville LaSalle, Québec, HMH.
- Rocher, G. (1972). Talcott Parsons et la sociologie américaine Paris, Presses Universitaires de France.
- Rogers, E. M. (1962). Diffusion of innovations. New York, Free Press of Glencoe.
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations. New York ; Toronto, Free Press.
- Rogers, E. M. and W. H. Feigh (1960). "How veterinarians look at their changing profession." Journal of the American Veterinary Medical Association **136**: 600-602.
- Rogers, E. M. and F. Shoemaker (1971). Communication of innovation: a cross-cultural approach. New York, The free press.
- Rogers, E. M. and D. S. Solomon (1975). "Traditional midwives and family planning in Asia." Studies in Family Planning **6**(5): 126-133.
- Seale, C. (1999). The quality of qualitative research. London ; Thousand Oaks, Calif., SAGE.
- Shepard, H. (1967). "Innovation-Resisting and innovation producing organizations." Journal of business **40**(4): 470-477.

- Sicotte, C., F. Champagne, et al. (1998). "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance." Health Services Management Research **11**(1): 24-41; discussion 41-28.
- Sicotte, C., L. Farand, et al. (2005). Analyse de la conception logique d'un dossier patient partageable. Montréal, GRIS, Université de Montréal.
- Sicotte, C., M.-P. Moreault, et al. (2004). Réseaux en convergence: télécommunications des données cliniques et réseaux intégrés de soins. Montréal, GRIS, Université de Montréal.
- Singhal, A., J. K. Doshi, et al. (1988). "The diffusion of television in India." Media Asia **15**(4): 222-229.
- Teutsch, S. M. and S. B. Thacker (1995). "Planning a public health surveillance system." Epidemiol Bull **16**(1): 1-6.
- Thompson, S. H. T., S. L. Ghee, et al. (2007). "The adoption and diffusion of human resources information systems in Singapore." Asia Pacific Journal of Human Resources **45**(1): 44-62.
- Tushman, M. L. and R. R. Nelson (1990). "Introduction: technology, organizations, and innovation." Administrative science quarterly **35**(1): 1-8.
- Van de Ven, A. and E. M. Rogers (1988). "Innovations and organizations: critical perspectives " Communication Research **15**(5): 632-651.
- Van de Ven, A. H., H. L. Angle, et al. (1989). Research on the management of innovation : the Minnesota studies. New York Grand Rapids, Harper & Row ; Ballinger Division.
- Vaughan, P. W., E. M. Rogers, et al. (2000). "Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania." Journal of Health Communication **5 Suppl**: 81-100.
- Wilson, J. (1966). Innovation in organization: notes toward a theory. Pittsburgh, University of Pittsburgh presse
- Yin, R. K. (2003). Applications of case study research. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Zaltman, G. and G. Brooker (1971). A new look at the adoption process, Northwestern University.
- Zaltman, G., R. Duncan, et al. (1973). Innovations and organizations. N.Y., Toronto,, Wiley.
- Zmud, R. W. (1982). "Diffusion of modern software practices: influence of centralization and formalization " Management Science **28**(1421-1431).

**ARTICLE 2: ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'ÉMERGENCE
D'UN PHÉNOMÈNE DE COLLABORATION
INTERORGANISATIONNELLE : LE CAS D'INTRODUCTION D'UN
SYSTÈME D'INFORMATIONS SANITAIRES EN HAÏTI**

Analyse des déterminants de l'émergence d'un phénomène de collaboration interorganisationnelle : le cas d'introduction d'un système d'informations sanitaires en Haïti

INTRODUCTION

En Haïti, comme dans la plupart des pays en développement, les politiques de santé évoluent dans des contextes souvent difficiles dans lesquels coexistent de nombreuses organisations internationales qui interviennent à divers degrés du système de santé. Partenaires techniques et/ou financiers, ces organisations internationales entretiennent des liens de collaboration plus ou moins étroits avec les systèmes de santé d'accueil (Fournier, Haddad et al. 2001). En effet, selon le contexte sociopolitique et le niveau de développement sanitaire des pays d'accueil, ces organisations internationales peuvent être amenées à intervenir de façon plus ou moins cohérente avec les structures sanitaires nationales. Dans les pays qui éprouvent des difficultés dans le domaine sanitaire en raison de leur niveau de développement ou en raison d'une situation sociopolitique spécifique, les activités de coopération des organisations internationales s'inscrivent davantage dans une perspective de substitution. Alors que d'autres états plus « forts » tentent généralement d'utiliser ces organisations internationales pour appuyer et confronter leur modèle de politique de santé ou pour promouvoir leur vision politique et idéologique (ENA 2003).

Bien que nombreuses et diversifiées, les organisations internationales peuvent être classées et répertoriées selon leur caractère (général ou spécifique), leur niveau d'action (international, national ou local), ou leur cible d'action (Gentillini and Duflo 1993; Baliq 2000; Gobbers 2004). En combinant ces critères de classification, trois grands ensembles d'organisations internationales intervenant dans les pays en développement peuvent être définis. Il s'agit des organismes internationaux, des agences de coopération nées des politiques bilatérales, et des associations humanitaires.

Les organismes internationaux regroupent à la fois des organismes qui sont généralistes et d'autres, spécialistes (Gobbers 2004). Les généralistes sont les grandes institutions financières (Banque Mondiale, FMI, Banque Interaméricaine de développement, Banque Africaine de développement) dont le champ d'action ne se limite pas exclusivement sur les problématiques liées à l'amélioration de la santé des populations. Elles interviennent aussi sur les autres enjeux de développement tels l'économie, l'agriculture, l'élevage et l'urbanisation. Les organismes dits spécialistes ont quant à eux une vocation essentiellement axée sur la santé des populations. Il s'agit des organismes qui travaillent sous l'égide de l'ONU (OMS, UNICEF, FNUAP), des organismes dédiés à une pathologie bien spécifique (le programme de lutte contre la lèpre, l'ONUSIDA, l'union internationale de lutte contre la tuberculose) et les fondations de solidarité (les fondations Clinton et Gates, le Fonds Mondial de Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le Sida).

Le deuxième ensemble d'organisations internationales comprend les agences de développement issues des politiques de coopération bilatérale, lesquelles,

interviennent aussi bien dans le champ de la santé que dans les autres domaines du développement (Gentilini and Duflo 1993). Ces politiques de coopération bilatérale se font soit entre un pays développé ayant un passé colonial ou non et un pays en développement; soit entre deux pays en développement (Gobbers 2004). Dans le premier cas de figure, on peut mentionner le cas de la politique de coopération de la France ou de la Grande-Bretagne avec leurs anciennes colonies d’Afrique ou d’Asie, ou encore le cas des agences canadiennes ou américaines qui travaillent dans certains pays en développement. Dans le deuxième cas de figure, on peut citer les relations de coopération bilatérale établies entre certains pays en développement disposant d’une expertise reconnue dans un des domaines de la santé (Cuba, Brésil, Inde, Afrique du Sud) et qui exportent cette expertise vers d’autres pays en développement moins avancés.

Le troisième ensemble, les associations humanitaires, comptent un nombre considérable d’organisations privées, généralement appelées Organisations Non Gouvernementales (ONG) (Gentilini and Duflo 1993; ENA 2003). Elles peuvent être soit de grande dimension et appelées à demeurer dans le pays d’accueil bien au-delà du projet pour lequel, elles étaient sollicitées au départ, ou soit créées uniquement pour soutenir un projet d’action ponctuel (Gentilini and Duflo 1993). Les ONG regroupent à la fois des organisations professionnalisées ayant à leur actif plusieurs années d’expérience de terrain (Comité international de la Croix Rouge, Médecins Sans Frontières, Médecins Du Monde, CARE, OXFAM) et des organisations caritatives. Ces dernières, souvent d’inspiration religieuse et majoritairement chrétienne s’intéressent particulièrement aux populations fragiles et marginalisées (Gobbers 2004).

En partant de cette typologie qui met en relief l'importance des organisations internationales, l'établissement de relations de collaboration d'une part entre ces différentes organisations internationales et, d'autre part, entre ces organisations internationales et les structures nationales de santé des pays d'intervention, constitue un enjeu majeur pour le fonctionnement optimal des systèmes de santé des pays en développement. De ce fait, l'objectif de cet article qui s'appuie sur un projet de réorganisation du système d'informations sanitaires en Haïti consiste à analyser les différents déterminants de la collaboration entre les principales organisations qui interviennent dans le système de santé haïtien en général et, plus spécifiquement, dans le système d'informations sanitaires.

Pour atteindre cet objectif, nous effectuerons une analyse de concept (Wilson 1963; Morse 1995; Morse, Mitcham et al. 1996; Rodgers 2000; Formarier 2009). Cette stratégie de recherche repose sur la réalisation d'une revue critique de la littérature sur un concept d'intérêt donné, la mobilisation de nouvelles approches théoriques ayant un potentiel d'intégration conceptuelle élevé afin de mieux cerner ce concept ainsi que la réalisation d'une étude de cas pour une mise à l'épreuve empirique du concept analysé (Morse 1995).

Ainsi dans la suite de cet article, nous présenterons un état des connaissances sur le concept de la collaboration interorganisationnelle et des ses déterminants. En présentant cet état des connaissances, nous mettrons un accent particulier sur les différentes approches de collaboration récemment initiées dans les systèmes de santé des pays en développement et rapportées dans la littérature en santé internationale. Nous ferons également un parallèle entre ces différents mécanismes de collaboration

retrouvés dans la littérature avec ceux qui existaient en Haïti lors de notre séjour de recherche. Puis en nous appuyant sur un cadre conceptuel inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons, nous présenterons la méthodologie et les principaux résultats de l'étude de cas que nous avons réalisés pour la mise à l'épreuve empirique du concept analysé.

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE ET SES DÉTERMINANTS

La collaboration interorganisationnelle dans la littérature en théorie des organisations

La collaboration interorganisationnelle est définie comme étant la mise en commun de différents types de ressources par deux ou plusieurs organisations afin de résoudre un ensemble de problèmes qu'aucune de ces organisations prises de façon individuelle ne pourrait résoudre (Traduction libre) (Gray 1985). S'étant initialement intéressé aux mécanismes d'échange entre deux organisations, la collaboration interorganisationnelle s'est par la suite invitée dans la compréhension de processus plus large de mise en place de réseaux structuro-fonctionnels qui impliquent plusieurs organisations à travers des mécanismes aussi bien formels qu'informels (Rodriguez, Langley et al. 2007). Selon cette vision, la collaboration interorganisationnelle se construirait de façon délibérée dans une situation d'interdépendance entre plusieurs acteurs organisationnels. De plus, elle peut prendre plusieurs formes, et être réalisée selon une intensité variable, dépendamment du contexte. Ce faisant, la collaboration interorganisationnelle peut-être soit limitée, modérée ou encore large (Oliver 1990; Alter and Hage 1993; Contandriopoulos, Denis et al. 2002; D'amour, Goulet et al. 2003).

L'atteinte d'un large niveau de collaboration et de coopération entre différentes organisations est par ailleurs déterminée par un certain nombre de facteurs parmi lesquels sont fréquemment cités les bénéfices attendus de l'interaction envisagée, l'institutionnalisation des normes dans un secteur d'activités donné, la nécessité de collaborer, la concordance des valeurs, la complexité des arrangements organisationnels vis-à-vis de l'environnement, l'asymétrie sur le contrôle du pouvoir décisionnel ou encore la recherche d'une plus grande efficacité et d'une plus grande

légitimité (Galaskiewics 1985; Gray 1985; Oliver 1990; Alter and Hage 1993; Hatch 2000; Contandriopoulos, Denis et al. 2002; Forgues, Fréchet et al. 2006; Rouleau 2007). Outre ces facteurs qui influencent aussi bien la mise en place de la collaboration interorganisationnelle que son renforcement ou encore sa consolidation (Denis, Champagne et al. 1990), deux autres théories proposent également un certain nombre de facteurs qui prédisposent à l'établissement de mécanismes formels ou informels de collaboration entre une ou plusieurs organisations (Guo and Acar 2005). Il s'agit de la théorie s'appuyant sur la rareté des ressources et la théorie des coûts de transaction de Williamson. La théorie de la rareté des ressources soutient que la décision de mettre en place des mécanismes de collaboration entre plusieurs organisations dépend du besoin en ressources environnementales que ces différentes organisations perçoivent. Ces ressources peuvent être du capital, du savoir ou encore de l'expertise des ressources humaines (Pfeffer and Salancik 1978). La théorie de l'opportunisme économique des coûts de transaction stipule quant à elle, que la mise en place de n'importe quelle forme de collaboration interorganisationnelle est fondée sur les économies que l'on est à même de réaliser sur les coûts de la transaction négociés entre les différentes parties concernées. Cette négociation doit tenir compte de trois caractéristiques principales : la spécificité des actifs, l'incertitude associée à la transaction et la fréquence relative de la transaction (Williamson 1987; Williamson 1991; Rouleau 2007).

Il apparaît donc que chacune de ces deux théories apporte un éclairage supplémentaire sur des éléments qui peuvent également déterminer la mise en place d'un processus de collaboration interorganisationnelle.

La collaboration interorganisationnelle dans la littérature en santé internationale et dans le système de santé haïtien

Dans le domaine spécifique de la santé internationale, plusieurs mécanismes devant favoriser la collaboration entre d'une part les ministères de la santé des pays récipiendaires de l'aide internationale et les organisations internationales chargées de véhiculer cette aide et, d'autre part, entre ces différentes organisations internationales ont été mis en évidence dans la littérature. Au nombre de ces mécanismes, l'on fait mention des unités spéciales mises en place par les ministères de la santé afin de coordonner les activités des partenaires internationaux, les tables de concertation ainsi que les regroupements de donateurs ou encore le « zoning » géographique (Walt, Pavignani et al. 1999). Avec des résultats mitigés et variables, l'application de ces différents mécanismes a été rapportée aussi bien dans certains pays d'Afrique Subsaharienne que dans d'autres pays asiatiques.

Les unités spéciales

Dans la plupart des structures gouvernementales des pays en développement, il existe une direction ou une unité spéciale, dépendamment de l'importance accordée à cette structure, à travers laquelle sont coordonnées les différentes activités et ressources véhiculées par le biais de la coopération internationale dans le domaine spécifique de la santé. Cette structure peut être sous la tutelle du ministère de la santé, ou sous la tutelle d'un autre ministère comme celui de l'économie ou encore celui de la coopération internationale. Toutefois, quelle que soit son affiliation ministérielle, cette structure de collaboration reste généralement très peu dotée en ressources (Walt, Pavignani et al. 1999). De plus, cette structure serait contournée par les autres

structures administratives du ministère de la santé qui sont directement impliquées dans la gestion des grandes problématiques de santé publique d'une part et, d'autre part, par les responsables de ces organisations internationales qui préfèrent avoir à faire directement avec les premiers responsables des ministères (Lanjouw, Macrae et al. 1999).

Dans le cas particulier d'Haïti, un service de coordination et de coopération externe a été mis en place au niveau du ministère de la santé pour assumer ce rôle de coordination des actions des différentes organisations internationales. Reposant sur une seule personne au moment de cette étude en 2007, cette structure n'était encore que très peu fonctionnelle.

Les regroupements de donateurs et les tables de concertation

Contrairement à ce premier type de mécanisme de collaboration, le second type, les regroupements de donateurs ou encore les tables de concertation, est mis en place non pas par les ministères de la santé mais plutôt par les donateurs les plus fortement implantés dans les différents systèmes de santé. Toutefois, selon la littérature, ce type de mécanisme constitue de simples réunions interorganisationnelles formelles qui ne permettent pas d'explorer en profondeur les enjeux qui sont de nature plus technique et qui sont nécessaires à la mise en place d'une collaboration ou d'une coordination interorganisationnelle plus efficace (Walt, Pavignani et al. 1999). De plus, il arrive très rarement que l'ensemble des partenaires sollicités prennent part à ces plateformes interorganisationnelles. Certains considèrent qu'elles ne constituent en réalité qu'un moyen permettant aux acteurs qui les ont initiés d'avoir plus soutien pour leurs

différents projets de la part des autres acteurs intervenant dans le système de santé (Buse and Gwin 1998; Buse 1999).

En Haïti, une série de réunions mensuelles organisées entre les principales agences internationales présentes sur le terrain et le ministère de la santé était initiée au moment où nous avons effectué cette étude. Préparées de façon alternative par les différentes organisations, la faible implication du ministère de la santé et de certaines organisations internationales à ces réunions constituait néanmoins la principale source d'incertitude quant à la continuation de cette démarche.

Le « Zoning » géographique

Finalement, l'autre mécanisme de collaboration répertorié dans cette littérature consiste à donner à une seule organisation ou agence internationale la responsabilité pour assurer le leadership de la coordination dans une zone géographique bien spécifique. Agissant sur une superficie plus ou moins grande, généralement à l'échelle d'un département ou d'une région sanitaire, cette organisation fournirait ainsi les ressources nécessaires au fonctionnement des différentes structures de santé et coordonnerait également les activités des autres organisations présentes dans cette région ou dans cette province (Walt, Pavignani et al. 1999).

La région de l'Artibonite en Haïti constituait un bon exemple de ce type de mécanisme de coordination avec la présence d'un projet de l'agence canadienne de développement international. Mais même si ce mécanisme présente des avantages certains en ce qui a trait à la réalisation de la coordination départementale, il reste que dans le contexte des pays à ressources limitées, la pleine dotation en ressources d'une seule région ou d'une

catégorie de régions peut miner les efforts de coordination initiés au niveau central par le ministère de la santé.

C'est donc dans ce contexte de faible voire d'absence de collaboration interorganisationnelle que nous avons pris part en 2007 à un projet de réorganisation du système d'information sanitaire en Haïti qui s'appuyait sur l'adoption et la mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel à l'échelle nationale. Composante essentielle du système d'information sanitaire, la surveillance épidémiologique constitue en fait une démarche qui vise à collecter, analyser et interpréter de façon systématique et continue les informations relatives à la santé ce, dans le but de planifier, implanter et évaluer les actions de santé publique (Teutsch and Thacker 1995). Ce projet de système de surveillance était censé favoriser la redynamisation du système d'information sanitaire national haïtien dans son ensemble. Toutefois eu égard de la réalité organisationnelle du système d'information sanitaire (SIS) haïtien caractérisée par la présence de nombreux autres systèmes d'information mis en place par des organisations internationales et qui fonctionnent souvent de façon parallèle avec le SIS national, il a paru nécessaire d'obtenir l'implication et la collaboration de ces différents sous-systèmes parallèles pour la réussite de ce projet. De ce fait, un des objectifs implicites du projet consistait à initier voire renforcer la collaboration entre différentes organisations intervenant au niveau du système d'informations sanitaires d'Haïti.

CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Les différents mécanismes retrouvés dans la littérature en santé internationale ayant démontré certaines limites dans la prise en considération de toutes les facettes liées au phénomène de collaboration interorganisationnelle et dans le but de fournir un cadre intégrateur pour expliquer les différents facteurs qui déterminent la collaboration interorganisationnelle, nous mobiliserons dans la présente étude la théorie de l'action sociale de Parsons.

S'appliquant par définition à toute conduite humaine ou organisationnelle (Parsons 1961), la théorie de l'action sociale de Parsons peut être utilisée pour réconceptualiser l'analyse de la collaboration interorganisationnelle et ses déterminants. Cette théorie stipule en effet que le fonctionnement de tout système d'action sociale repose sur l'exercice de quatre fonctions principales (Rocher 1969; Rocher 1972; Alexander 1983; Sicotte, Champagne et al. 1998). Une fonction rationnelle au sein de laquelle, on retrouve les buts formels et informels du système d'action sociale ainsi que les buts des différents acteurs qui interagissent au sein du système d'action. Plus spécifiquement, cette fonction regroupe les différentes activités du système d'action sociale qui sont en lien la recherche d'une plus grande efficacité et efficience, ainsi que d'une plus grande satisfaction. Une fonction d'adaptation à partir de laquelle le système d'action interagit avec son environnement, en acquérant des ressources mais aussi en s'ajustant aux défis et problèmes internes et externes. Une fonction de production au sein de laquelle, différents mécanismes d'intégration et de différenciation sont initiés pour transformer les ressources environnementales en produits ou en bien et services. Finalement, une fonction de stabilité normative qui regroupe d'une part les différents éléments reliés aux normes et valeurs véhiculées au sein du système d'action et, d'autre part, les

différents éléments qui sont en lien avec le climat organisationnel de travail. Ces fonctions entretiennent en outre des relations réciproques et dynamiques entre elles à travers six systèmes d'alignement; la cohérence de cet ensemble étant jugée entre autres sur la qualité de ces relations (Sicotte, Champagne et al. 1998).

Dans ce sens, au lieu de considérer la collaboration interorganisationnelle comme une simple mise en relation de ressources entre deux ou plusieurs organisations, la théorie de l'action sociale de Parsons offre l'assise théorique nécessaire pour la concevoir un système d'action sociale interorganisationnel et émergent. La collaboration interorganisationnelle en tant que système d'action sociale émergent se situerait à un niveau systémique supérieur (national versus organisationnel ou programmatique) et disposerait de ce fait de quatre fonctions constituées d'une part des différents éléments fonctionnels des systèmes d'action qui interviennent dans son émergence et, d'autre part, des caractéristiques émanant de la mise en relation de ses mêmes systèmes d'action sociale qui participent à son émergence. En fait, cette conception systémique et émergente de la collaboration interorganisationnelle permet de lui attribuer une complexité et une richesse bien plus grande que si on ne prenait en considération que ses différentes composantes de façon isolée (Le Moigne, Le Gallou et al. 1992). Étant ainsi antérieurement définie selon une perspective essentiellement rationnelle et fonctionnelle (Gray 1985; Contandriopoulos, Denis et al. 2002), la collaboration interorganisationnelle aurait par contre dans cette logique « parsonienne » un corpus plus riche qui se définirait comme étant l'émergence d'un système d'action sociale.

Par ailleurs, avec la théorie de l'action sociale de Parsons, il est également possible d'intégrer l'essentiel des déterminants de la collaboration interorganisationnelle retrouvé dans la littérature en théorie des organisations. L'intégration de ces déterminants dans le cadre systémique de Parsons pouvant permettre par la suite d'apprécier les possibilités d'émergence de la collaboration interorganisationnelle en fonction de la qualité de l'articulation des fonctions de rationalité, d'adaptation à l'environnement, de production et de stabilité normative des différents systèmes d'action sollicités dans l'émergence de la collaboration interorganisationnelle.

En effet, les déterminants de l'émergence de la collaboration interorganisationnelle en lien avec la concordance des valeurs entre les différents acteurs sollicités, l'institutionnalisation des normes dans un secteur d'activité donné, ainsi que la recherche d'une plus grande légitimité, peuvent être intégrés au niveau de la fonction de stabilité normative du système d'action sociale de Parsons. C'est cette fonction qui renferme en effet tous les éléments qui sont en lien avec l'univers symbolique des règles, normes et valeurs qui guident le fonctionnement du système d'action sociale.

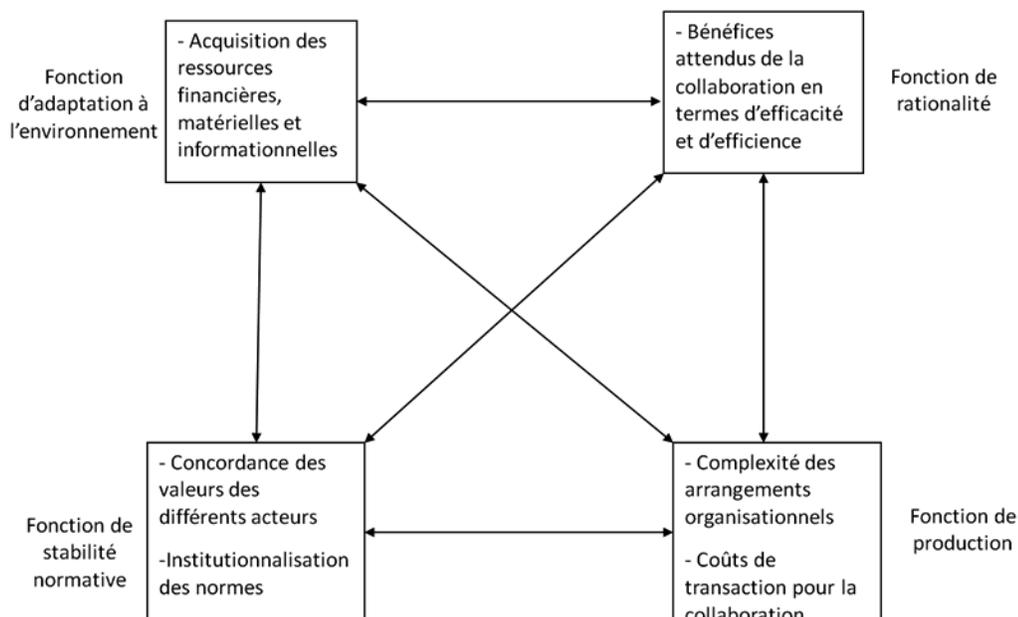
Les déterminants de l'émergence de la collaboration liés aux bénéfices attendus de la collaboration en termes d'efficacité et d'efficience peuvent être associés à la fonction rationalité du système d'action sociale de Parsons où sont définis les buts poursuivis par le système d'action sociale.

La complexité des arrangements organisationnels ainsi que les différents enjeux liés d'une part à l'acquisition des ressources provenant de l'environnement et, d'autre part, au partage des coûts de transaction peuvent se retrouver respectivement au niveau des

fonctions d'adaptation à l'environnement et de production, mais aussi au niveau de l'alignement allocatif liant ces deux fonctions du système d'action sociale de Parsons.

Enfin, les déterminants de l'émergence de la collaboration interorganisationnelle de nature politique peuvent se retrouver de façon diffuse aussi bien au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement, qu'au niveau des fonctions rationnelle et de stabilité normative. L'initiation de mécanismes de collaboration interorganisationnelle étant motivée dans ce dernier cas soit pour disposer d'un plus grand pouvoir dans l'acquisition des ressources physiques, matérielles, financières ou informationnelles (fonction d'adaptation à l'environnement); soit pour avoir un certain ascendant dans la définition des buts et objectifs poursuivis par les différentes entités organisationnelles impliquées dans la démarche de collaboration (fonction de rationalité); soit encore pour avoir un certain ascendant dans la promotion de certaines règles, idées et valeurs véhiculées dans l'ensemble organisationnel qui initie une démarche de collaboration (fonction de stabilité normative).

Figure 9: Déterminants de l'émergence de la collaboration interorganisationnelle avec la théorie du système d'action sociale de Parsons



Ayant ainsi intégré dans les fonctions et alignements du cadre systémique de Parsons les principaux déterminants de la collaboration interorganisationnelle répertoriés dans la littérature en théorie des organisations, il ressort par ailleurs que la collaboration interorganisationnelle conceptualisée en tant que système organisé d'action émergeant peut être déterminée à un autre niveau d'analyse par la convergence des buts et des valeurs de chacun des systèmes d'action, la complémentarité au niveau de leurs systèmes de production et la non-similitude de leurs capacités d'acquisition des ressources de leur fonction d'adaptation à l'environnement. En effet, selon la littérature en théorie des organisations, l'atteinte d'un niveau optimal de collaboration interorganisationnelle est assujettie à la convergence des buts, des normes et des valeurs véhiculées dans les différentes organisations intervenant dans la démarche de

collaboration (Aldrich 1975; Benson 1975; Denis, Champagne et al. 1990; Oliver 1990). Concernant la convergence des normes et des valeurs intériorisées et partagées par les différents acteurs impliqués dans cette démarche, elles constituent le fondement de l'ordre, de l'harmonie dans la structuration de tout système d'action sociale (Bourricaud 1955; Rocher 1972; Camic 1989). La complémentarité et la convergence des activités liées au système de production constituent également un autre déterminant favorisant la mise en place et la pérennisation de la collaboration interorganisationnelle (Galaskiewics and Rauschenbach 1988; Larson 1992; Guo and Acar 2005). Toutefois, une plus grande similitude des différents éléments associés à la fonction d'adaptation à l'environnement notamment l'existence de sources d'informations et de financement communes ou le chevauchement dans la couverture géographique et populationnelle peuvent être à l'origine de phénomènes de concurrence, de compétition et de redondance menaçante entre les différentes organisations qui envisagent d'entrer en collaboration (Salamon 1999; Arya and Lin 2007).

Avec cette assise conceptuelle d'analyse de la collaboration interorganisationnelle en tant que système d'action sociale émergent et de ses déterminants, nous avons cherché à analyser dans une étude qui porte sur le renforcement du système d'informations sanitaires en Haïti, les différents éléments qui déterminent l'émergence d'une plus grande collaboration entre les différents systèmes d'action sociale organisationnels sollicités dans ce processus.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude de cas (l'introduction du système d'informations sanitaires haïtien) que nous avons analysée à un niveau organisationnel et à un niveau systémique. Nous avons appliqué la théorie de l'action sociale de Parsons aux différentes organisations internationales qui disposent de systèmes d'information sanitaire fonctionnels en Haïti ainsi qu'à certaines structures du Ministère de la santé afin de caractériser leurs processus d'acquisition, de traitement, d'utilisation et d'échange de l'information sanitaire et de les situer par rapport aux autres aspects de leurs fonctions et alignements. Avec cette conception, tous ces systèmes d'information ont été considérés non pas comme de simples systèmes d'information (au sens technique du terme) mais plutôt comme de véritables systèmes d'action sociale avec des fonctions de rationalité (buts), d'acquisition des ressources (information, expertise, financement, etc.), de maintien des valeurs (et du pouvoir) et de production (le traitement de l'information proprement dit). La détermination des différents éléments de chacune de ses fonctions s'appuie par ailleurs sur les différentes notions identifiées par Sicotte et al. (1998) dans leur publication portant sur l'opérationnalisation de la théorie de Parsons pour l'analyse de la performance organisationnelle.

Ainsi, l'application de ce cadre dans cette étude montre que la fonction de production de ces systèmes d'action fait référence aux processus de production et de traitement de l'information sanitaire réalisés par ces différentes organisations. Pour retrouver les éléments de cette fonction, nous avons investigué pour chaque système : la nature et le volume de l'information sanitaire traitée, la façon dont elle est traitée, ainsi que la qualité des informations traitées. Ces informations sanitaires sont produites pour atteindre les buts spécifiques de ces organisations. Pouvant être uniques ou multiples,

bien définies ou floues et variables d'une organisation à une autre, les informations sanitaires produites servent à suivre l'état de santé des populations; à déterminer et à planifier leur priorité; ou encore à réallouer des ressources. Par ailleurs, pour produire et traiter ces informations, ces systèmes ont également besoin de s'adapter à l'environnement organisationnel dans lequel ils évoluent. Parmi les éléments de la fonction liée à l'adaptation à l'environnement, nous avons recherché l'étendue de la couverture géographique et populationnelle concernée par les informations sanitaires produites et traitées, les différentes sources d'information sanitaire, l'utilisation d'une expertise technique externe, les mécanismes de distribution de l'information sanitaire et les principaux acteurs visés par cette distribution. Le fonctionnement de tout ce mécanisme organisationnel est par ailleurs assujéti à l'engagement des différentes organisations à un ensemble de valeurs et normes censé être partagé par leurs membres. Dans cette dernière catégorie fonctionnelle du cadre théorique de Parsons, nous avons recherché dans un premier temps la présence d'une culture ou habitude de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion de l'information sanitaire dans les organisations investiguées et dans un deuxième temps l'existence d'un personnel spécifique dédié à la gestion de l'information sanitaire ou encore à la prise de décision basée sur les informations sanitaires. Une liste plus exhaustive des variables investiguées dans chacune des fonctions des différents systèmes d'action sociale est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 7: Variables recherchées dans les différents systèmes d'action

Fonctions	Variables
Adaptation à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Sources des données ou des informations - Sources de financement - Utilisation d'une expertise technique externe - Interactions organisationnelles - Acteurs nationaux ou internationaux visés par la distribution des informations - Couverture pathologique, géographique et populationnelle - Durabilité et stabilité
Rationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le profil de santé de la population - Définir la tendance évolutive d'une maladie ou d'un groupe de maladies, d'une population ou d'un sous-groupe de la population - Apprécier et accroître la fonctionnalité des organisations
Production	<ul style="list-style-type: none"> - Nature et volume de l'information sanitaire traitée - Qualité des informations traitées - Complétude - Processus de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations
Normative	<ul style="list-style-type: none"> - Culture et habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS - Existence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS

Les données utilisées dans cette recherche furent recueillies sur les différents systèmes d'informations auprès des informateurs-clés appartenant aux différentes organisations qui ont mis en place ces différents systèmes d'information. Au total une dizaine d'organisations internationales ainsi que des structures du MSPP disposant de systèmes d'information sanitaires ont été identifiées et investiguées. Il s'agissait principalement d'organisations issues des politiques de coopération bilatérale qu'Haïti entretient avec certains pays, dont les États-Unis et le Canada; d'organisations qui représentaient les initiatives internationales de lutte contre le sida comme le Fonds Mondial; de certaines organisations internationales spécialisées dans le domaine de la santé des populations

comme l’OMS, le CDC; et finalement quelques directions centrales du ministère de la santé publique et de la population d’Haïti qui interviennent dans les activités de collecte, de traitement et d’analyse des informations sanitaires. Formant ainsi l’échantillon de cette étude, ces différentes organisations ont été identifiées dans un premier temps à travers l’analyse de certains documents descriptifs des différents programmes majeurs de santé publique implantés en Haïti, comme le programme de lutte contre la tuberculose, le programme de réduction contre la mortalité maternelle, ou encore le programme national de lutte contre la mortalité maternelle. Ces programmes de santé publique sont en effet généralement conçus de telle sorte qu’ils associent certaines directions centrales du ministère de la santé, avec d’autres organisations internationales qui leur assurent le financement ainsi que l’expertise technique requise pour leur mise en œuvre stratégique et opérationnelle. À l’issue de cette première démarche d’identification, la liste des différentes organisations identifiées (Tableau 8) fut validée par les agents de la direction centrale du ministère en charge de la surveillance épidémiologique. Des entrevues semi-structurées ainsi qu’une démarche d’observation participante impliquant ces différentes organisations furent effectuées.

Dans la première étape de l’analyse des données recueillies, nous avons fait ressortir les éléments de chacune des fonctions des différents systèmes d’action impliqués dans la démarche de mise en place du SSE, alors que la deuxième étape de l’analyse nous a permis de faire une appréciation de l’articulation des éléments de ces fonctions à un niveau systémique supérieur associé à l’émergence de la collaboration interorganisationnelle. Les interprétations issues de ces analyses ont été soumises à

l'examen de deux autres chercheurs et les divergences majeures de vue ont été résolues par consensus.

Tableau 8: Liste et caractéristiques des organisations impliquées dans le système d'informations sanitaires d'Haïti

Organisations	Sigle	Type d'organisation/ Affiliation	Couverture pathologique	Couverture géographique
Organisation Panaméricaine de la Santé	OPS/OMS	Organisation internationale/ Organisation Mondiale de la Santé	Maladies immunocontrôlables, quelques maladies à déclarations obligatoires	Couverture nationale
Fonds Mondial	FM	Organisation internationale/ Fonds Mondial	IST/VIH/Sida, Malaria, Tuberculose	Couverture nationale
International Child Care	ICC	Organisation internationale/ ICC	Tuberculose, Sida (+/-)	5 départements
Monitoring and Evaluation to ASsess and Use Results	MEASURE	Programme international / USAID	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture départementale, les 10 départements
Programme d'appui à la lutte contre IST/VIH en Haïti	PALIH	Programme international / ACDI	IST/VIH/Sida	Un seul département (Artibonite)
Management Sciences Health	MSH	Organisation internationale / USAID	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
United States Agency for International Development	USAID	Organisation internationale	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
Centers of Diseases Control (PEPFAR)	CDC	Organisation internationale / CDC	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Institut Haïtien de l'enfance	IHE	Organisation privée/ CDC, USAID	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Unité de Coordination et de Contrôle	UCC	Direction centrale / MSPP	IST/VIH/Sida	Couverture nationale
Unité de Planification et d'Évaluation	UPE	Direction centrale / MSPP	Toutes les maladies et événements de santé	Couverture nationale
Direction de la Santé Familiale	DSF	Direction centrale / MSPP	Santé de la reproduction	Couverture nationale

RÉSULTATS

Compte tenu du fait que les principaux déterminants de la collaboration interorganisationnelle cités dans la littérature se retrouvent dans les fonctions et alignement du cadre systémique de Parsons, les résultats de cette étude sont présentés en termes d'articulation des éléments fonctionnels des différents systèmes d'action qui interviennent dans l'émergence du nouveau système d'action sociale associé à la collaboration interorganisationnelle au sein du SIS haïtien. Comme expliqué antérieurement, le phénomène de collaboration interorganisationnelle a été analysé non pas au niveau organisationnel, mais plutôt à un niveau systémique supérieur d'où il pourrait émerger par l'entremise de la participation de chacun des systèmes d'action sociale sollicités dans le processus.

Analyse de l'articulation au niveau de la fonction rationnelle

Avec les données recueillies, nous avons pu mettre en évidence une faible convergence sur la fonction de rationalité entre d'une part la communauté des buts des systèmes d'action associés au ministère de la santé et d'autre part de la communauté des buts poursuivis par les autres systèmes d'action mis en place par les organisations internationales. De façon plus spécifique, ce phénomène s'illustre par la divergence notée entre les buts du système d'action sociale associé au projet de renforcement du SIS national haïtien et les buts des autres systèmes d'action des autres organisations internationales. Le SSE qui est censé redynamiser le système d'informations sanitaires dans son ensemble a pour but principal de suivre globalement l'état de santé de la population haïtienne. Mais ce but principal du SSE n'est partagé que par une seule de ces organisations internationales à savoir l'OPS/OMS. Cette dernière organisation fait

en effet de la surveillance des maladies du Programme Élargie de Vaccination (PEV) et de certaines maladies à déclaration obligatoire (MDO) au niveau national un de ces principaux objectifs.

Par ailleurs, l'objectif plutôt secondaire du SSE de suivi et d'évaluation des actions majeures de santé publique, constitue par contre le but essentiel de la plupart des SAS propres aux organisations internationales présents dans le paysage sociosanitaire haïtien. Les systèmes d'information de ces différentes organisations sont généralement implantés pour fournir des informations sanitaires permettant de suivre et d'évaluer les projets et programmes mis en place par ces organisations. Les informations sanitaires, de nature épidémiologique ou non, sont collectées et analysées pour servir des fins de gestion de projet pour certaines organisations (CDC, MSH, FM, IHE) ou encore pour faire essentiellement de la surveillance clinique et biologique des IST/VIH/Sida pour d'autres (PALIH, UCC, ICC).

Le tableau ci-après présente les caractéristiques de rationalité de chacun des systèmes investigués.

Tableau 9: Caractéristiques des fonctions de rationalité des systèmes d'action investigués

Systèmes d'action	Fonction rationnelle
Directions centrales du MSPP	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le profil épidémiologique national - Prendre des décisions basées sur les données de surveillance épidémiologique des problèmes majeurs de santé publique - Fournir régulièrement le SIS en informations épidémiologiques - Secondairement évaluer les programmes nationaux du MSPP
Fonds Mondial	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les tendances évolutives de la malaria, la tuberculose et du VIH/Sida - Apprécier et accroître la fonctionnalité des structures de santé, des programmes nationaux et des ONG qu'ils appuient - Assurer la survie organisationnelle à travers la démonstration et la justification de leurs activités auprès de leurs bailleurs de fonds
OPS/OMS	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre des décisions basées sur la surveillance des maladies du PEV et de certaines maladies à déclaration obligatoire en assurant le contrôle, l'élimination ou l'éradication de ces maladies - Renforcer la surveillance épidémiologique nationale
CDC/PLAN Haïti/IHE	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre des décisions basées sur la surveillance clinique et biologique des IST/VIH/Sida - Apprécier et accroître la fonctionnalité des structures de santé, des programmes nationaux et des ONG qu'ils appuient - Assurer la survie organisationnelle à travers la démonstration et la justification de leurs activités auprès de leurs bailleurs de fonds
MSH/USAID	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer le suivi et la gestion des programmes et projets qu'ils mettent en place - Disposer d'informations exhaustives sur l'ensemble des activités sanitaires réalisées dans les directions départementales - Assurer et accroître la fonctionnalité des structures qu'ils appuient
PALIH	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer et accroître la fonctionnalité des structures qu'ils appuient - Prendre des décisions basées sur la surveillance épidémiologique des IST/VIH/Sida
MEASURE EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le profil sanitaire et épidémiologique de la population - Accroître la fonctionnalité d'une base de données informationnelle à l'échelle nationale (HSIS)
ICC	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître la fonctionnalité d'une base de données à l'échelle nationale pour la surveillance de la TB et sur la co-infection TB/VIH. - Accroître les activités de prise en charge des malades TB dans les centres de prestation du PNLT

Analyse de l'articulation au niveau de la fonction de production

Cette étude fait également ressortir la faible articulation entre les fonctions de production des SAS impliqués dans l'émergence du système d'action sociale associé à l'émergence de la collaboration interorganisationnelle dans la production des informations sanitaires en Haïti. En effet, certains des SAS sollicités dans cette démarche notamment ceux associés aux organisations internationales ne produisent que des informations sanitaires de ressources ou encore des statistiques de service, tandis que leur production d'informations sanitaires de type épidémiologique visant plusieurs maladies à la fois et couvrant l'ensemble de la population demeure marginale.

Les mécanismes de contrôle de qualité des informations produites sont inexistantes dans le système d'action sociale associé aux directions du MSPP, et limités dans ceux associés aux organisations internationales.

Par ailleurs, même si la plupart des SAS disposent de leurs propres outils de collecte et d'analyse, il existe une certaine similitude entre les différentes procédures de collecte, d'analyse des informations sanitaires utilisées par l'ensemble des systèmes d'action en présence en Haïti.

Le tableau ci-après présente plus en détail les différents éléments de production des systèmes d'action investigués.

Tableau 10: Caractéristiques des fonctions de production des systèmes d'action investigués

Systèmes d'action	Fonction de production
Directions centrales du MSPP	<ul style="list-style-type: none"> - Volume : Informations épidémiologiques (+++), statistiques vitales et de services (+/-) - Nature : Informations épidémiologiques sur les problèmes majeurs de santé publique et leurs facteurs de risque associés - Qualité : Peu de procédures usuelles pour assurer la qualité des informations - Faible complétude des rapports : recherche active dans les directions départementales - Processus de production uniformisé effectué à chacun des niveaux de la pyramide sanitaire, avec une forte capacité analytique et d'utilisation des informations sanitaires au niveau central. Par contre noyau du système d'agrégation et de traitement se retrouverait au niveau des DDS.
Fonds Mondial	<ul style="list-style-type: none"> - Volume : Informations sur les ressources, statistiques de services (+++) et informations épidémiologiques (+/-) - Nature : Informations sanitaires portant juste les IST/VIH/Sida, la tuberculose et la malaria - Qualité : Contrôle de la qualité des IS non systématique et se fait de façon épisodique dans les institutions qui fournissent les données de santé; - Complétude des rapports assurée car les décaissements subséquents sont conditionnés par la fourniture des rapports - Processus de production et de traitement basés sur une liste d'indicateurs propres au fonds mondial assuré par les sous bénéficiaires; transmises mensuellement et trimestriellement au fonds qui en fait la consolidation et la diffusion aux partenaires et au bailleur principal
OPS/OMS	<ul style="list-style-type: none"> - Volume : Informations épidémiologiques (+++); Informations de service notamment sur la gestion des vaccins (+/-), - Nature : Informations partielles issues de tous les sites sentinelles de surveillance du pays - Qualité : Existence et pratique non systématique de procédures pour assurer la qualité des informations - Complétude des rapports : Recherche active et passive des IS à partir de toutes les institutions de santé mais principalement à partir des sites sentinelles - Processus : Compilation et traitement des informations sur un logiciel développé par l'OMS/OPS avec production d'un bulletin de surveillance régional. Les outils de collecte sont le rapport mensuel intégré du MSPP, la fiche de notification des maladies immunocontrôlables et les fiches d'investigation. À partir de ces sources, la base de données du PEV est alimentée avec l'appui d'une infirmière responsable dans les départements.
CDC/PLAN Haïti/IHE	<ul style="list-style-type: none"> - Volume : Informations de services et de ressources (+++) sur MESI et informations épidémiologiques (+++) sur EMR - Nature : Informations sur les IST/VIH/Sida collectées dans tous les sites CDV, PTME et tous les centres de prise en charge même ceux des ONG internationales (PIH, GHESKIO) pour EMR - Qualité : Existence mais pratique non systématique des mécanismes de

	<p>contrôle de la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complétude : assurée par un système d'information informatisé (MESI) qui est fonctionnel à partir des structures qui fournissent les informations. - Processus : Les informations sanitaires sont directement postées sur le site de MESI ou à l'IHE qui les achemine sur le site. Des analyses d'écart entre ce qui est prévu et ce qui est réalisé est effectuée à l'IHE. Les résultats de ces analyses sont directement envoyés sur MESI. Pour EMR, les données sanitaires sont directement saisies dans les sites de prise en charge et sont acheminés vers un serveur central où se font le traitement, l'analyse et la diffusion des IS.
MSH/USAID	<ul style="list-style-type: none"> - Volume : Informations de services et de ressources (+++), infos épidémiologiques (+/-) - Nature : Informations globales issues du rapport mensuel d'activités de chaque direction départementale de la santé. Couverture informationnelle concerne les activités de MSH et de tous les autres acteurs organisationnels qui interviennent dans les directions départementales. - Qualité : Systématisation des supervisions pour le contrôle de la qualité - Complétude : assurée par la présence d'un représentant de MSH dans les directions départementales - Processus : Informations collectées à travers les différentes sources contenant des indicateurs spécifiques pour MSH. Agrégation faite dans les DDS ou dans les bureaux centraux des ONG et des structures de santé que MSH appuie.
PALIH	<ul style="list-style-type: none"> - Volume et nature: Informations épidémiologiques surtout biologiques sur les IST/VIH/ Sida, informations (+++) et statistiques de services (+/-) - Qualité : Existence et pratique de procédures usuelles d'assurance de la qualité des services - Complétude moyenne - Processus : informations sont issues des CDV, sites ARV et PTME mis en place dans lesquels formulaires spécifiques de PALIH sont complétés et transmis directement à PALIH. Système de transmission de l'information est informatisé. Agrégation, traitement et analyse des IS se font à PALIH qui les transmet aux autres partenaires
MEASURE EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Volume et nature : Informations de services et de ressources (+++), infos épidémiologiques (+/-) - Qualité : Pas de procédures usuelles pour assurer la qualité des données - Complétude : Recherche active des IS à partir des directions départementales - Processus : Compilation et traitement sur l'application HSIS. HSIS renferme les rubriques du rapport mensuel et est installé dans les ordinateurs des bureaux départementaux. Transmission des données dans certaines directions centrales du MSPP. Production d'un rapport annuel de compilation des données

ICC	<ul style="list-style-type: none">- Volume et nature : Informations épidémiologiques essentiellement (+++)- Qualité: Existence et pratiques systématiques de mesures pour assurer la qualité des informations- Complétude : Recherche active des IS à partir des institutions de prestation du PNLT- Processus : compilation et transmission électronique au niveau central de ICC. Analyse des tendances est faite au niveau central à travers le logiciel Epi Data. Transmission des infos est par la suite faite au PNLT et aux bailleurs.
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Analyse de l'articulation au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement

De l'analyse de l'articulation des éléments entre les différentes fonctions d'adaptation à l'environnement, il ressort une grande similitude sur les sources de données ainsi que sur les sources de financement des différents systèmes d'action sociale qui sont censés intervenir pour l'émergence de la collaboration interorganisationnelle. En effet, ce sont les mêmes structures de santé (dispensaires, hôpitaux, directions départementales) qui fournissent les informations sanitaires aussi bien aux systèmes d'action associés au ministère de la santé qu'aux autres systèmes d'action associés aux organisations internationales.

Les bailleurs de fonds qui financent le fonctionnement de tous ces systèmes d'action restent également les mêmes, c'est-à-dire l'Agence américaine de développement international (USAID) avec le programme d'urgence de lutte contre le sida (PEPFAR), l'Agence canadienne de développement international (ACDI), et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose.

Bien que les interactions organisationnelles envisagées dans le projet de SSE soient différentes de celles qui étaient présentes en Haïti lors de notre séjour de recherche, il ressort que le fonctionnement du processus de production de l'information sanitaire des différents systèmes d'action en Haïti repose sur les mêmes organisations. Il s'agit des structures satellites de certaines agences de coopération internationale (USAID, FM, ACDI, PEPFAR), certains programmes nationaux de santé publique et certaines organisations qui font la prestation des soins et des services de santé. Donc, au niveau de la dimension d'interaction organisationnelle de la fonction d'adaptation à

l'environnement du système d'action sociale en émergence, il n'y a pas une très grande divergence entre les interactions organisationnelles actuellement en cours et celles proposées dans la démarche de collaboration envisagée.

Par ailleurs à l'exception d'un seul système d'action social, notamment celui associé au projet PALIH mis en place par l'agence canadienne de développement international, tous les autres systèmes d'action identifiés interviennent simultanément sur l'ensemble du territoire national haïtien.

Ainsi, la mise en évidence de ce constat de similitude entre certains éléments de la fonction d'adaptation à l'environnement indique la possibilité de survenues éventuelles de conflits d'intérêts, de concurrence et de compétition dans le processus d'émergence de la collaboration interorganisationnelle.

Nous présentons dans le tableau qui suit, les différents éléments de la fonction d'adaptation retrouvés pour chacun des systèmes d'action.

Tableau 11: Caractéristiques des fonctions d'adaptation à l'environnement des systèmes d'action investigués

Systemes d'action	Fonction d'adaptation
Directions centrales du MSPP	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Directions départementales de la santé - Financement : MSPP/BID, MSPP - Expertise technique : USI; PALIH; OPS/OMS - Interactions organisationnelles : DELR, UPE, LNSP, UCC, DSF, PNLT, DDS, Structures de santé de la base - Acteurs visés : Les directions centrales concernées, les ONG, les agences et organisations internationales - Couverture : Couverture nationale pour toutes les maladies et événements de santé à mettre sous surveillance - Stabilité et durabilité : Structures internes du MSPP
Fonds Mondial	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : 54 institutions de santé (publiques, privées, mixtes); ONG nationales et internationales; DDS; et au moins le PNLT - Financement : Fonds mondial Genève - Expertise technique : USAID, CDC et OMS (+/-) - Interactions organisationnelles : (PEPFAR, FNUAP, PALIH : Sida); (USAID, MSH : TB); (UCC, PNLT, Programme Malaria, DELR : financement) - Acteurs visés : CCM, Fonds Mondial Genève - Couverture : Sida, Malaria, TB sur toute l'étendue du territoire - Stabilité et durabilité : Projet finissait en 2009
OPS/OMS	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Toutes les institutions publiques et particulièrement les sites sentinelles de référence. - Financement : Bureau central et régional OPS/OMS - Expertise technique : Bureau régional OMS/OPS - Interactions organisationnelles : DPEV, UNICEF - Acteurs visés : Bureau régional de l'OPS, DPEV, DELR, UPE, UNICEF - Couverture : couverture nationale de toutes les maladies du PEV et certaines MDO - Stabilité et durabilité : projet majeur de l'OMS (+++)
CDC/PLAN Haïti/IHE	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Les structures publiques, privées ou mixtes qui offrent des services de PTME, CDV et les centres ARV - Financement : programme PEPFAR - Expertise technique : IHE, NASTAD, Firme High Tech - Interactions organisationnelles : UCC, DELR (+/-), OMS, PALIH, Fonds Mondial, les ONG (MSH, CDS, GHESKIO, PIH, CRS, Pillon) - Acteurs visés : Agence de coopération internationale américaine - Couverture : couverture nationale en dehors de l'Artibonite (128 sites pour MESI) et appui financier direct de 2 directions centrales, 7 DDS et 26 institutions du ministère. - Stabilité et durabilité (+/-) : projet se terminait en 2009
MSH/USAID	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Tous les bureaux des directions départementales, ONG, structures de santé (76), les zones ciblées - Financement : USAID (+++), PEPFAR - Expertise technique : USAID - Interactions organisationnelles : Tous les acteurs qui interviennent dans les départements (Fonds mondial, PALIH, PEPFAR, les autres ONG)

	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs visés : MSH international et USAID - Couverture : Santé de la reproduction, VIH/Sida, présents dans les 10 départements -Projet HS 2007 de 4 ans finissait en 2007, nouveau projet en cours de démarrage et continu. - Durabilité (++) structure importante de la coopération américaine
PALIH	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Bureau de la direction départementale; UCS; ONG et structures de santé publiques et privées offrant des services de PTME, CDV et les centres ARV du département de l'Artibonite - Financement : ACDI - Expertise technique : ACDI, OMS - Interactions organisationnelles : Fonds Mondial, PEPFAR, les différentes ONG locales présentes dans le département de l'Artibonite - Acteurs visés : ACDI, DELR, UCC, DDS et autres ONG du département - Couverture : Projet concerne essentiellement IST et VIH/Sida et intervient seulement dans un département - Stabilité et durabilité : Projet majeur de la coopération et continu dans la deuxième phase (PALIH 2)
MEASURE EVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Tous les bureaux des directions départementales - Financement: USAID - Expertise technique : DELR (informaticien), MSH, USAID et partenaires (Université de North Carolina, Institut de recherche et de formation John Snow, École de santé publique de l'Université de Tulane), CDC - Interactions organisationnelles : USAID, DELR, UPE - Couverture : Toutes les maladies et événements de santé, les dix directions départementales de la santé - Stabilité et durabilité : projet fini en 2009
ICC	<ul style="list-style-type: none"> - Sources : Institutions de prestation du PNLT, Directions départementales de santé, bureaux départementaux de ICC - Financement : Fonds Mondial, USAID, ICC USA - Expertise technique : ICC USA - Interactions organisationnelles : PNLT, USAID, Fonds mondial, UCC, CARE et CDS - Acteurs visés : PNLT, Fonds Mondial (+++) - Couverture : couverture nationale de toutes les activités de lutte contre la TB et la co-infection TB/VIH - Stabilité et durabilité (+++) existe depuis 1967 en Haïti

Analyse de l'articulation au niveau de la fonction normative

Les SAS sollicités dans cette démarche et qui sont associés aux organisations internationales sont dans la majorité des cas mis en place et gérés comme des projets dont la reconduction, s'appuie généralement sur une évaluation menée à partir des données fournies par les systèmes d'information que ces projets implantent. Tous ces projets disposent donc à priori de leur propre système d'information qui leur permet de fournir des informations à leurs bailleurs afin de garantir la continuation de leurs différentes actions. De ce fait, Il ressort que les règles, normes et valeurs véhiculées par les systèmes d'action associés aux organisations internationales notamment celles qui ont trait à l'habitude de collecte, d'analyse et d'utilisation des informations sanitaires sont largement partagées au sein de ces systèmes d'action sociale.

Nous estimons donc qu'il existe un certain consensus idéologique autour des normes et valeurs qui accompagnent la production de l'information sanitaire pour les systèmes d'action sociale associés aux organisations internationales.

Par contre, cette culture de collecte et de traitement de l'information sanitaire n'est pas très présente au niveau des systèmes d'action associés au ministère de la santé. Les informations sanitaires n'y sont pas produites sur une base régulière, et très peu de décisions sont prises à partir de ces informations produites par les systèmes d'information du ministère.

En regard donc de la fonction de stabilité normative, la collaboration interorganisationnelle en émergence ne pourra donc s'appuyer que sur un ensemble de normes et valeurs peu partagées par les différents systèmes d'action sollicités dans sa formation.

Le tableau suivant présente les caractéristiques normatives de chacun des systèmes d'action investigués.

Tableau 12: Caractéristiques des fonctions normatives des systèmes d'action investigués

Systemes d'action	Fonction normative
Directions centrales du MSPP	<ul style="list-style-type: none"> - Faible voire absence d'utilisation des informations pour la prise de décision - Pas de personnel spécifique dédié à la surveillance épidémiologique; Projet de formation de cohortes d'épidémiologistes à travers un cursus complet en gestion/évaluation de projets, en épidémiologie de terrain et en informatique. - Utilisation des ressources humaines actuellement disponibles dans les directions départementales (clercs statisticiens, épidémiologistes départementaux...)
Fonds Mondial	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de traitement, de consolidation de l'IS selon leur besoin - Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS - Culture d'utilisation des informations sanitaires à visée de planification programmatique (ex. utilisation des informations pour la poursuite ou la non-poursuite de l'appui financier octroyé aux structures de santé sous-réceptaires)
OPS/OMS	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS - Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS et la surveillance épidémiologique - Culture d'utilisation des informations sanitaires (ex. initiation ou l'intensification des campagnes de vaccination)
CDC/PLAN Haïti/IHE	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS - Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS - Culture d'utilisation des informations sanitaires (ex. le processus de renouvellement du soutien financier et logistique qu'ils apportent aux structures de santé qu'ils appuient)
MSH/USAID	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS - Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS - Culture d'utilisation des informations sanitaires (ex. décisions et actions prises sur la base de IS pour la continuation de l'appui offert aux organisations de santé)
PALIH	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS - Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS. C'est un volet majeur du projet - Culture d'utilisation des informations sanitaires (ex. décisions et actions prises sur la base de IS pour la continuation de l'appui offert aux organisations de santé)

MEASURE EVALUATION	<ul style="list-style-type: none">- Habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS- Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS (2 personnes)
ICC	<ul style="list-style-type: none">- (ICC) Habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS- Présence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS et la surveillance- Culture d'utilisation des informations sanitaires : (ex. processus de suivi des différentes actions initiées dans le cadre du PNLT)

DISCUSSION

Au terme de cette analyse, il ressort une faible articulation et une faible convergence des différents déterminants de l'émergence de la collaboration interorganisationnelle qui devraient résulter de l'introduction du système de surveillance épidémiologique dans le système d'informations sanitaires en Haïti. Il existe une divergence importante entre les différents déterminants de la collaboration interorganisationnelle qui sont liés aux différents systèmes d'action sociale sollicités dans cette démarche. Et cette divergence fonctionnelle reste beaucoup plus marquée lorsque l'analyse est faite entre les différents systèmes d'action sociale associés au MSPP et ceux associés aux organisations internationales. En effet, on est à même de constater que lorsque les systèmes d'action sociale associés au MSPP sont exclus de l'analyse, il y a une plus grande convergence fonctionnelle des systèmes d'action sociale associés aux organisations internationales, et donc une meilleure articulation et une plus grande convergence des différents déterminants de la collaboration interorganisationnelle en émergence. À titre illustratif, les buts et finalités poursuivis par les systèmes d'action sociale associés au CDC, MSH, le Fonds Mondial ou encore l'Institut Haïtien de l'Enfance semblent identiques à savoir essentiellement le suivi et a gestion de programmes ou encore la surveillance clinique et biologique des IST/VIH/Sida. La même observation s'applique aussi pour les différents éléments de la composante fonctionnelle d'adaptation à l'environnement (sources de financement et d'informations identiques pour ces groupes de systèmes d'action sociale) ou encore celle de la stabilité normative (promotion des règles, normes et valeurs pour la collecte et l'analyse des informations sanitaires).

En partant du constat de cette dichotomie et de divergence fonctionnelles au sein du système d'action en émergence, il est donc pertinent de chercher d'une part à développer un réseau d'interconnexions aussi bien formelles qu'informelles d'une part entre les systèmes d'action sociale associés au MSPP et ceux associés aux organisations internationales, ou encore d'autre part à renforcer les interconnexions déjà existantes entre les différents systèmes d'action associés aux organisations internationales aussi. Ces interconnexions devant être initiées à travers les éléments de la fonction d'adaptation à l'environnement de chacun des systèmes d'action pour passer par la suite aux autres composantes fonctionnelles des systèmes d'action sociale. Plusieurs mécanismes organisationnels peuvent en effet être mis à contribution pour expliquer cette dynamique de transformation des différentes composantes fonctionnelles des systèmes d'action sociale. Il peut s'agir par exemple de mécanismes dits de planification rationnelle (Demers 1999; Champagne 2002; Mintzberg 2004; Rouleau 2007). Ce mécanisme passe par la réorientation des buts et finalités poursuivis par certains systèmes d'action sociale, suite à l'identification de nouveaux défis et enjeux dans leur environnement. L'effet de cette réorientation pouvant être la transformation des moyens et des configurations de production des biens et services des systèmes d'action sociale au sein desquels ce mécanisme est initié. Des mécanismes d'ordre structurel (Lawrence and Lorsch 1967; Hatch 2000) ou encore d'autres d'ordre institutionnel (DiMaggio and Powell 1983; Scott, Ruef et al. 2000) peuvent également être mobilisés pour expliquer cette dynamique de transformation fonctionnelle à travers l'interaction réciproque entre les différents éléments des fonctions d'adaptation à l'environnement et de production dans le cas du premier mécanisme, et à travers l'interaction entre les

éléments des fonctions de stabilité normative des différents systèmes d'action sociale sollicités dans le processus.

La résultante de ces mécanismes devant ainsi permettre l'émergence de caractéristiques supplémentaires issues de l'interaction entre tous les systèmes d'action sociale sollicités dans ce processus d'introduction du SSE. Ainsi, en plus d'avoir les buts propres à chacun des systèmes d'action au sein du système d'action sociale émergent, c'est-à-dire des buts non convergents et peu articulés entre eux, l'on verra aussi l'émergence de nouveaux buts et finalités qui seront cette fois mieux partagés et qui seront issus de la démarche de la mise en commun de tous ces systèmes d'action sociale.

Cette logique qui s'applique à l'émergence de nouveaux buts et finalités poursuivis par le système d'action sociale en émergence qui sont mieux partagés par tous les systèmes d'action sociale peut également s'appliquer aux trois autres fonctions du système d'action sociale émergent. Ce faisant avec ces interconnexions, de nouvelles caractéristiques de la fonction de production peuvent aussi émerger. Plus précisément, de nouvelles façons de collecter, de traiter et d'assurer la qualité des informations sanitaires qui seront collectivement acceptées et partagées pourront également émerger suite à la mise en place des interconnexions formelles et informelles entre les différents systèmes d'action sociale sollicités dans le processus d'introduction du SSE. Il en sera de même pour l'émergence de nouvelles finalités, valeurs et idéologies qui pourront guider l'action de la production et de l'utilisation des informations sanitaires dans un cadre de collaboration interorganisationnelle entre tous les systèmes d'action

sollicités dans l'introduction du système de surveillance épidémiologique dans le système d'informations sanitaires d'Haïti.

CONCLUSION

Dans cette étude, l'application du cadre d'analyse issu de la théorie de l'action sociale de Parsons nous a permis de conceptualiser le phénomène de collaboration comme un système d'action sociale interorganisationnel en émergence déterminée par la qualité de l'articulation des fonctions des systèmes d'action organisationnels qui interviennent dans son émergence. Ce cadre théorique nous a également permis de disposer d'une base explicative commune des différents déterminants de la collaboration interorganisationnelle que l'on cite dans la littérature en théorie des organisations.

L'application de la réconception du phénomène de collaboration interorganisationnelle à l'analyse du processus de réorganisation du système d'informations sanitaires d'Haïti nous a conduits à mettre en évidence l'existence d'un ensemble de buts non convergents, de systèmes de production très peu complémentaires, de fortes similitudes des capacités d'adaptation à l'environnement ainsi que des normes et valeurs peu partagées. Cette faible cohérence et articulation fonctionnelle du système d'action émergent contraste cependant avec d'autres systèmes d'action présents en Haïti notamment ceux des organisations internationales. Ces derniers étant bien intégrés localement, c'est-à-dire au niveau organisationnel ou programmatique. Ils reçoivent l'appui et l'influence de plusieurs autres systèmes d'action sociale situés à l'extérieur du système de santé haïtien.

Toutefois, l'existence de cette faible articulation fonctionnelle au niveau du système d'action en émergence ne devrait pas constituer qu'un obstacle majeur. Car contrairement aux recommandations véhiculées par les visions traditionnelles fonctionnalistes sur la collaboration interorganisationnelle, des possibilités fécondes

pour la réorganisation du système d'information sanitaire haïtien pourraient émaner de l'initiation et de la transformation progressive du processus de collaboration interorganisationnelle en émergence.

Enfin, pour pousser la réflexion au-delà de l'identification et de l'analyse transversale des déterminants de la collaboration interorganisationnelle par la théorie de l'action sociale de Parsons, il serait utile d'entreprendre d'autres recherches empiriques pour comprendre la transformation de la collaboration interorganisationnelle qui pourrait émerger de cette démarche d'initiation de système de surveillance épidémiologique en Haïti, mais aussi pour comprendre les effets qu'aura cette collaboration sur les différents systèmes d'action impliqués dans ce processus.

Références bibliographiques

- Aldrich, H. (1975). "Resource dependency and interorganizational relations." Administration and society **7**: 419-453.
- Alexander, J. (1983). "The modern reconstruction of modern of classical thought: Talcott Parsons." Theoretical logic in sociology **4**(Chapter 2): 8-45.
- Alter, C. and J. Hage (1993). Organizations working together. Newbury Park, Calif., Sage Publications.
- Arya, B. and Z. Lin (2007). "Understanding Collaboration Outcomes From an Extended Resource-Based View Perspective: The Roles of Organizational Characteristics, Partner Attributes, and Network Structures." Journal of management **33**(5): 697-723.
- Balique, H. (2000). "Santé publique et pays pauvres. Les programmes de santé." Actualité et dossier en santé publique **30**: 43-60.
- Benson, K. (1975). "The interorganizational network as a political economy." Administrative science quarterly **20**(2): 229-249.
- Bourricaud, F. (1955). Eléments pour une sociologie de l'action / introduction et traduction de François Bourricaud. Paris, Plon.
- Buse, K. (1999). "Keeping a tight grip on the reins: donors control over aid coordination and management in Bangladesh." Health policy and planning **14**(3): 219-228.
- Buse, K. and C. Gwin (1998). "The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh." Lancet **351**(9103): 665-9.
- Camic, C. (1989). "Notes historiques sur l'apport de Parsons." Sociologie et sociétés **21**(1): 11-23.
- Contandriopoulos, A. P., J. L. Denis, et al. (2002). "Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre " Ruptures **8**(2): 38-52.
- D'amour, D., L. Goulet, et al. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité. Montréal, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé: 1-26.
- Denis, J. L., F. Champagne, et al. (1990). Les échanges interorganisationnels: état des connaissances Montréal, GRIS, Université de Montréal.
- ENA (2003). Séminaire : Les politiques de santé. Groupe n° 17 : Organisations internationales et santé. Paris, École Nationale d'Administration. **Promotion 2002-2004**: 85p.
- Forgues, B., M. Fréchet, et al. (2006). "Relations interorganisationnelles. Conceptualisation, résultats et voies de recherche." Revue Française de gestion **5**(164): 17-31.
- Fournier, P., S. Haddad, et al. (2001). Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement: l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique. La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIème siècle. Paris, Les presses universitaires de France. **Numéro spécial**: 71-84.
- Galaskiewics, J. (1985). "Interorganizational Relations." Annual Review of Sociology **11**: 281-304.
- Galaskiewics, J. and B. Rauschenbach, Eds. (1988). The corporate-culture connection: a test of interorganizational theories. Community organizations: studies in resource mobilization and exchange. New York, Oxford University Press.

- Gentillini, M. and M. Duflo (1993). Panorama des institutions concourant au développement. Médecine Tropicale. Flammarion. Paris.
- Gobbers, D. (2004). "La coopération en santé dans les pays africains." Actualité et dossier en santé publique **48**: 8-13.
- Gray, B. (1985). "Conditions facilitating interorganizational collaboration." Human Relations **38**(10).
- Guo, C. and M. Acar (2005). "Understanding collaboration among nonprofit organizations: combining resource dependency, institutional, and network perspectives." Nonprofit And Voluntary Sector Quarterly **34**(3): 340-361.
- Lanjouw, S., J. Macrae, et al. (1999). "Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies." Health Policy & Planning **14**(3): 229-42.
- Larson, A. (1992). "Network dyads in entrepreneurial settings: a study of governance of exchange relationships." Administrative science quarterly **37**(1): 76-104.
- Le Moigne, J.-L., F. Le Gallou, et al. (1992). Epistémologie de la science des systèmes. Systémique, Théorie et Application. Londres, Lavoisier.
- Oliver, C. (1990). "Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions." Academy of Management Review **15**(2): 241-265.
- Pfeffer, J. and G. Salancik (1978). The external control of organizations: a resource dependant perspective. New York, Harper and Row.
- Rocher, G. (1969). Introduction à la sociologie générale. Ville LaSalle, Québec, HMH.
- Rocher, G. (1972). Talcott Parsons et la sociologie américaine Paris, Presses Universitaires de France.
- Rodriguez, C., A. Langley, et al. (2007). "Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network." Administration and society **39**(2): 150-193.
- Rouleau, L. (2007). Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Salamon, L. (1999). America's nonprofit sector: a primer. New York, The foundation center.
- Sicotte, C., F. Champagne, et al. (1998). "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance." Health Services Management Research **11**(1): 24-41; discussion 41-8.
- Teutsch, S. M. and S. B. Thacker (1995). "Planning a public health surveillance system." Epidemiol Bull **16**(1): 1-6.
- Walt, G., E. Pavignani, et al. (1999). "Health sector development: from aid coordination to resource management." Health policy and planning **14**(3): 207-218.
- Williamson, O. E. (1987). The economic institutions of capitalism : firms, markets, relational contracting. New York London, Free Press ; Collier Macmillan Publishers.
- Williamson, O. E. (1991). "Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives." Administrative science quarterly **36**(1): 269-296.

**ARTICLE 3 : GOUVERNANCE DES SYSTÈMES COMPLEXES, LE
CAS DU SYSTÈME DE SANTÉ D'HAÏTI**

GOUVERNANCE DES SYSTÈMES COMPLEXES : LE CAS DU SYSTÈME DE SANTÉ D'HAÏTI

INTRODUCTION

L'OMS définit un système de santé comme étant l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires, autrement dit tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé aussi bien dans le cadre de soins de santé individuels formels ou informels, que dans celui d'un service de santé publique (OMS 2000). À l'image des organisations de santé dont elles sont majoritairement composées, les systèmes de santé sont des entités complexes au sein desquelles de nombreux acteurs individuels, collectifs et organisationnels interagissent (Bugun 1994; Morel and Ramanujam 1999; Anderson, Crabtree et al. 2005). Les systèmes de santé ont également un ancrage historique majeur prenant racine dans la dynamique de fonctionnement des sociétés au sein desquelles ils évoluent. Parallèlement, ils puisent leur légitimité dans les traditions politiques et culturelles de ces mêmes sociétés (Glouberman and Zimmerman 2002). Étant également soumis à des forces émanant de leurs environnements aussi bien interne qu'externe, les systèmes de santé sont donc par définition des systèmes adaptatifs et complexes.

Nonobstant cette caractéristique commune de complexité, les systèmes de santé présentent toutefois des enjeux de gouvernance fort différents selon que l'on soit dans le contexte des pays en développement ou dans le contexte des pays plus avancés.

Relativement aux systèmes de santé des pays en développement, la littérature scientifique met un accent spécifique sur un certain nombre d'enjeux de gouvernance parmi lesquels, on peut mentionner le nombre important et sans cesse croissant d'organisations internationales intervenant dans ces systèmes de santé (Wolfgang 2008, Brugha 2004, Walt and Buse 2006), la faible capacité de générer des ressources financières locales pour faire face aux besoins de base des populations (Cassels 1996; Lanjouw, Macrae et al. 1999), la faible intégration entre les services de santé publics, privés et ceux traditionnels (Mc Intyre, Bloom et al. 1995, Schneider et Gilson 1999) ou encore le déséquilibre dans l'allocation des ressources entre les différents niveaux de gouvernance des systèmes de santé (Bodart, Servais 2001; Fongwa 2002; Green et Collins 2007).

En ce qui a trait plus spécifiquement à la « forte » présence des organisations internationales au sein des systèmes de santé de certains pays à ressources limitées, de nombreux auteurs se sont intéressés, au cours des deux dernières décennies, à comprendre les différents enjeux de gouvernance qui y sont associés (Walt, Pavignani et al. 1999; Walt and Buse 2000; Walt and Buse 2006). Des synthèses de connaissances sur ce thème et plus particulièrement sur celui de la coordination interorganisationnelle en santé internationale ont été réalisées (Cassels 1996; Buse and Walt 1997; Walt, Pavignani et al. 1999; Walt and Buse 2000; Walt and Buse 2006). La revue de santé internationale « Health Policy and Planning » publiait également en 1999, un numéro spécial sur le rôle et la place des organisations internationales dans certains systèmes de santé, ainsi que sur l'aptitude de ces organisations internationales à coordonner leurs différentes activités soit à travers des institutions tierces comme la Banque Mondiale (Buse 1999), ou encore à travers des structures hybrides associant à la fois les

pays hôtes et les organisations internationales (Sabbat 1997; Schneider and Gilson 1999).

Mais au terme de l'analyse de cette littérature, nous avons constaté que la majorité de ces écrits se limitent généralement à rapporter des faits pour décrire certains cas de systèmes de santé ayant traversé des crises majeures et qui ont vu l'affluence d'un nombre important d'organisations internationales. Cette littérature reste également assez descriptive et narrative et très peu portée sur l'utilisation de cadre conceptuel ou théorique pour soutenir les interprétations issues des résultats et des fait observés (Gilson and Raphaely 2008). L'ancrage théorique de ces écrits apparaît donc peu robuste et convaincant pour permettre une analyse systématique et exhaustive des enjeux liés à la dynamique de gouvernance des systèmes de santé des pays en développement.

Avec ce constat, l'objectif de cette étude consiste à utiliser la théorie de la complexité et la théorie de l'action sociale de Parsons pour analyser et comprendre l'enjeu spécifique de gouvernance lié à la présence des organisations internationales au sein d'un système de santé d'un pays en développement, notamment celui d'Haïti. Le choix porté sur ces deux théories et sur Haïti n'est pas fortuit. Ayant toutes les deux des ancrages conceptuels dans la théorie générale des systèmes, la théorie de la complexité dispose d'un contenu et d'un potentiel ontologique qui lui permettent de tenir compte de la dynamique, de la richesse et de l'intensité des interrelations qui peuvent exister entre les différentes entités organisationnelles impliquées dans le fonctionnement de systèmes de santé des pays en développement. Tandis que la théorie de l'action sociale de Parsons permet de mieux caractériser ces organisations, non pas en tant qu'entités

monolithiques, mais plutôt comme un ou l'agrégation de plusieurs systèmes d'action sociale.

Par ailleurs, le choix d'Haïti repose sur le fait que le système de santé de ce pays des Caraïbes reste confronté à des défis de santé publique majeurs (PAHO 2008). Ses indicateurs de santé sont les plus bas de la région des Amériques (OMS 2006) et l'instabilité sociopolitique qui a marqué le pays durant la dernière décennie ont fortement entamé sa fonctionnalité. L'afflux important d'organisations internationales dans le domaine de la santé qui a suivi cette période de crise politique a également favorisé le choix d'orienter cette étude vers le système de santé d'Haïti.

Ainsi, pour atteindre cet objectif, nous revisiterons en premier lieu le concept de gouvernance en faisant ressortir la pertinence liée à son application dans cette étude. Par la suite, nous présenterons un aperçu des principaux thèmes et concepts qui découlent de la théorie de la complexité. Puis nous analyserons le système de santé haïtien en tant que système adaptatif complexe avec certaines caractéristiques pouvant être associées à un état transitoire de chaos. En dernier lieu, nous emprunterons les construits de réduction et d'absorption de la complexité mise en avant par Boisot et Child pour proposer certaines avenues pour améliorer la gouvernance du système de santé haïtien (Boisot and Child 1999).

LE CONCEPT DE GOUVERNANCE DANS L'ANALYSE DES SYSTÈMES COMPLEXES

Concernant plusieurs processus de régulation sociale, la gouvernance constitue un concept complexe et ambigu (Krislov 2002; Rodriguez, Langley et al. 2007). Prise au sens large, la gouvernance fait référence à un « nouveau » type de processus qui consiste à comprendre le processus d'organisation de toute action collective (Prakash and Hart 1999). De façon plus spécifique, Scott et coll. (2000) définissaient la gouvernance comme étant l'ensemble des arrangements structuro-fonctionnels qui impliquent les secteurs publics et non publics, mais aussi les systèmes formels et informels, à travers lesquels, le pouvoir et l'autorité sont exercés (Traduction libre) (Scott, Ruef et al. 2000). Faisant d'emblée partie du processus de gestion stratégique et ayant pris racine dans la vague de transfert des responsabilités que certains gouvernements et états ont effectué vers les secteurs parapublics ou privés dans les années 80 (Pollitt and Harrison 1992), la gouvernance s'intéresse à comprendre les processus d'interactions et de négociations continues entre acteurs situés à différents paliers d'un système complexe donné. Ce penchant vers l'analyse des interactions entre acteurs appartenant à différents niveaux fournit au concept de gouvernance une caractéristique particulière lui permettant d'aller au-delà de certaines approches traditionnelles utilisées en gestion, à savoir les approches de type bureaucratique et hiérarchique (approche top-down) ou encore l'approche de gestion dite émergente dite « bottom-up » (Touati, Roberge et al. 2007).

L'autre caractéristique particulière du concept de gouvernance réside aussi dans sa capacité à prendre en considération l'ensemble des structures organisationnelles intervenant dans un système d'action donné. En fait, la gouvernance ne se confine pas qu'à proposer des analyses parcellaires ou isolées de sous-ensembles qui interviennent

dans la formation et le fonctionnement d'ensembles plus complexes comme les systèmes de santé, elle essaye plutôt de tenir compte de toutes les organisations sans référence spécifique à leur appartenance à tel ou tel autre secteur (Mehde 2006; Ezzamel and Reed 2008).

Utilisé donc de façon très variable par certains auteurs pour saisir des phénomènes prenant lieu dans des environnements complexes très divers (Pierre and Peters 2000; Mehde 2006; Touati, Roberge et al. 2007; Greener and Powell 2008), ce concept soulève des questions d'ordre moral, politique et scientifique sur la façon dont les sociétés du 21^{ème} siècle abordent leur avenir (Ezzamel and Reed 2008).

Nous estimons que la richesse associée au concept de gouvernance pourrait nous être utile dans cette étude afin de mieux saisir les dynamiques et processus qui prennent lieu dans certains systèmes complexes au sein desquels de nombreuses organisations interviennent de façon non nécessairement coordonnée.

LA THÉORIE DE LA COMPLEXITÉ ET SON APPLICATION DANS L'ANALYSE DES ORGANISATIONS

Au cours des deux dernières décennies, une analyse des écrits publiés sur la thématique de la complexité a montré une application soutenue des concepts liés à cette science à l'étude des systèmes sociaux en général et à l'analyse du fonctionnement des organisations de santé en particulier. Cette application a commencé au milieu des années 90 avec une série d'articles publiés dans le « Quality Management in Health Care » qui exploraient les trajectoires cliniques des patients lors des épisodes de soins comme étant non linéaires et émergents (Sharp and Priesmeyer 1995). Dans le numéro de décembre 1994 du « Journal of Management Inquiry », des auteurs abordent la notion du chaos en recherchant les analogies possibles qui peuvent être faites entre cette notion et l'analyse des organisations (Dubinkas 1994; Johnson and Burton 1994). De ces analogies, il apparaît que la dynamique évolutive des organisations tout comme celle des systèmes adaptatifs complexes oscille entre ordre et désordre et que la coexistence de ces deux états constitue un facteur favorisant le renouvellement voire le changement organisationnel par auto-organisation (Stacey 1995). À la fin des années 90, d'autres articles portant sur le même sujet furent également publiés dans la revue « Organization Science » de 1999.

Bien plus récemment, au début des années 2000, on a également répertorié une autre série d'articles qui appliquaient cette fois la théorie de la complexité non pas aux organisations de santé, mais plutôt aux systèmes de santé dans leur ensemble. Certains enjeux organisationnels du NHS britannique, des systèmes de santé français, canadien et brésilien ont ainsi été explorés en utilisant la perspective théorique du chaos et de la complexité (Papadopoulos, Hadjitheodosiou et al. 2001; Champagne 2002; Denis 2002;

Glouberman and Mintzberg 2002; Glouberman and Zimmerman 2002; Contandriopoulos 2003). Les auteurs de ces études s'entendent sur le fait que la conception plutôt simpliste des systèmes de santé, ainsi que la non-prise en compte de leurs caractères complexe et imprévisible seraient une des principales explications de l'échec de bon nombre de réformes initiées en leur sein. De plus, ils mentionnent que de simples changements structurels des systèmes de santé ou de simples rajouts de ressources ne seraient pas suffisants pour transformer en profondeur leur dynamique de fonctionnement.

Dans un autre ordre d'idées, bien qu'il y ait peu de consensus sur les différentes caractéristiques et approches explicatives de la complexité que l'on attribue parfois à la relative « jeunesse » et à l'origine pluridisciplinaire de cette science, il reste que certaines caractéristiques notamment celles liées aux aspects dynamique, non linéaire, d'auto-organisation et d'auto-similarité, restent fréquemment citées dans les publications portant sur l'analyse des systèmes adaptatifs et complexes (Stacey 1996; Eoyang and Berkas 1999; Marion and Bacon 2000; Anderson, Crabtree et al. 2005).

Entités dynamiques et non linéaires

Les systèmes complexes sociaux sont généralement considérés comme des entités dynamiques qui sont régies par des relations non linéaires au sein desquelles, de nombreux acteurs interagissent et s'influencent mutuellement en échangeant des ressources et de l'information dans le but de réaliser leurs actions respectives (Simon 1996; Anderson 1999; Plsek and Greenhalgh 2001; Thiétart and Forgues 2006). Ces différents acteurs disposent non seulement de cadres de références assez différents, mais aussi de systèmes de valeurs qui évoluent dans le temps et en fonction de

l'expérience, ainsi que des objectifs et des enjeux qui sont difficilement réconciliables. À travers les boucles de rétroaction positives et négatives, ces acteurs s'influencent de sorte que les actions des uns peuvent être augmentées ou diminuées par les réactions des autres (Demers 1999).

En plus des interactions internes réalisées au sein des systèmes complexes, il y a également d'autres interactions avec les éléments qui font partie de ce qui peut être considéré comme étant l'environnement externe des systèmes complexes.

Ainsi, étant donné ces influences internes et externes auxquelles sont constamment soumis les systèmes complexes, et compte tenu de l'existence des boucles de rétroactions positives et négatives, il ressort que l'initiation d'une même action, mais à deux moments distincts pourrait par exemple conduire à des résultats très différents (Demers 1999). Ceci étant, il est donc difficile, voire impossible de prévoir le comportement des systèmes complexes de façon globale et dans le long terme. D'où également l'aspect imprédictible et instable auxquels sont associés la dynamique de fonctionnement des systèmes complexes.

Enfin selon la nature des caractéristiques dominantes du système complexe à un instant donné, ce dernier peut présenter différentes phases évolutives allant de l'état d'équilibre stable ou instable, à celui de chaos (Thiétart and Forgues 1995). Nous expliciterons plus en profondeur sur les caractéristiques associées à la phase transitoire de chaos des systèmes complexes dans la section « Résultats » de l'article.

Ordre et auto-organisation

Selon la théorie de la complexité, l'ordre et l'auto-organisation constituent aussi d'autres attributs des systèmes complexes à partir desquels les systèmes complexes deviennent spontanément et naturellement mieux organisés. Ces deux attributs des systèmes complexes s'expliquent principalement par le processus dynamique interactif existant entre les différents acteurs intervenant dans les systèmes complexes. L'ordre et l'auto-organisation émergent ainsi naturellement du processus d'interaction et d'adaptation existant entre les différents acteurs (Lee 1997; Anderson 1999; Demers 1999; Anderson, Crabtree et al. 2005). Marion et Bacon (2000) mentionnent à cet effet:

« Ordered states arise when a unit adapt its individual behaviours to accommodate the behaviours of units with which it interacts.....Networks with complex chains of interaction allow large systems to correlate, or self-order » (Marion and Bacon 2000)

De ces différents points de vue, il ressort donc que plus les interactions entre les acteurs d'un système complexe sont importants, plus grande sont les chances d'émergence d'ordre et d'auto-organisation (Morel and Ramanujam 1999).

Auto-similarité et invariance structurelle

Les systèmes complexes sont également caractérisés par le fait qu'ils présentent des configurations similaires à différents niveaux organisationnels. Cette caractéristique répond au principe d'invariance structurelle propre aux systèmes complexes. Selon ce principe, il est possible de retrouver dans un système complexe, une reproduction similaire de certains modèles configurationnels à n'importe quel niveau organisationnel du système sans pour autant qu'il n'y ait de liens mécaniques formels entre ces différents niveaux (Dubinkas 1994; Thiétart and Forgues 1995; Morel and Ramanujam

1999). Avec cette caractéristique, on peut être à même de retrouver une certaine cohérence et similitude fonctionnelles aussi bien au niveau organisationnel macro du système complexe qu'aux autres niveaux méso ou micro.

Ayant ainsi introduit les caractéristiques inhérentes aux systèmes complexes, nous présenterons dans les sections suivantes, la méthodologie utilisée pour la réalisation de l'étude ainsi que l'application des différents concepts issus de la théorie de la complexité à l'analyse de la gouvernance du système de santé d'Haïti.

MÉTHODOLOGIE

Conceptualisé comme étant une analyse de cas unique avec deux niveaux d'analyse imbriqués (Yin 2003), cette étude a été effectuée entre mars 2006 et décembre 2007. Ce type de stratégie d'étude est généralement indiqué lorsqu'il est utile et pertinent d'expliquer ou décrire des phénomènes complexes (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Le cas à l'étude était le système de santé d'Haïti qui a été analysé dans un premier temps à un niveau organisationnel, puis, dans un second temps, à un niveau interorganisationnel plus systémique. Le premier niveau organisationnel concernait les différentes structures impliquées dans la production et le traitement de l'information sanitaire en Haïti. Le passage de ce premier niveau d'analyse à un second niveau d'analyse plus systémique et interorganisationnel nous a permis de faire ressortir les liens existants entre différentes organisations exerçant aussi bien au niveau national, que départemental et local du système de santé.

La population à l'étude était constituée par l'ensemble des organisations intervenant dans le système de santé. Toutefois étant initié dans le cadre d'un projet de réorganisation du système d'information sanitaire, les organisations investiguées pendant cette étude furent choisies par leur implication effective dans les différents processus de production et de traitement de l'information sanitaire en Haïti. Ceci étant, l'échantillon retenu comprenait aussi bien des organisations internationales intervenant au niveau national et départemental, que certaines directions centrales du ministère de la santé. Les informations collectées auprès de cet échantillon furent complétées et recoupées avec d'autres informations recueillies dans une des directions départementales notamment celle du nord, ainsi que dans une des unités communales de santé de ce département. Chacune des organisations investiguées fut conceptualisée

et analysée comme étant un système d'action sociale (SAS) au sens de la théorie de Parsons. Cette théorie de l'action sociale stipule en effet que toute action humaine ou tout système d'action sociale (SAS) peut être conceptualisé et analysé à travers quatre fonctions essentielles. Une fonction rationnelle au sein de laquelle, on retrouve les buts formels et informels du système d'action sociale ainsi que les buts des différents acteurs qui interagissent au sein du système d'action. Une fonction d'adaptation à partir de laquelle le système d'action interagit avec son environnement en acquérant des ressources et en s'ajustant aux défis et problèmes internes et externes. Une fonction de production au sein de laquelle, différents mécanismes sont initiés pour transformer les ressources environnementales en produits, ou en bien et services. Et finalement, une fonction normative qui renferme les éléments en lien avec les normes et valeurs véhiculées au sein du système d'action ainsi que les éléments en lien avec le climat organisationnel de travail (Rocher 1972; Alexander 1983; Béland 1989; Rocher and Béland 1989; Sicotte, Champagne et al. 1998).

Partant de cette prémisse, nous avons appliqué cette conception aux systèmes d'informations sanitaires (SIS) des différentes organisations internationales qui interviennent en Haïti, ainsi qu'à certaines structures du MSPP afin de pouvoir les caractériser. Dans cette logique, les éléments de la fonction de production des systèmes d'action étaient la nature et le volume de l'information sanitaire, la façon dont elle est traitée et la qualité des informations traitées. Les informations sanitaires sont produites pour des buts uniques ou multiples dont: le suivi de l'état de santé des populations, le suivi de la mise en œuvre ou des effets des projets que ces organisations implantent. Pour produire et traiter ces informations, les SAS ont besoin de s'adapter à l'environnement dans lequel ils évoluent. Les éléments de la fonction d'adaptation sont

de ce fait les sources des données, les sources de financement, les acteurs organisationnels visés par la distribution des informations et l'étendue de la couverture géographique et populationnelle de ces systèmes. Le bon fonctionnement de cet ensemble étant en outre assujetti à un ensemble de normes et de valeurs. De plus, on recherchait également pour chacune des organisations investiguées, les différentes organisations avec lesquelles elle interagissait ainsi que la nature de ces interactions. La liste complète des variables recherchées est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau 13: Variables recherchées dans chacun des systèmes d'action (Adapté de Sicotte, Champagne et al. 1998)

Fonctions	Variables
Adaptation à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Sources des données ou des informations - Sources de financement - Utilisation d'une expertise technique externe - Interactions organisationnelles - Acteurs nationaux ou internationaux visés par la distribution des informations - Couverture pathologique, géographique et populationnelle - Durabilité et stabilité
Rationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le profil de santé de la population - Définir la tendance évolutive d'une maladie ou d'un groupe de maladies, d'une population ou d'un sous-groupe de la population - Apprécier et accroître la fonctionnalité des organisations
Production	<ul style="list-style-type: none"> - Nature et volume de l'information sanitaire traitée - Qualité des informations traitées - Complétude - Processus de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations
Normative	<ul style="list-style-type: none"> - Culture ou habitude de collecte, de traitement, d'analyse, de diffusion de l'IS - Existence d'un personnel spécifique pour la gestion des IS - Décisions ou actions concrètes prises à partir des IS pour la surveillance épidémiologique

Au total, les données sur lesquelles nous nous sommes basées pour la réalisation de cette étude ont été recueillies à travers une analyse documentaire, une observation participante au cours de la tenue de certaines réunions entre le ministère de la santé et les organisations internationales, ainsi qu'à travers une trentaine d'entrevues semi-dirigées auprès des principaux responsables des organisations internationales et des structures du ministère de la santé situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

L'analyse des différentes données issues de cette étude nous a finalement permis de retrouver certains éléments qui pourraient permettre de mieux expliquer les enjeux de gouvernance d'un système de santé vu comme un système adaptatif et complexe en phase de « chaos ».

LE SYSTÈME DE SANTÉ D'HAÏTI DANS UNE PHASE DE « CHAOS »

Selon la perspective de la complexité, le chaos n'est pas forcément synonyme de désordre absolu et indésirable dans lequel il ne règne que l'anarchie (Demers 2007). Il s'agit plutôt d'un état particulier et transitoire des systèmes adaptatifs complexes caractérisés entre autres par un ordre sous-jacent à un désordre apparent, une invariance structurelle selon les niveaux, une émergence de phénomènes nouveaux et imprédictibles, ainsi qu'une forte dépendance aux conditions initiales conduisant à une grande instabilité (Gleick 1991; Thiétart and Forgues 1995; Dooley and Van de Ven 1999; Morel and Ramanujam 1999).

Au cours de cette étude, nous avons retrouvé ces différents éléments caractéristiques du chaos dans le système de santé d'Haïti.

Caractéristique d'ordre dans certaines composantes du système de santé haïtien

À travers l'utilisation de la théorie de l'action sociale de Parsons, nous avons pu faire ressortir l'existence d'un ordre dans le fonctionnement de certaines composantes du système de santé haïtien particulièrement celles en rapport avec les organisations internationales.

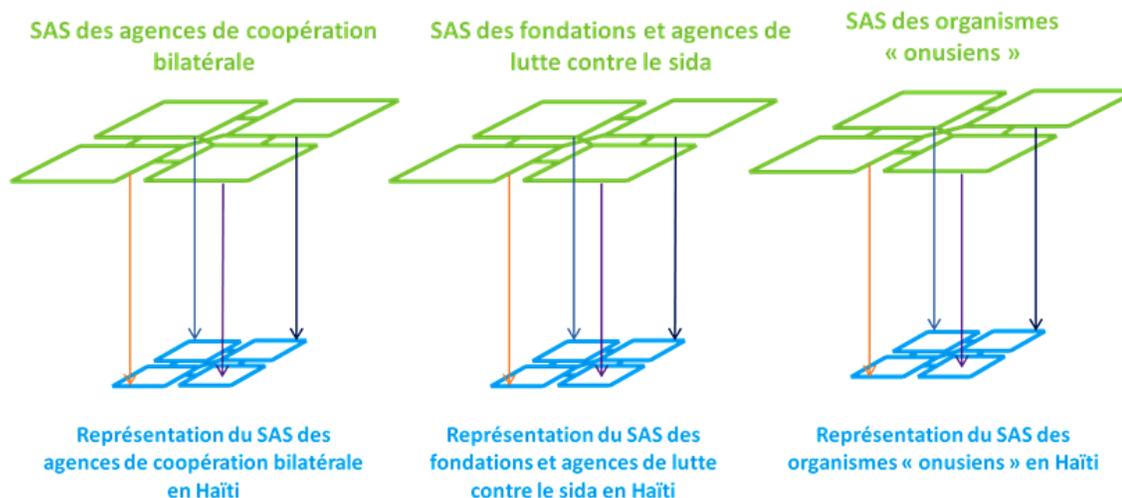
Suivant ce cadre analytique, nous avons identifié trois groupes de systèmes d'action sociale au sein desquels, on est parvenu à circonscrire l'essentiel des actions entreprises dans le système de santé d'Haïti. Le premier groupe était en lien avec les organisations internationales issues des relations de coopération bilatérale entre Haïti, les États-Unis, le Canada et Cuba. Il s'agit de l'agence américaine de développement international (USAID), l'agence canadienne de développement international (ACDI) et la coopération

cubaine. Le deuxième groupe était quant à lui constitué des fondations ou initiatives internationales mises en place dans le cadre de la lutte contre le Sida, la Malaria et la Tuberculose, c'est-à-dire le PEPFAR (Fonds d'urgence du président des États-Unis dans la lutte contre le sida) et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Malaria et la Tuberculose. Alors que le troisième groupe identifié était celui des organisations appartenant au système des Nations-Unies notamment l'OMS, l'UNICEF ou encore le FNUAP. Chacun de ses groupes de systèmes d'action a une constellation d'organisations satellites aussi bien au niveau central, départemental que local. Nous élaborerons davantage sur cette présence lorsque nous parlerons de la deuxième caractéristique du chaos à savoir l'invariance structurelle ou l'auto-similarité.

Tous ces systèmes d'action disposent de leurs propres caractéristiques de rationalité, d'acquisition de ressources, de stabilité normative et de production. Ils sont en outre reliés à d'autres systèmes d'action bien plus complexes situés en dehors du système de santé haïtien qui viennent influencer et alimenter leurs différentes caractéristiques. Pour illustrer ces phénomènes, nous pouvons citer le cas des SAS issus des processus coopération bilatérale avec des pays comme les États-Unis, le Canada et Cuba. Ces systèmes d'action représentent ces pays d'où sont non seulement issues les ressources qu'ils utilisent, les différentes rationalités qu'ils mettent de l'avant, mais aussi la culture et les valeurs qui les guident et qu'ils véhiculent dans la réalisation de leurs activités. Le cas des SAS associés aux organismes onusiens reste également révélateur de ce phénomène. En effet, le bureau de l'OMS en Haïti n'est en fait qu'une représentation locale du bureau régional de l'OMS Amérique, qui à son tour n'est qu'une représentation du bureau central de l'OMS, l'agence des Nations-Unies spécialisée en matière de santé. Avec cette conception, la logique de fonctionnement du SAS local de

l'OMS en Haïti reste donc empreinte des influences provenant de tous ces autres systèmes d'action qu'il est censé représenter en Haïti.

Figure 10: Principaux systèmes d'action sociale (SAS) présents dans le système de santé d'Haïti



En disposant ainsi de fortes capacités d'acquisition de ressources et des systèmes de production efficaces et le tout orienté vers la réalisation de buts bien spécifiques, ces trois groupes de systèmes d'action identifiés dans cette étude semblent donc bien ordonnés et très cohérents à leur niveau.

Toutefois, l'ordre, la cohérence et la stabilité mis en évidence au sein de ces trois systèmes d'action constituent un des obstacles dans l'émergence d'un ordre porteur de changement dans le système de santé d'Haïti. Ces trois systèmes d'action sociale présentent en effet des dynamiques de fonctionnement et des trajectoires évolutives qui leur sont propres et qui sont difficilement réconciliables, ce qui crée et entretient l'état de faible intégration et de chaos dans lequel se retrouve le système de santé haïtien.

Caractéristique d'invariance structurelle ou d'autosimilarité.

L'invariance structurelle ou encore l'auto-similarité constitue la propriété du « chaos » qui reflète la similarité qui existe à tous les échelons des systèmes complexes sans pour autant qu'il n'y ait de liens mécaniques tangibles pour soutenir cette cohérence (Dubinkas 1994). Dans le contexte du système de santé d'Haïti, cette caractéristique se reflétait par la présence des composantes fonctionnelles des trois SAS identifiés précédemment à tous les échelons de gouvernance du système de santé d'Haïti. Ces SAS occupent l'essentiel du paysage organisationnel sociosanitaire haïtien et interviennent à travers une constellation d'ONG ou de programmes satellites en reproduisant les mêmes schémas structuraux et fonctionnels aussi bien au niveau central, départemental que local.

Au niveau central, les trois SAS interviennent dans le fonctionnement des programmes verticaux de lutte contre les maladies que compte le pays. Parmi ces programmes, les plus importants sont le programme de lutte contre le VIH/Sida, le programme de lutte contre la malaria ou encore le programme de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Bien qu'étant plus portés sur la définition de normes que sur l'action, ces programmes verticaux fonctionnent principalement et presque essentiellement avec l'appui technique et le soutien financier de ces trois SAS. En plus de ces programmes, le fonctionnement de plusieurs autres directions centrales du MSPP dépend aussi essentiellement de ces mêmes SAS mis en place par ces organisations internationales.

Au niveau intermédiaire de la pyramide de gouvernance sanitaire, les directions départementales de la santé sont également organisées sur une base programmatique et on retrouve au sein de ces programmes, les représentations décentralisées des trois

SAS identifiées au niveau central. Le fonctionnement des directions départementales repose également en grande partie du financement accordé par ces organisations internationales, plus précisément à travers le financement du Plan Départemental Intégré (PDI). Ce PDI est généralement élaboré au début de chaque année et définit l'essentiel des activités sanitaires planifiées dans le département sanitaire. Mais comme son exécution est supportée dans une large mesure par les organisations internationales, il est donc logique que les axes majeurs du PDI intègrent les orientations stratégiques principales de ces différentes organisations internationales.

Un cas illustratif de ce phénomène est celui de MSH (Management Sciences for Health) qui est une organisation affiliée au SAS associé à l'USAID. Cette organisation finançait, à travers son projet HS 2007, non seulement une grande partie de l'exécution du plan départemental intégré (PDI) annuel dans lequel originent les actions sanitaires entreprises dans les départements sanitaires, mais aussi l'essentiel du fonctionnement administratif des bureaux des directions départementales (rénovation et équipement de locaux, paiement de supplément de salaire pour certains employés). Cette organisation dispose par ailleurs d'un représentant dans chacune des dix directions départementales d'Haïti. Ce représentant étant en charge de suivre les différents processus d'allocation de ressources au niveau des directions départementales. Donc, les rapports d'activités mensuels ou annuels des directions départementales lui sont directement transmis et donc indirectement à l'USAID en même temps qu'ils sont acheminés à la direction générale du ministère de la santé.

Un autre exemple qui s'inscrit dans le même ordre d'idées est celui du projet PALIH (Programme de Lutte contre les IST/VIH/Sida en Haïti) mis en place par le système

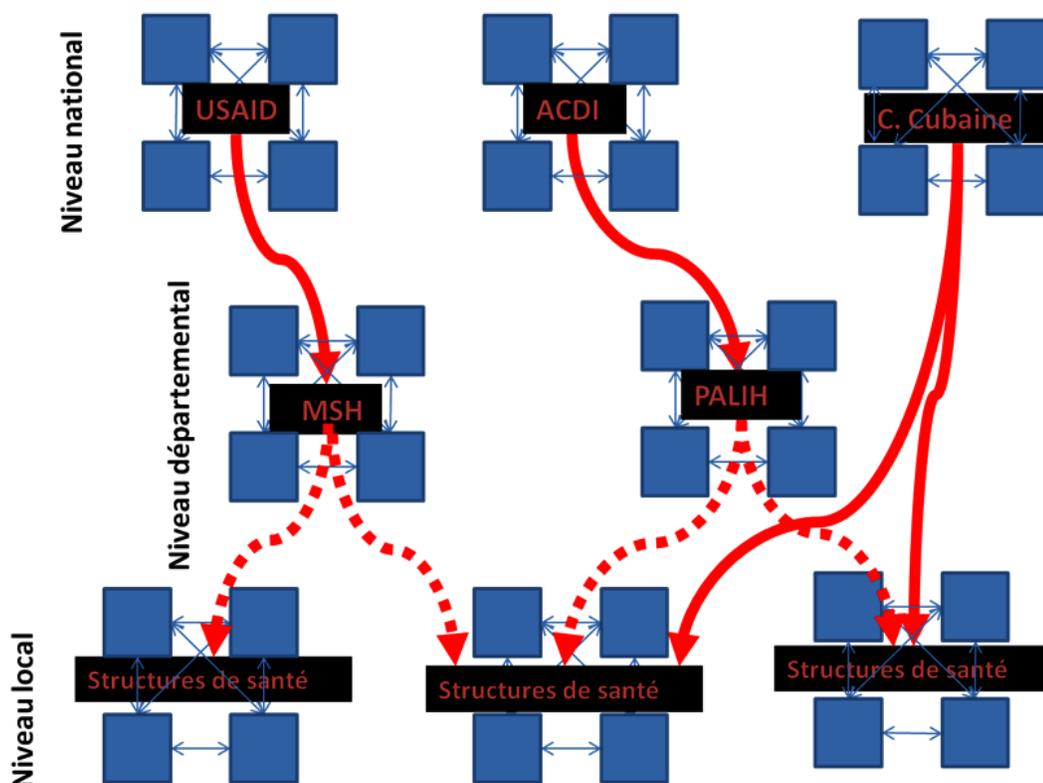
d'action de l'agence de la coopération canadienne. Étant l'un des principaux projets internationaux qui intervient dans le département sanitaire de l'Artibonite et compte tenu de l'appui technique, matériel et logistique qu'il fournit aussi bien à la direction départementale de santé, qu'aux autres structures de santé, ce projet joue un rôle prépondérant dans l'orientation et la coordination de toutes les actions sanitaires entreprises. Les actions de ce projet dans ce département sanitaire illustrent le phénomène de « zoning » géographique ou pathologique évoqué par certains auteurs du domaine de la santé internationale (Walt, Pavignani et al. 1999) et qui fait référence au fait que les organisations internationales parviennent à être les seuls acteurs à intervenir dans une zone géographique donnée ou encore sur une seule pathologie ou groupe pathologique donné dans certains systèmes de santé de pays en développement. Ce phénomène pouvant ultimement conduire à un partage, voire « un morcellement harmonieux » de tout le système de santé entre les différentes organisations internationales sur une base géographique ou pathologique. De plus, la pleine dotation d'une seule des directions départementales de santé dans le contexte général de rareté de ressources qui caractérise le système de santé d'Haïti peut générer des conflits d'autorités entre les structures de gouvernance du niveau central et celles du niveau départemental, et accroître ainsi le dysfonctionnement organisationnel dans le système de santé d'Haïti.

Ce phénomène d'invariance structurelle et d'auto-similarité s'observe également au niveau local car l'essentiel des structures locales de santé qui parviennent à offrir des soins et services aux populations qu'elles desservent le font essentiellement grâce à l'appui qu'elles reçoivent des fondations ou initiatives mondiales de lutte contre le sida, donc le deuxième type de SAS identifié dans cette étude. Les ressources investies dans

les structures de santé de base dans le cadre des programmes de lutte contre le sida les rendraient ainsi capable d'offrir d'autres services de santé inclus dans le paquet minimum de services. Ce faisant, le fonctionnement de ces structures de santé dépend de l'appui technique et matériel fourni par ces organisations internationales.

Le SAS associé à la coopération cubaine dispose aussi d'une forte présence au niveau local notamment à travers le déploiement d'une brigade d'environ 500 professionnels de la santé composée principalement de médecins de famille répartie dans l'ensemble des structures de santé du pays. Toutefois, même si la présence de ces professionnels cubains a permis d'accroître l'offre de soins et de services de santé à la population haïtienne, il reste que la non-intégration de ce système d'action avec les structures de gouvernance locale, départementale et centrale du ministère de la santé constitue un autre élément qui alimente le chaos organisationnel dans le système de santé.

Figure 11: Invariance structurelle dans le système de santé d'Haïti



Caractéristiques d'instabilité et d'imprédictibilité

Cette dernière caractéristique et non la moindre, est en partie liée à l'aspect éphémère et non nécessairement récurrent des actions entreprises par les organisations internationales en Haïti. L'ensemble de ces organisations intervient en effet sur la base de projets dont la durée est généralement bien limitée dans le temps. Par exemple, les initiatives globales de lutte contre le sida notamment le PEPFAR et le Fonds Mondial qui assurent et soutiennent aussi bien techniquement que financièrement l'essentiel des activités de prévention et de prise en charge du sida en Haïti n'y sont présentes que pour un temps bien déterminé. Avec cette donne, l'avenir de toutes les actions entreprises dans ce sens pourrait être donc considéré comme très incertain.

En plus de cet aspect éphémère, l'absence de collaboration au niveau systémique centrale rend les différentes actions entreprises par chacune de ces organisations très cohérentes à leur niveau, sans pour autant qu'elles ne le soient pour l'ensemble du système santé. Ainsi, cette forte dépendance aux conditions locales des actions entreprises au niveau de chacune des organisations tend à accroître de façon substantielle l'imprédictibilité de la trajectoire évolutive de certaines composantes du système de santé haïtien.

Après avoir fait ressortir les caractéristiques de complexité et de chaos associées au système de santé d'Haïti au moment où nous avons effectué cette étude, nous discutons en dernier lieu de l'application de certaines avenues possibles pour gérer cette complexité et améliorer par conséquent la gouvernance de ce système de santé.

APPROCHES POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN

Ayant initialement conceptualisé ce système de santé comme étant un système complexe, sa dynamique évolutive devrait reposer selon les données de la littérature sur la coexistence simultanée du chaos et de la stabilité ou encore de l'équilibre et de la variation (Morin 1990; Stacey 1995; Demers 1999; Koenig 2006; Thiétart and Forgues 2006; Demers 2007). Pour un système complexe, un excès de stabilité ou d'ordre tue le système par inertie tandis que l'excès de chaos tue également le système, mais cette fois par entropie (Demers 1999). Or l'ordre mis en évidence localement dans certaines composantes du système de santé, associé aux phénomènes d'invariance structurelle, de détermination et d'imprédictibilité indiquent que le système de santé haïtien se retrouve essentiellement dans une phase de chaos. Les éléments de stabilité et d'équilibre qui doivent coexister avec ce chaos pour que le système puisse évoluer dans une dynamique positive sont inexistantes. Ceci étant, avec les données recueillies dans cette étude, nous estimons que toute démarche de changement pourrait initialement passer par la prise en considération des différents systèmes d'action sociale sur l'organisation du système de santé haïtien, puis par la création par la suite, de poches ou d'îlots de stabilité pour permettre au système de pouvoir alterner entre chaos et équilibre; le changement devant émaner de cette dynamique par apprentissage et auto-organisation.

Pour avancer dans la démarche de création de cette stabilité, nous empruntons à Boisot et Child (1999) les construits de réduction et d'absorption de la complexité qu'ils ont développés dans leur publication relative à l'expansion des entreprises occidentales dans le marché économique chinois (Boisot et Child 1999). Selon ces auteurs, la

complexité résultant de cette situation peut être soit réduite à travers l'utilisation de mécanismes de codification et d'abstraction ou par la diminution du nombre d'acteurs organisationnels impliqués dans le processus; soit absorbée par la création de stratégies et d'alliances serrées entre les différents partenaires en présence (Boisot and Child 1999). Appliquée au contexte haïtien, chacune de ces deux approches pourrait permettre de créer quelques poches de stabilité, étape préalable à l'initiation du changement dans la gouverne du système de santé haïtien.

Approche de réduction de la complexité

La première approche mise de l'avant par Holland (1975) et reprise plus tard par Boisot et Child (1999) suggère que la complexité peut être gérée en la réduisant par des mécanismes d'élaboration de règles simples (lois et règlements) auxquels tous les acteurs qui interviennent dans le système de santé haïtien devraient se soumettre et fonctionner, ou à travers la normalisation des procédures d'intervention et la coordination des activités de tous les acteurs en présence dans le système de santé haïtien.

De nombreuses tentatives de régulation du système de santé à travers des mesures législatives ont été entreprises antérieurement et sans trop de succès. L'une de ces tentatives était l'élaboration et la publication en 2003 du plan stratégique national pour la réforme du système de santé dans lequel, il était indiqué que les axes prioritaires d'interventions devraient reposer sur la mise en place des unités communales de santé (UCS) et sur la lutte contre la mortalité maternelle (MSPP 2003). Or, la présente analyse du système de santé haïtien nous a permis de réaliser que la plupart des activités sociosanitaires en Haïti s'inscrivaient directement ou indirectement dans le cadre de la

lutte contre les IST/VIH/Sida. L'implantation des UCS et des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle constituent deux domaines d'activités marginaux conduits respectivement par un projet conjoint du ministère de la santé et la Banque Interaméricaine de développement, soit le projet MSPP/BID et par un autre projet conjoint de l'UNICEF et du FNUAP, le projet de réduction de la mortalité maternelle (RMM). Donc au regard de cette réalité, il est peu probable que la complexité associée au système de santé haïtien puisse être gérée par ce mécanisme.

L'autre mécanisme de réduction de la complexité devrait reposer sur une réduction importante du nombre d'acteurs qui interviennent dans le système de santé d'Haïti. Mais le succès de cette solution reste également peu probable à cause de la forte dépendance du système de santé aux ressources provenant de l'extérieur ainsi que de la tendance lourde internationale actuelle qui accorde une grande priorité aux différents programmes de lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose. Par ailleurs, la faible capacité de mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines ainsi que la faible aptitude des acteurs nationaux du système de santé à offrir des soins et services de santé adéquats aux populations haïtiennes rendent donc peu réaliste cette possibilité de réduire le nombre d'organisations internationales qui interviennent dans le système de santé haïtien.

Approche de l'absorption de la complexité

Cette approche semble plus prometteuse et plus pertinente dans le contexte sociosanitaire haïtien. Elle devrait s'appuyer sur la présence d'un leadership fort au niveau du ministère de la santé. Car en présence d'un système complexe, il est établi que les acteurs qui ne possèdent pas une grande capacité financière et technologique

devraient plutôt chercher à absorber la complexité plutôt qu'à la réduire (Boisot and Child 1999). Cette approche d'absorption de la complexité devrait miser sur le développement des mécanismes de collaboration ainsi que sur la création d'alliances stratégiques serrées entre d'une part le MSPP et d'autre part tous les acteurs importants intervenant dans le système de santé haïtien. Il s'agit de coopter et d'impliquer tous les acteurs organisationnels influents sur une base d'obtention de bénéfices réciproques et les conduire à gérer la complexité mise en évidence dans le système de santé haïtien. Dans le long terme, la mise en œuvre de ces mécanismes d'absorption de la complexité devrait permettre un meilleur repositionnement du MSPP face aux autres organisations internationales et favoriser un début d'intégration et de coordination de toutes les actions entreprises dans le système de santé haïtien.

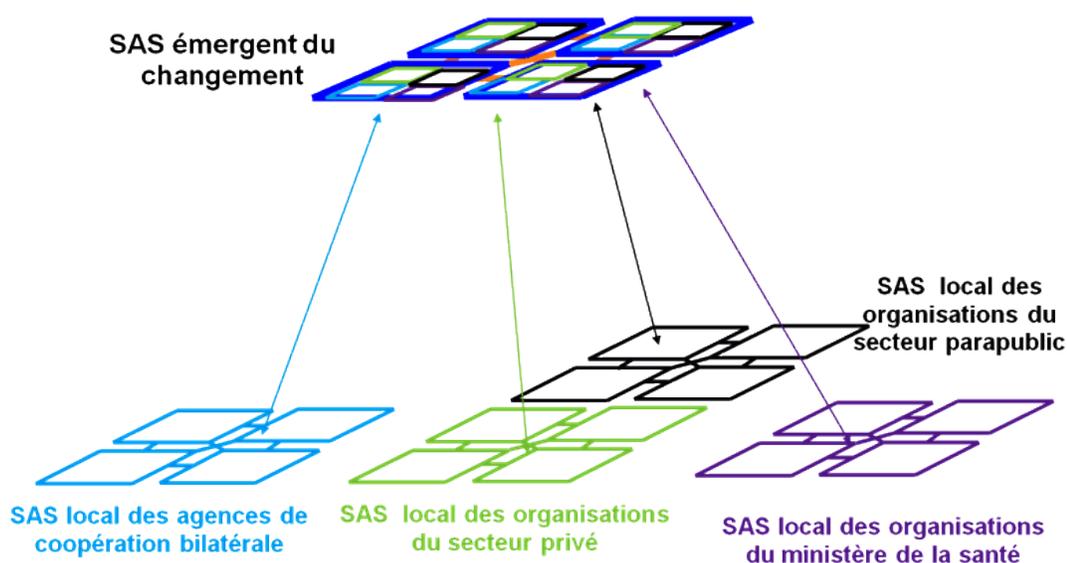
Approche de la complexification de la complexité

Compte tenu de l'impact potentiel limité de ces deux stratégies dans le contexte organisationnel du système de santé d'Haïti, nous estimons qu'il est approprié de proposer une troisième alternative.

À la fois proche des avenues suggérées par l'approche d'absorption de la complexité, mais tout en restant différente de cette dernière par la faible priorité qu'elle porte aux mécanismes de planification et de contrôle, cette troisième voie permettrait d'accroître la variété et la diversification dans le système de santé haïtien. Cette variété et cette diversification étant par ailleurs soutenues par la création et la mise en place de plusieurs connexions entre tous les systèmes d'action en présence dans le système de santé haïtien, qu'ils soient d'appartenance nationale ou internationale ou qu'il agisse au niveau central, départemental ou local. De ce fait, au lieu de réduire ou d'absorber la

complexité, cette troisième voie permettrait au contraire de l'accroître davantage. L'aboutissement de ce processus étant l'émergence de nouvelles propriétés dans le système de santé haïtien qui seraient issues non seulement de la combinaison des propriétés des trois groupes de systèmes d'action individuels précédemment identifiés, mais aussi d'autres propriétés résultant de leur mise en commun. Par ailleurs, à travers le transfert d'informations et de ressources par le biais des différentes interconnexions mises en place, la survenue d'un quelconque changement novateur dans une des composantes du système de santé pourrait alors se transmettre à l'ensemble des autres composantes du système.

Figure 12: Approche d'introduction du changement dans le système de santé d'Haïti



De plus, avec cette conception du changement, il n'y aurait pas forcément un leadership central ou unique assuré par une des nombreuses organisations internationales intervenant en Haïti ou encore par le ministère de la santé et qui déciderait de la dynamique de fonctionnement global du système de santé. Le leadership serait plutôt collectif et diffus, partagé et exercé entre tous les différents systèmes d'action sociale exerçant dans le système de santé haïtien. Dans cette logique, ce serait donc à chacun des acteurs du système de santé haïtien avec les ressources et les informations dont il dispose d'initier l'innovation ou le changement à son niveau à travers l'expérimentation. Étant donné le fonctionnement en système complexe des systèmes de santé associé au fait que par les dynamiques d'interactions positive et négative, de petites actions puissent conduire à des changements d'envergure, nous estimons que les efforts d'innovation et d'expérimentation effectués localement par chacun de ces systèmes d'action dans un cadre de collaboration et de coordination, devraient donc conduire le système de santé haïtien vers une amélioration notable de sa gouvernance.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons cherché à appliquer certaines notions issues du concept de la gouvernance et de la théorie de la complexité pour approfondir la compréhension de certains enjeux de gouvernance auxquels font face les systèmes de santé des pays en développement notamment celui d'Haïti. L'utilisation de la thématique de la gouvernance tout au long de cette étude fut motivée par le fait qu'elle permet de tenir compte non seulement de tous les types d'organisations qui interviennent au sein d'un même système complexe et ce, quelque soit son appartenance publique, parapublique ou privée, mais aussi parce qu'elle met l'accent sur les différentes interactions existantes entre principaux niveaux de la pyramide sanitaire.

Avec la présence « forte » de nombreuses organisations internationales, nous avons pensé et avons conceptualisé le système de santé haïtien comme un système adaptatif complexe qui se retrouve dans une phase de « chaos ». Parmi les caractéristiques de ce « chaos », celle que nous considérons la plus édifiante étant la mise en évidence d'un ordre local dans certaines composantes du système de santé. Nous avons conceptualisé cet ordre à travers l'existence de trois groupes de systèmes d'action sociale bien intégrés et bien présents à tous les échelons de la pyramide sanitaire : celui des agences de coopération bilatérale, celui des initiatives ou fondations internationales de lutte contre le sida et finalement celui des organisations onusiennes. Ces systèmes d'action sont en outre associés à d'autres systèmes d'action plus complexes qui sont situés à l'extérieur du système de santé haïtien. Si cet ordre et cette cohérence apparaissent comme étant des attributs positifs pour ces différents systèmes d'action, il reste qu'ils pourraient constituer un obstacle majeur dans le processus d'édification et de renforcement du système de santé d'Haïti.

Ayant présenté la gouvernance du système de santé haïtien avec l'approche théorique de la complexité, il nous a paru évident que l'application de simples prescriptions issues des théories traditionnelles de gestion ne permettait pas de l'améliorer. Et c'est dans cet élan que nous avons élaboré sur trois approches devant permettre de mieux appréhender cette complexité. Bien entendu, cette suggestion pour améliorer la gouvernance du système de santé haïtien ne devrait pas être comprise comme étant de nouvelles prescriptions élaborées à la lumière d'une « nouvelle » théorie et à appliquer de façon rigide à partir du sommet hiérarchique de la pyramide sanitaire vers la base. Nous estimons au contraire que ces différents mécanismes devraient juste être des grandes lignes qui doivent inspirer et guider les décideurs et acteurs de tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans leurs activités quotidiennes. Car c'est à ces derniers de se les approprier et de les expérimenter dans leurs pratiques.

Finalement, étant donné l'existence d'autres enjeux majeurs de gouvernance au sein des systèmes de santé des pays en développement identifiés dans la littérature scientifique, nous estimons qu'il serait également approprié d'effectuer d'autres recherches afin d'approfondir la compréhension de ces différents enjeux et améliorer ainsi la dynamique de fonctionnement des systèmes de santé des pays en développement.

Références bibliographiques

- Alexander, J. (1983). "The modern reconstruction of modern of classical thought: Talcott Parsons." Theoretical logic in sociology **4**(Chapter 2): 8-45.
- Anderson, R., B. Crabtree, et al. (2005). "Case study research: the view from complexity science." Qualitative Health Research **15**(5): 669-685.
- Béland, F. (1989). "Propositions pour une reconstruction des composantes des rôles de malade et de médecins dans la sociologie de Parsons " Sociologie et sociétés **21**(1): 165-185.
- Boisot, M. and J. Child (1999). "Organizations as adaptive systems in complex environments: The case of China." Organization Science **10**(3): 237-252.
- Bugun, J. (1994). "Chaos and complexity: Frontiers of organization science." Journal of management inquiry **3**(4): 329-335.
- Buse, K. (1999). "Keeping a tight grip on the reins: donors control over aid coordination and management in Bangladesh." Health policy and planning **14**(3): 219-228.
- Buse, K. and G. Walt (1997). "An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review." Soc Sci Med **45**(3): 449-63.
- Cassels, A. (1996). "Aid instruments and health systems development: an analysis of current practice." Health policy and planning **11**(4): 354-368.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude Numéro 39**: 1-37.
- Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, et al. (2005). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Montréal, G. Morin.
- Contandriopoulos, A. P. (2003). "Inertie et changement." Ruptures **9**(2): 4-31.
- Demers, C. (1999). "De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnels de 1945 à aujourd'hui." Gestion **24**(3): 131-139.
- Demers, C. (2007). Organizational change theories : a synthesis. Los Angeles, CA, SAGE Publications.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude numéro 36**.
- Dooley, K. and A. Van de Ven (1999). "Explaining complex organizational dynamics." Organization Science **10**(3): 358-372.
- Dubinskas, F. (1994). "On the edge of chaos: A metaphor for transformative change." Journal of management inquiry **3**(4): 355-366.
- Eoyang, G. H. and T. H. Berkas (1999). Evaluating performance in a Complex Adaptive System (CAS). Managing complexity in organizations: a view in many directions. M. R. Lissak and H. P. Gunz. Westport, CN, Quorum.
- Ezzamel, M. and M. Reed (2008). "Governance: a code of multiple colours." Human Relations **61**(5): 597-615.
- Gleick, J. (1991). La théorie du chaos : vers une nouvelle science. Paris, Flammarion.
- Glouberman, S. and H. Mintzberg (2002). "Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie." Gestion **27**(3): 12-22.
- Glouberman, S. and B. Zimmerman (2002). Systèmes compliqués et complexes: en quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude numéro 8**.

- Greener, I. and M. Powell (2008). "The changing governance of the NHS: reform in a post-keynesian health." Human Relations **61**(5): 617-636.
- Johnson, J. and B. Burton (1994). "Chaos and complexity theory for management: Caveat Emptor." Journal of management inquiry **3**(4): 320-328.
- Koenig, G. (2006). "L'apprentissage organisationnel: repérage des lieux " Revue Française de gestion **1**(160): 293-306.
- Krislov, S. (2002). "Governance." The oxford companion to american law, Oxford reference on line, 2008.
- Marion, R. and J. Bacon (2000). "Organizational extinction and complex systems." Emergence **1**(4): 71-96.
- Mehde, V. (2006). "Governance, administrative, and the paradoxes of new public management." Policy public and administration **21**(4): 60-81.
- Morel, B. and R. Ramanujam (1999). "Through the looking glass of complexity: The dynamics of organizations as adaptive and evolving systems " Organization Science **10**(3): 278-293.
- MSPP (2003). Plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé. Port-au-Prince, Ministère de la santé publique et de la population d'Haiti: 273p.
- OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant. Genève.
- OMS. (2006). "Mortality country fact sheet." Retrieved 2006, 2006.
- PAHO. (2008). "Haiti Health situation analysis and trends summary." Retrieved 2008, 2008.
- Papadopoulos, M. C., M. Hadjitheodosiou, et al. (2001). "Is the National Health Service at the edge of chaos?" Journal of the royal society of medicine **94**(12): 613-616.
- Pierre, J. and B. G. Peters (2000). Governance, politics and the state. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London, Macmillan.
- Pollitt, C. and S. Harrison (1992). Handbook of public services management. Oxford, UK ; Cambridge, Mass., Blackwell.
- Prakash, A. and J. H. Hart (1999). Globalization and governance: an introduction. Globalization and governance. A. Prakash and J. H. Hart. London, Routledge.
- Rocher, G. (1972). Talcott Parsons et la sociologie américaine Paris, Presses Universitaires de France.
- Rocher, G. and F. Béland (1989). "Pour relire Talcott Parsons... ." Sociologie et sociétés **21**(1): 5-10.
- Rodriguez, C., A. Langley, et al. (2007). "Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network." Administration and society **39**(2): 150-193.
- Sabbat, J. (1997). "International assistance and health care reform in Poland: barriers to project development and implementation." Health policy **41**(3): 207-227.
- Schneider, H. and L. Gilson (1999). "Small fish in a big pond? External aid and the health sector in south africa." health policy and planning **14**(3): 264-272.
- Scott, W. R., M. Ruef, et al. (2000). Institutional change and health care organizations: from professional dominance to managed care. Chicago, University of chicago press.
- Sharp, L. F. and H. R. Priesmeyer (1995). "Tutorial: Chaos theory - A primer foe health care." Quality Management in Health Care **3**(4): 71-86.

- Sicotte, C., F. Champagne, et al. (1998). "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance." Health Services Management Research **11**(1): 24-41; discussion 41-8.
- Stacey, R. D. (1995). "The science of complexity: an alternative perspective for strategic change processes." Strategic management journal **16**(6): 477-495.
- Stacey, R. D. (1996). Complexity and creativity in organizations. San Francisco, Berrett-Koehler.
- Thiétart, R. and B. Forgues (1995). "Chaos theory and organization." Organization Science **6**(1): 19-31.
- Thiétart, R. and B. Forgues (2006). "La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations." Revue Française de gestion **1**(160): 47-66.
- Touati, N., D. Roberge, et al. (2007). "Governance, health policy, implementation and the added value of regionalization " Health care policy **2**(3): 98-114.
- Walt, G. and K. Buse (2000). "Partnership and fragmentation in international health: threat or opportunity?" Trop Med Int Health **5**(7): 467-71.
- Walt, G. and K. Buse, Eds. (2006). Global cooperation in international public health. International public health : diseases, programs, systems, and policies. Toronto, Jones and Bartlett.
- Walt, G., E. Pavignani, et al. (1999). "Health sector development: from aid coordination to resource management." Health policy and planning **14**(3): 207-218.
- Yin, R. K. (2003). Applications of case study research. Thousand Oaks, Sage Publications.

CHAPITRE VII : CONCLUSION GÉNÉRALE

CHAPITRE VII : CONCLUSION GÉNÉRALE

La recherche que nous avons réalisée dans le cadre de cette thèse de doctorat avait pour objectif d'explorer les différents enjeux liés à l'introduction du changement dans les systèmes de santé dans les pays en développement. Suite à une revue de la littérature portant sur les caractéristiques générales des pays en développement, les caractéristiques spécifiques des systèmes de santé des pays en développement ainsi que les expériences d'introduction du changement dans les systèmes de santé en général, nous avons mis à contribution la théorie de l'action sociale de Parsons et la théorie de la complexité pour conceptualiser l'introduction du changement comme un système d'action sociale complexe et émergent dans lequel interviennent les éléments de tous les systèmes d'action qui y sont présents. Ce système d'action sociale complexe et émergent étant constitué des composantes individuelles de chacun de ces systèmes d'action mais aussi d'autres composantes émergentes résultant de la mise en commun de toutes les composantes individuelles de ces systèmes d'action. Étant donné les interactions non linéaires existantes entre tous ces systèmes, le changement qui proviendrait d'une composante des systèmes d'action individuels se transmettrait à l'ensemble des systèmes d'action mobilisés y compris le système d'action sociale global émergent.

Nous avons appliqué cette conception du changement à l'analyse d'un projet de réorganisation du système d'information sanitaire haïtien qui visait plus spécifiquement la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnelle à l'échelle du pays. Il s'agissait de l'initiation d'un changement dans le système de santé haïtien à travers l'introduction d'une innovation interorganisationnelle, le système de surveillance épidémiologique dans ce cas-ci. Ce processus d'introduction du

changement devait en effet passer par l'adoption du système de surveillance épidémiologique par les différentes organisations nationales ou internationales qui interviennent dans le système de santé haïtien.

Ce faisant, le premier article de cette thèse a porté sur l'analyse et la mesure d'une des étapes du processus d'introduction du changement, à savoir l'étape de l'adoption. La collaboration interorganisationnelle et ses déterminants étant également au cœur de l'introduction de ce changement, nous les avons analysés dans le deuxième article de la thèse en tant qu'objet ou mécanisme d'introduction du changement. Puis dans le troisième article, nous avons effectué une inférence analytique à partir des données recueillies dans les deux premiers articles pour mettre en évidence certains enjeux de gouvernance des systèmes de santé liés à la présence des organisations internationales et qui déterminent grandement l'issue du processus d'introduction du changement.

Ainsi de façon plus spécifique, cette thèse de doctorat aura porté sur l'analyse d'une des étapes du processus d'introduction du changement (l'adoption), sur l'analyse d'un objet du changement (la collaboration interorganisationnelle), ainsi que sur l'analyse des déterminants systémiques de ce processus d'introduction du changement.

L'analyse de l'adoption que nous avons proposée dans le premier article et qui répond à la première question de recherche de cette thèse s'est appuyée sur deux bases théoriques: la théorie de l'action sociale de Parsons et le modèle d'évaluation de Champagne et collaborateurs. Partant de ces deux approches théoriques, nous avons proposé une nouvelle vision de l'adoption qui consiste de la concevoir non pas comme une étape ponctuelle ayant une issue dichotomique (adoption ou non adoption), mais plutôt comme un processus dynamique qui évolue et se transforme dans le temps tout

au long du processus d'introduction du changement. En effet, nous avons situé l'adoption au niveau de la fonction d'adaptation à l'environnement du processus de changement où elle serait en interaction continue et réciproque avec les autres éléments de la fonction d'adaptation, mais aussi avec les autres fonctions du système d'action sociale lié au changement en émergence. Et de ce fait, nous avons défini l'adoption avec des composantes stratégique, logique et normative.

Nous avons par ailleurs utilisé des concepts développés dans le domaine de l'évaluation des interventions pour opérationnaliser la mesure d'adoption en fonction de la convergence des visions stratégique et logique de ces acteurs organisationnels et en fonction de l'intensité de leur intention de participation au projet d'introduction du changement. De façon plus concrète, nous avons recherché la concordance de la vision stratégique de ces différents acteurs selon l'importance qu'ils accordaient au problème identifié et à ses causes, selon l'importance qu'ils accordaient à la nécessité d'agir sur ce problème et ses causes ainsi que selon la pertinence des partenariats stratégiques proposés dans la résolution du problème (composante stratégique de l'adoption). La concordance de vues sur le bien-fondé de la solution proposée fut recherchée en fonction de l'accord de ces différents acteurs organisationnels sur les composantes de l'innovation à adopter (composante logique de l'adoption). L'intensité de l'intention de participer fut déterminée selon la contribution que chacun des acteurs organisationnels comptait apporter à la capacité de production et d'acquisition des ressources nécessaires au fonctionnement de l'innovation et selon la concordance entre les normes et valeurs véhiculées dans les organisations avec celles véhiculées dans le cadre du projet de changement (composante normative de l'adoption).

Suite aux résultats de ce premier article, nous avons constaté qu'aucune des organisations impliquées dans le processus d'introduction de l'innovation, le SSE dans ce cas-ci, ne disposait d'un niveau d'adoption optimal. Ce niveau d'adoption optimal étant défini en fonction du degré de partage de la vision stratégique et du bien-fondé de l'innovation par l'organisation sollicitée ainsi que par son intention d'implication forte. Par contre, quatre des organisations impliquées semblaient disposer d'un niveau d'adoption partielle tandis que six organisations avaient un niveau d'adoption marginale. De par leur faible connaissance de l'innovation et/ou par leur faible intention de participation, les deux autres acteurs organisationnels restants avaient un niveau d'adoption inexistant.

Avec cette réconceptualisation de l'adoption non pas comme une étape ponctuelle dans la production du changement, mais plutôt comme un processus dynamique qui pourrait se transformer dans le temps, nous estimons que la poursuite de cette étude à travers d'autres recherches supplémentaires aurait été utile pour documenter d'une part l'évolution des différents niveaux d'adoption organisationnelle mis en évidence dans cette première étude et donc du processus d'introduction du changement initié et, d'autre part, pour accroître la validité de construit de l'instrument de mesure utilisé dans l'étude.

L'initiation de mécanismes de collaboration interorganisationnelle constituant un autre enjeu majeur mis en évidence dans ce processus d'introduction du changement, nous avons utilisé, pour le deuxième article de la thèse, une approche permettant de proposer une autre façon de concevoir la collaboration interorganisationnelle ainsi que ses déterminants (2^{ème} question de recherche). Nous avons essayé d'intégrer dans un

premier temps les différentes approches d'analyse de la collaboration interorganisationnelle retrouvées dans la littérature au sein du cadre analytique de Parsons. Dans un deuxième temps, nous avons utilisé cette approche pour analyser de façon plus empirique comment ces déterminants interviennent dans l'émergence de la collaboration interorganisationnelle. En effet, contrairement aux différents auteurs qui ont abordé la thématique de la collaboration avec une perspective rationnelle et fonctionnelle, nous avons conceptualisé la collaboration interorganisationnelle comme un système d'action sociale émergent dont le fonctionnement est déterminé par la convergence des buts et des valeurs de chacune des organisations, la complémentarité dans leur fonction de production et la non-similitude dans leur capacité d'adaptation à l'environnement plus particulièrement leur capacité d'acquisition des ressources. L'application de cette logique dans le projet d'introduction d'un changement en Haïti a permis de faire ressortir, à l'image des résultats portant sur la mesure de l'adoption, une faible articulation des déterminants de la collaboration entre les différentes organisations impliquées dans ce processus d'introduction du changement à travers une faible articulation entre les buts et certains éléments de la fonction de production de ces différentes organisations, une similitude sur les éléments d'adaptation à l'environnement ainsi que des normes et valeurs relativement bien partagées.

Cette autre composante de notre thèse apporte une contribution aussi bien conceptuelle qu'empirique sur l'analyse de la collaboration interorganisationnelle et de ses déterminants en général, plus spécifiquement dans les systèmes de santé des pays en développement ayant une faible capacité de gouvernance. Cependant, nous estimons qu'il serait également approprié de conduire des recherches supplémentaires afin de poursuivre cette analyse et comprendre l'évolution de la dynamique du

processus d'introduction du changement. Plus spécifiquement, il serait utile de comprendre comment la mise en place des mécanismes de collaborations interorganisationnelles dans le cadre du SSE pourrait d'une part se transformer dans le temps et, d'autre part, transformer aussi les caractéristiques des différents systèmes d'action sociale qui interviennent dans sa formation.

À travers les niveaux variables et plutôt faibles d'adoption de l'innovation, ainsi qu'à travers une faible articulation des déterminants de la collaboration entre les différentes organisations impliquées dans ce processus, ces deux premières études mettent en évidence la difficile entreprise liée à l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement.

Suite à ce constat, nous avons essayé de rechercher une explication à ce phénomène en effectuant une autre étude qui allait cette fois au-delà de l'analyse des systèmes d'informations sanitaires et qui portait sur la gouvernance du système de santé haïtien dans sa globalité.

Avec cette étude qui a fait l'objet du troisième article de cette thèse, nous avons mobilisé la théorie de la complexité et la théorie de l'action sociale pour analyser le rôle des organisations internationales dans la gouvernance des systèmes de santé des pays en développement et plus particulièrement celui d'Haïti (3^{ème} question de recherche). En nous appuyant sur des données recueillies aux différents niveaux de la pyramide de gouvernance sanitaire, nous sommes parvenus à retrouver certaines caractéristiques associées à un état de « Chaos » et de « morcellement harmonieux » qui pourraient expliquer les difficultés liées à l'introduction du changement dans le système de santé haïtien et plus généralement dans les systèmes de santé des pays en développement. Il

s'agissait entre autres de l'existence de trois groupes de systèmes d'action dont le premier était en lien avec les organisations internationales issues des relations de coopération bilatérale entre Haïti, les États-Unis, le Canada et Cuba. Le deuxième groupe de système d'action sociale était quant à lui constitué des fondations ou initiatives internationales récemment mises en place dans le cadre de la lutte contre le Sida, la Malaria et la Tuberculose, c'est-à-dire le PEPFAR (Fonds d'urgence du président des États-Unis dans la lutte contre le sida) et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Malaria et la Tuberculose. Alors que le troisième groupe de systèmes d'action sociale était celui des organisations appartenant au système des Nations-Unies notamment l'OMS, l'UNICEF ou encore le FNUAP.

Ces différents systèmes d'action intervenaient selon différents mécanismes aussi bien au niveau central, que départemental et local du système de santé haïtien. Au niveau central, les trois SAS intervenaient dans le fonctionnement des neuf programmes verticaux de lutte contre les maladies que compte le pays. Parmi ces programmes, les plus importants sont le programme de lutte contre le VIH/Sida, le programme de lutte contre la malaria et le programme de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Au niveau intermédiaire de la pyramide de gouvernance sanitaire, les directions départementales de la santé étaient également organisées sur une base programmatique et on retrouvait au sein de ces programmes, les représentations décentralisées des trois SAS identifiées au niveau central. Le fonctionnement des directions départementales dépendait également en grande partie du financement accordé par ces organisations internationales, plus précisément à travers le financement du Plan Départemental Intégré (PDI). Au niveau local, l'essentiel des structures locales qui parviennent à offrir des services aux populations qu'elles

desservait le faisait essentiellement grâce à l'appui qu'elles reçoivent des fondations ou initiatives mondiales de lutte contre le sida, donc le deuxième type de SAS identifié plus haut. Les ressources investies dans les structures de santé de base dans le cadre des programmes de lutte contre le sida rendaient ces dernières capables d'offrir d'autres services de santé inclus dans le paquet minimum de services. De par ce fait, le fonctionnement de ces structures de santé dépend de l'appui technique et matériel fourni par ces organisations internationales.

Ces groupes de systèmes d'action sociale disposaient par ailleurs de leurs propres caractéristiques de rationalité, d'acquisition de ressources, de stabilité normative et de production. Ils étaient en outre reliés à d'autres systèmes d'action bien plus complexes situés en dehors du système de santé haïtien qui viennent influencer et alimenter leurs différentes caractéristiques. En disposant ainsi de fortes capacités d'acquisition de ressources et des systèmes de production efficaces et le tout orienté vers la réalisation de buts bien spécifiques, ces trois groupes de systèmes d'action identifiés dans ce troisième article semblaient donc bien ordonnés et très cohérents à leur niveau. De plus, ces différents SAS présentaient des dynamiques de fonctionnement ainsi que des trajectoires évolutives difficilement réconciliables lorsqu'ils se retrouvent au sein du même système de santé. Si cet ordre et cette cohérence apparaissent comme étant des attributs positifs pour ces différents systèmes d'action, il reste qu'ils constituent un obstacle majeur dans le processus d'édification et de renforcement du système de santé haïtien national. Ceci étant, il ressort de cette étude que la présence de ces trois systèmes d'action entretient probablement l'absence d'ordre au niveau systémique global et perpétue également l'état de chaos et de faible intégration dans lequel se retrouve actuellement le système de santé haïtien.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, même si nous nous sommes appuyés sur des éléments théoriques et conceptuels issus de la science de la complexité pour l'interprétation des données associées à cette troisième étude, nous restons conscients des différentes limites associées à ce choix méthodologique. En effet, la science de la complexité demeure une science encore relativement jeune et son application dans les sciences sociales et de la santé relativement récente. Elle est issue de disciplines scientifiques diverses et fournit par conséquent des approches méthodologiques diverses et variées.

Deux principales approches méthodologiques sont généralement utilisées pour analyser différents phénomènes sociaux, organisationnels et de santé à la lumière de cette science. Il s'agit d'une part de l'approche qui consiste à utiliser des métaphores pour générer des théories permettant de fournir une explication à des phénomènes jugés complexes et d'autre part, de l'approche qui consiste à appliquer des procédures computationnelles et mathématiques sophistiquées pour modéliser les phénomènes sociaux et organisationnels (Demers 2007). Avec cette étude, il ressort clairement que nous nous inscrivons dans la perspective de la première approche méthodologique, car tout au long de cette étude nous avons cherché à faire une correspondance entre les différents concepts développés dans le domaine de la complexité avec les données de recherche que nous avons recueillies afin de pouvoir les interpréter.

À propos de ce choix méthodologique, certains auteurs soulèvent cependant des questions concernant l'applicabilité et l'utilisation de modèles computationnels élaborés dans le domaine des sciences fondamentales, pour permettre de saisir l'essentiel des éléments de contexte et d'évolution des phénomènes sociaux et

organisationnels (Anderson 1999; Dooley and Van de Ven 1999; Morel and Ramanujam 1999). Toutefois, nous estimons que le fait d'avoir conceptualisé et réalisé dans cette thèse, des études qualitatives de cas qui répondent aux critères de rigueur requis pour ce type d'études nous permet de répondre aux interrogations soulevées par ces auteurs.

Ce faisant, cette dernière référence aux questions de rigueur et de validité nous amène à introduire les différents critères rigoureux qui ont été utilisés tout au long de cette recherche.

Rigueur de l'étude

La nature de notre problématique et de l'approche théorique suggérée nous ont conduits à nous aligner davantage vers la réalisation d'une recherche de développement. Ce type de recherche s'appuie d'une part sur une revue exhaustive des connaissances, et d'autre part sur l'utilisation d'informations qualitatives, afin de proposer une nouvelle façon de concevoir et de comprendre un phénomène ou une intervention donnée (Contandriopoulos, Champagne et al. 2005). Les informations de nature qualitative permettent de fournir un matériau plus utile pour comprendre le contexte dans lequel une intervention opère ou pour comprendre les processus qui ont permis la réalisation des effets d'une intervention donnée (Patton 1997).

Toutefois, si les critères de validité utilisés en recherche quantitative semblent faire consensus autour des principes d'objectivité, de fidélité des instruments de mesure, de validité interne et externe, il reste que les critères de validité pour la pratique de la recherche qualitative font encore l'objet de nombreux débats (Miles and Huberman 2003). Ce faisant, parmi les différentes stratégies proposées dans la littérature en théorie des organisations pour conférer aux études qualitatives une certaine rigueur, la confirmabilité, l'imputabilité procédurale, la crédibilité, la transférabilité, sont parmi celles qui sont les plus fréquemment utilisées (Seale 1999; Lehoux 2006).

Les deux premières stratégies de rigueur ainsi mentionnées consistent respectivement à rendre explicites les présupposés de base et choix du chercheur et de faire en sorte que les grilles d'entretien ou d'observation, le matériel empirique collecté, ainsi que les analyses effectuées soient également disponibles. Ce faisant, pendant toutes les étapes de collecte et d'analyse des données de cette étude, nous avons annoté dans un journal

de bord nos réflexions et présupposés de base, une description détaillée des différentes interactions que nous avons eues avec les personnes concernées par la problématique de cette recherche et le contexte dans lequel s'est déroulé ces interactions. Par ailleurs, l'ensemble des outils utilisés et des données collectées dans le cadre de cette étude sont disponibles sur demande.

L'utilisation de 3 types de triangulations sur les 4 suggérés par différents auteurs (Denzin 1978; Brousselle 2002; Miles and Huberman 2003) nous a également permis de réaliser la troisième stratégie de rigueur, et de fournir par conséquent une crédibilité à l'étude. Il s'agit de la triangulation des données, de la théorie et de la triangulation méthodologique.

- La triangulation des données : passe par l'utilisation de plusieurs sources de données offrant ainsi l'opportunité d'obtenir plusieurs points de vue sur la même problématique. Au cours de cette étude, nous avons effectué deux séries d'entrevues aussi bien au niveau des organisations internationales, qu'au niveau des structures du ministère de la santé pour recouper les informations collectées. De plus, nous avons effectué une autre série d'entrevues dans une des directions départementales de la santé afin de confronter les données collectées aux niveaux départemental et local avec celles issues des structures et organisations du niveau central.

- La triangulation de la théorie : se traduit par l'utilisation de multiples perspectives pour analyser et interpréter un même ensemble de données. Tout au long de cette recherche, nous avons mis à contribution des théories plutôt complémentaires pour analyser et interpréter les données recueillies. Il s'agit

de la théorie de l'action sociale de Parsons et de la théorie de la complexité. Les fondements de ces deux théories sont annotés respectivement dans la section revue de la littérature et dans l'article portant sur la gouvernance des systèmes complexes.

- La triangulation méthodologique : consiste à utiliser plusieurs méthodes (les interviews, les observations, les documents) pour étudier le même phénomène. Comme mentionné dans la section «Réalisation opérationnelle » de cette étude, nous avons fait une immersion observante d'environ 4 mois au sein de la direction ministérielle chargée du projet de redynamisation du système d'information sanitaire, mené au total une trentaine d'entrevues et analysé l'essentiel de la documentation relative au fonctionnement des différents projets de santé publique en Haïti.

De ce qui précède, il ressort que nous avons été en mesure d'effectuer les trois premiers types de triangulation sur les quatre suggérés dans la littérature. Cependant, en étant seul à recueillir et analyser les données, nous n'avons pas pu procéder au quatrième type de triangulation, à savoir la triangulation du chercheur. Mais qu'à cela ne tienne, les interprétations de nos différentes analyses furent néanmoins validées par deux autres chercheurs notamment nos deux directeurs de recherche.

La pratique de la quatrième stratégie de rigueur à savoir la transférabilité nous a permis de répondre aux impératifs liés à la généralisabilité des conclusions issues de cette étude. Celle-ci fut faite non pas selon une logique statistique, mais plutôt selon une logique théorique et conceptuelle à travers la compréhension des facteurs ainsi que des différents mécanismes qui ont permis l'obtention des résultats de la recherche. De plus, nous estimons que la qualité et la complémentarité des théories de l'action sociale de

Parsons et de la complexité sur lesquelles nous nous sommes basés pour interpréter les résultats de notre recherche fournissent une assise théorique suffisamment robuste pour soutenir les propositions contenues dans cette thèse.

Plus spécifiquement, la réconceptualisation des thématiques d'introduction du changement, d'adoption, de collaboration interorganisationnelle proposée dans cette thèse à partir de la théorie de l'action sociale de Parsons et de la théorie de la complexité fournit à notre avis des éléments conceptuels qui permettent d'aller au-delà de ce que les autres théories retrouvées dans la littérature proposent sur l'explication de ces thématiques.

La primauté que nous avons accordée dans cette recherche à ces deux théories n'est pas fortuite. Mais elle soulève néanmoins la question qui consiste à savoir qu'est-ce qui permet d'affirmer qu'une théorie donnée est meilleure à une autre. Ou encore reformulée autrement, quels sont les qualités principales d'une théorie?

Selon des recherches que nous avons effectuées dans la littérature dans le domaine de la théorie des organisations, il n'y a pas de consensus clairement établi sur les critères d'évaluation ou d'appréciation d'une théorie aux dépens d'une autre (Eisenhardt 1989; Van de Ven 1989; Carpiano and Daley 2006).

Toutefois, dans un numéro spécial du *Academy of Management Review* d'octobre 1989 consacré au processus d'élaboration des théories, certains auteurs proposent un certain nombre de critères pour juger de la qualité d'une théorie. Il s'agit des critères de falsification, de portée, d'utilité, d'interconnectivité, et de précision (Bacharach 1989; Poole and Van de Ven 1989; Whetten 1989).

Le critère de falsification présenté dans cette série de publications fait référence au fait que, plus une théorie offre des opportunités pour être réfutée à travers une mise à

l'épreuve empirique, plus cette théorie est falsifiable et donc susceptible d'être rejetée par l'expérience. Dans ce sens, le caractère falsifiable d'une théorie s'apprécie par le nombre d'assertions qu'elle énonce, et conséquemment par le nombre d'occasions qu'elles offrent à la communauté scientifique d'être rejetée par des observations empiriques (Chalmers 1982). Une théorie qui fournit par exemple des énoncés applicables à plusieurs domaines de connaissances peut être mise à l'épreuve bien plus souvent qu'une théorie applicable à un nombre limité de domaines de connaissance ce qui rendrait la première plus falsifiable, donc meilleure par rapport à la seconde.

Le deuxième critère d'appréciation d'une théorie est sa portée. La portée d'une théorie est en relation avec son étendue d'application. Une bonne théorie devrait être applicable non pas à un seul phénomène, mais plutôt à un nombre relativement important de phénomènes (Carpiano and Daley 2006).

Le troisième critère qui permet d'apprécier la qualité d'une théorie est l'utilité. Cette utilité s'apprécie par le potentiel explicatif (spécificité des assertions) qu'offre la théorie, mais aussi par son potentiel prédictif qui doit permettre de juger l'adéquation de la théorie avec les données empiriques observées (Bacharach 1989).

Le quatrième critère de qualité d'une théorie est l'interconnectivité. Ce critère permet de porter un jugement sur la densité des liens qui peuvent exister, ou qui peuvent être établis entre une théorie donnée et d'autres théories concurrentes s'intéressant aux mêmes phénomènes. Plus une théorie est à même d'établir des interconnexions et d'intégrer d'autres théories concurrentes, plus grand est son potentiel (Bacharach 1989).

Le cinquième critère d'appréciation d'une théorie est celui de la précision. Étant donné le nombre sans cesse croissant de phénomènes à l'étude et des domaines d'application

de ces connaissances, il est évident qu'aucune théorie ne peut prétendre fournir tous les outils et éléments appropriés pour analyser objectivement cette étendue de phénomènes. Une bonne théorie doit donc avoir une étendue d'application bien circonscrite, sinon elle risque de perdre toute vertu de parcimonie (Poole and Van de Ven 1989).

En appliquant ces cinq critères d'appréciation de la qualité des théories, nous sommes ainsi à même de pouvoir argumenter pourquoi nous considérons que l'utilisation de la théorie de l'action sociale de Parsons et de la complexité est plus appropriée pour analyser les thématiques de changement, d'adoption et de collaboration interorganisationnelle.

En ce qui a trait à la thématique du changement, la littérature en théorie des organisations fournit des perspectives d'analyse s'appuyant sur plusieurs approches théoriques (rationnelle, de développement organisationnel, psychologique, politique, structurel). Nous avons démontré dans la composante conceptuelle de cette thèse que même si chacune de ces approches théoriques propose une perspective d'analyse pertinente, il reste qu'elles n'offrent qu'une vision limitée du processus du changement. Devant ce constat, l'exercice de réinterprétation de ces approches théoriques avec les éléments de la théorie de l'action sociale de Parsons ainsi que l'association de la théorie de la complexité à la théorie de Parsons, nous a permis de proposer un cadre théorique plus approprié pour concevoir le processus d'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement.

Nous avons fait un autre exercice d'intégration pour les déterminants de la collaboration interorganisationnelle. Au cours de cet exercice, nous avons répertorié les déterminants de la collaboration interorganisationnelle qui sont fréquemment cités

dans la littérature, et nous les avons intégrés dans les quatre fonctions et alignements de la théorie du système d'action sociale de Parsons.

Ce faisant, l'utilisation de la théorie de l'action sociale de Parsons et de la théorie de la complexité dans la démarche d'intégration et de mise en lien des différentes approches théoriques relatives au changement et à la collaboration interorganisationnelle nous permet ainsi de rencontrer le critère d'interconnectivité (4^{ème} critère de qualité) mentionné dans la littérature pour apprécier de la qualité d'une théorie comparativement à celles existantes.

Toutefois, contrairement aux deux premières thématiques (le changement et la collaboration interorganisationnelle), force est de reconnaître que la troisième thématique explorée dans cette thèse, l'adoption des innovations, n'a pas fait l'objet d'autant d'investigations dans la littérature consultée. Les assises théoriques utilisées dans la littérature pour son analyse et sa mesure étant limitées en nombre et en qualité, nous estimons que la combinaison de la théorie de l'action sociale de Parsons et du modèle d'évaluation de Champagne et collaborateurs fournit une approche conceptuelle novatrice qui pourrait être davantage explorée et approfondie à travers l'initiation d'autres études qui permettraient d'accroître certains aspects de la validité de l'instrument de mesure proposé.

Par ailleurs, avec la mise en évidence de trois systèmes d'action sociale organisés et ordonnés avec des composantes situées à différents niveaux organisationnels dans l'article de la thèse relatif à la gouvernance du système de santé d'Haïti, il ressort que l'application de la théorie de l'action sociale de Parsons et de la théorie de la complexité permet d'entrevoir l'adéquation qui existe entre certains éléments de ces deux théories

et la réalité empirique observée. Toute chose qui permet d'accroître le caractère prédictif de cette théorie, et donc son utilité (3^{ème} critère de qualité).

Relativement aux critères de falsification et de portée de la théorie de l'action sociale (1^{er} et 2^{ème} critères de qualité), il y a lieu de mentionner qu'à l'origine Parsons, en élaborant sa théorie, avait l'ambition, comme d'autres auteurs qui s'inscrivent dans le courant de pensée de la théorie générale des systèmes, de formuler une théorie très abstraite, ayant une portée suffisamment générale qu'elle pourrait s'appliquer à toute conduite humaine, et à toutes les sciences humaines. Dans cet élan, Parsons revisita ainsi l'œuvre de certains penseurs comme Weber, Durkheim et Pareto afin de ressortir les éléments de base pouvant contribuer à la formulation de sa théorie générale de l'action (Rocher 1972). Au terme de cet exercice, qui se concrétisa par la publication de son œuvre majeure «The Structure of Social Action» en 1937, Parsons chercha également à appliquer sa théorie générale de l'action à plusieurs autres disciplines de connaissance. En utilisant une fois de plus les quatre fonctions et les six systèmes d'alignement de son système général d'action sociale, Parsons tenta d'expliquer les fondements ainsi que les liens conceptuels existants ou pouvant exister entre certaines disciplines de connaissance dont la sociologie, l'économie, la biologie, la psychologie, le droit ou encore les sciences d'éducation et de communication.

Comme la théorie de l'action sociale de Parsons et d'ailleurs comme l'ensemble des théories qui s'inscrivent dans le courant de pensée de la théorie générale des systèmes, la théorie de la complexité vise aussi l'objectif de développer des notions, une façon de faire et une façon de voir les phénomènes à l'étude qui pourraient être utilisées par différentes disciplines scientifiques. De nos jours, le foisonnement trans et

interdisciplinaire de la science de la complexité dans plusieurs autres disciplines scientifiques permet de croire que cet objectif est en passe d'être atteint.

De cet ensemble de faits, nous pouvons donc considérer à juste titre que l'une des qualités principales de la théorie de l'action sociale et de la théorie de la complexité réside dans leur portée, et dans leur caractère falsifiable, étant donné le nombre d'opportunités qu'elles offrent de par leur application dans plusieurs autres disciplines de connaissance.

Toutefois, il reste évident aussi que lorsqu'une œuvre et des théories présentent un potentiel de généralisation aussi important, il va sans dire qu'elles en perdent de leur spécificité (composante de l'utilité : 3^{ème} critère) et de leur précision (5^{ème} critère). Et c'est principalement à ce niveau que la théorie de l'action sociale de Parsons et la complexité peuvent rencontrer certaines critiques. En effet, à force de vouloir expliquer de nombreux phénomènes, situés de surcroît dans différentes disciplines de connaissances, cela peut faire perdre à ces deux théories une partie de leur rigueur scientifique.

Aspects éthiques

Dans un autre ordre d'idées, nous avons effectué un certain nombre de procédures afin de tenir compte des enjeux éthiques associés à la réalisation de notre thèse.

Ce projet de recherche doctorale a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il n'y avait aucun avantage ou risque pour les différents répondants à prendre part à l'étude. Un formulaire de consentement fut élaboré en conséquence. Il était présenté et expliqué aux participants avant les entrevues afin qu'ils puissent décider librement et en toute connaissance de cause, de participer ou de ne pas participer à l'étude.

Le certificat d'approbation du comité d'éthique est présenté en annexe de cette thèse.

La suite.....

Enfin, même si cette thèse a permis d'explorer certains enjeux organisationnels qui nous ont paru importants pour l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement, il reste que d'autres enjeux identifiés dans la littérature pourraient également faire l'objet d'autres études plus approfondies. Il s'agit des enjeux liés à la création de mécanismes de couverture assurantielle de santé qui tiennent compte des réalités économiques et sociales des pays en développement, ou encore des autres enjeux liés à la formation, le suivi et la rétention des ressources humaines qualifiés pour offrir des soins et des services de santé adéquats aux populations de ces pays.

Mais qu'à cela ne tienne, nous espérons que cette thèse de doctorat aura permis de jeter les bases nécessaires pour stimuler l'intérêt d'autres chercheurs et favoriser la production des connaissances dans ce domaine spécifique de l'organisation des soins et services de santé qu'est l'introduction du changement dans les systèmes de santé des pays en développement.

RÉFÉRENCES

- Abrahamson, E. (1991). "Managerial fads and fashions: the diffusion and rejection of innovations." Academy of Management Review **16**(3): 586-612.
- Alberny, M.-F., F. Champagne, et al. (2007). Plan de renforcement et de mise en oeuvre pour le système de surveillance épidémiologique en Haïti. Montréal, Unité de santé internationale (USI).
- Aldrich, H. (1975). "Resource dependency and interorganizational relations." Administration and society **7**: 419-453.
- Alexander, J. (1983). "The modern reconstruction of modern of classical thought: Talcott Parsons." Theoretical logic in sociology **4**(Chapter 2): 8-45.
- Alleyne, G. A. O. (2000). "A vision for health system reform in Americas." Pan American Journal of Public Health **8**(1-2): 1-6.
- Alter, C. and J. Hage (1993). Organizations working together. Newbury Park, Calif., Sage Publications.
- Alter, N. (1999). Organisation et innovation: une rencontre conflictuelle. Les organisations. Paris, Éditions sciences humaines.
- Anderson, P. (1999). "Complexity theory and organization science." Organization Science **10**(3): 216-232.
- Anderson, R., B. Crabtree, et al. (2005). "Case study research: the view from complexity science." Qualitative Health Research **15**(5): 669-685.
- Archier, G. and H. Serieyx (1984). L'entreprise du 3ème type. Paris.
- Argyris, C. (1999). On organizational learning. Malden, MA, Blackwell Pub.
- Argyris, C., R. Putnam, et al., Eds. (1985). Action Science. San Francisco, Jossey-Bass Pub.
- Argyris, C. and D. A. Schön (2002). Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique. Paris ; Bruxelles, De Boeck Université.
- Armenakis, A. and A. Bedeian (1999). "Organizational change: a review of theory and research in the 1990s." Journal of management **25**(3): 293-315.
- Arya, B. and Z. Lin (2007). "Understanding Collaboration Outcomes From an Extended Resource-Based View Perspective: The Roles of Organizational Characteristics, Partner Attributes, and Network Structures." Journal of management **33**(5): 697-723.
- Astley, W. G. and P. S. Sachdeva (1984). "Structural sources of intraorganizational power: a theoretical synthesis " Academy of Management Review **9**(1): 104-113.
- Atkinson, S., L. Fernandes, et al. (2005). "Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil." Health Policy & Planning **20**(2): 69-79.
- Auroux, S. (1990). Les notions philosophiques. Encyclopédie philosophique universelle. Paris, Presse Universitaire de France.
- Bacharach, S. (1989). "Organizational theories: some criteria for evaluation." Academy of Management Review **14**(4): 496-515.
- Baker, D. and M. Weisbrot (2002). The role of social security privatization in Argentina's economic crisis, Center for economic and policy research.
- Baldé, T. (2007). Barrières et facilitateurs des interventions axées sur l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement: une revue de la littérature Montréal, Université de Montréal.
- Balique, H. (2000). "Santé publique et pays pauvres. Les programmes de santé." Actualité et dossier en santé publique **30**: 43-60.

- Banque Mondiale (2008). Rapport annuel 2008, bilan d'exercice. Washington, D.C.
- Bayart, J. (1993). The state in Africa: the politics of the belly. London, Longman.
- Béland, F. (1989). "Propositions pour une reconstruction des composantes des rôles de malade et de médecins dans la sociologie de Parsons " Sociologie et sociétés **21**(1): 165-185.
- Benfari, R. C., H. E. Wilkinson, et al. (1986). "The effective use of power." Business Horizons **29**(3): 12-16.
- Benson, K. (1975). "The interorganizational network as a political economy." Administrative science quarterly **20**(2): 229-249.
- Bero, L. A., R. Grilli, et al. (1998). "Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group.[see comment]." BMJ **317**(7156): 465-468.
- Bodart, C., G. Servais, et al. (2001). "The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso." Health Policy & Planning **16**(1): 74-86.
- Boisot, M. and J. Child (1999). "Organizations as adaptive systems in complex environments: The case of China." Organization Science **10**(3): 237-252.
- Bossert, T. J. (1998). "Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance." Soc Sci Med **47**: 1513-1527.
- Bossert, T. J. and J. C. Beauvais (2002). "Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space." Health policy and planning **17**(1): 14-31.
- Bourricaud, F. (1955). Éléments pour une sociologie de l'action / introduction et traduction de François Bourricaud. Paris, Plon.
- Bourricaud, F. (1977). L'individualisme institutionnel: essai sur la sociologie de Talcott Parsons. Paris, Presses universitaires de France.
- Bouvier, A. (2007). Management et sciences cognitives. Paris, Presses universitaires de France.
- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. Concepts developments in nursing. Foundations, Techniques and Applications. 2nd Edition.
- Brousselle, A. (2002). Les enjeux de l'initiative d'ONUSIDA de mise à disposition de la tri-thérapie au Chili. Montréal, Université de Montréal.
- Brucker, G., Ed. (2004). Surveillance épidémiologique. Traité de santé publique. Paris, Médecine-sciences, Flammarion.
- Brugha, R., M. Donoghue, et al. (2004). "The Global Fund: managing great expectations." Lancet **364**(9428): 95-100.
- Budeti, P. (2004). "10 years beyond the health security act failure: subsequent developments and persistent problems." JAMA **292**(16): 2000-2006.
- Bugun, J. (1994). "Chaos and complexity: Frontiers of organization science." Journal of management inquiry **3**(4): 329-335.
- Bugun, J., D. Zimmerman, et al. (2003). Health care organization as complex adaptive systems. Advances in health care organization theory. S. Mick and M. Wyttenbach. San Francisco, Jossey-Bass.
- Burke, W. W. (2008). Organization change : theory and practice. Thousand Oaks, Sage Publications.

- Buse, K. (1999). "Keeping a tight grip on the reins: donors control over aid coordination and management in Bangladesh." Health policy and planning **14**(3): 219-228.
- Buse, K. and C. Gwin (1998). "The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh." Lancet **351**(9103): 665-669.
- Buse, K. and G. Walt (1997). "An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review." Soc Sci Med **45**(3): 449-463.
- Buse, K. and G. Walt (2000). "Global public-private partnerships: part I - a new development in health? ." Bulletin of the World Health Organization **78**: 549-561.
- Calderisi, R. (2006). L'Afrique peut-elle s'en sortir? : pourquoi l'aide publique ne marche pas? Saint-Laurent, Québec, Fides.
- Callaghy, T. and J. Ravenhill (1993). Responses to Africa's economic decline. New York, Columbia University Press.
- Camic, C. (1989). "Notes historiques sur l'apport de Parsons." Sociologie et sociétés **21**(1): 11-23.
- Campbell, B. (2005). Stratégies de lutte contre la pauvreté et espaces politiques: quelques interrogations Qu'allons nous faire des pauvres? Réformes institutionnelles et espaces politiques ou les pièges de la gouvernance pour les pauvres. Paris, L'Harmattan.
- Carpiano, R. M. and D. M. Daley (2006). "A guide and glossary on postpositivist theory building for population health." Journal of Epidemiology and Community Health **60**: 574-577.
- Cassels, A. (1996). "Aid instruments and health systems development: an analysis of current practice." Health policy and planning **11**(4): 354-368.
- Cassen (1986). Does aid work? Report to an intergovernmental task force. Oxford.
- Cayemittes, M., M. Placide, et al. (2007). Enquête Mortalité, Morbidité, et Utilisation des Services (EMMUS IV). Pétiion-ville, Institut Haitien de l'Enfance.
- Celedon, C. and M. Noé (2000). "Health sector reforms and societal involvement." Pan American Journal of Public Health **8**(1-2): 99-104.
- Chalmers, A. (1982). Qu'est-ce que la science? Récents développements en philosophie des sciences. Introduction au falsificationisme Paris.
- Chambers, R. (1992). "The self-deceiving state." IDS Bulletin **23**: 31-42.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude Numéro 39**: 1-37.
- Champagne, F., S. Boivin, et al. (2006). Termes de références. Montréal, Unité de santé internationale (USI): 1-4.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). L'analyse logique. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'université de Montréal.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). L'analyse stratégique. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, et al. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Chen, L. C., A. Kleinman, et al. (1994). Health and social change in international perspective. Boston, Mass., Dept. of Population and International Health Harvard School of Public Health : Distributed by Harvard University Press.

- Chin, R. and K. Benne, Eds. (1990). Stratégies générales pour la production de changement dans le système humain. Théories de changement social interne. participation, expertise et contraintes Québec, Presses de l'université du Québec.
- Chinn, P. and M. Kramer (1991). Theory and Nursing. A systematic approach Saint-Louis, C.V. Mosby.
- Choi, B. (2001). "La surveillance épidémiologique au 21ème siècle sous diverses optiques." Maladies chroniques au Canada **19**(4): 1-15.
- Chowdhury, A. and C. Kirkpatrick (1994). Development policy and planning. London & New York, Routledge.
- Clapham, C. S. (1996). Africa and the international system : the politics of state survival. Cambridge ; New York, Cambridge University Press.
- Clapham, S., I. Basnet, et al. (2004). "The evolution of a quality of care approach for improving emergency obstetric care in rural hospitals in Nepal." Int J Gynaecol Obstet **86**(1): 86-97; discussion 85.
- Congressional budget office (1994). An analysis of the administration's health proposal. Washington, D.C., <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=4882>.
- Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, et al. (2005). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Montréal, G. Morin.
- Contandriopoulos, A. P. (2003). "Inertie et changement." Ruptures **9**(2): 4-31.
- Contandriopoulos, A. P. (2008). Analyser et comprendre les systèmes de santé: Modalités de financement des systèmes de santé. Notes de cours, Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., J. L. Denis, et al. (2002). "Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre " Ruptures **8**(2): 38-52.
- Coombs, J. A., J. B. Silversin, et al. (1981). "The transfer of preventive health technologies to schools: a focus on implementation." Social Science & Medicine - Part A, Medical Sociology **15**(6): 789-799.
- Cooper, H. (1998). Synthesizing research. A guide for literature reviews 3rd Edition., Sage Publications.
- Courpasson, D. (1998). "Le changement est un outil politique." Revue Française de gestion **120**: 6-16.
- Crocco, P., P. Schroeder, et al. (2000). "The latin america and caribbean regional health sector reform initiative." Pan American Journal of Public Health **8**(1-2): 135-139.
- Crozier, M. and E. Friedberg (1977). L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective. Paris, Seuil.
- D'amour, D., L. Goulet, et al. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité. Montréal, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé: 1-26.
- Damanpour, F. (1991). "Organizational Innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators." Academy of Management Journal **34**(3): 555-590.
- Daudin, G. and B. Ventelou (2003). "Aide au développement: sommes-nous plus ou moins solidaires?" Revue de l'OFCE **85**: 299-310.
- De Beyer, J. A., A. S. Preker, et al. (2000). "The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership." Soc Sci Med **50**(2): 169-172.
- de Jong, A., K. de Ruyter, et al. (2003). "The adoption of information technology by self-managing service teams." Journal of service research **6**(2): 162-179.

- De Vos, P., W. De Ceukelaire, et al. (2006). "Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform." Tropical Medicine & International Health **11**(10): 1604-1612.
- Dearing, J. W., E. M. Rogers, et al. (1996). "Social marketing and diffusion-based strategies for communicating with unique populations: HIV prevention in San Francisco." Journal of Health Communication **1**(4): 343-363.
- Declich, S. and A. O. Carter (1994). "Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation." Bull World Health Organ **72**(2): 285-304.
- Demers, C. (1999). "De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnels de 1945 à aujourd'hui." Gestion **24**(3): 131-139.
- Demers, C. (2007). Organizational change theories : a synthesis. Los Angeles, CA, SAGE Publications.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude numéro 36**.
- Denis, J. L., F. Champagne, et al. (1990). Les échanges interorganisationnels: état des connaissances Montréal, GRIS, Université de Montréal.
- Denzin, N. K. (1978). The research act : a theoretical introduction to sociological methods. New York, McGraw-Hill.
- DiMaggio, P. and W. Powell (1983). "Institutional Isomorphism: The Iron Case." American Sociological Review **48**: 147-160.
- Djan, J. O., S. Kyei-Faried, et al. (1997). "Upgrading obstetric care at the health center level, Juaben, Ghana. The Kumasi PMM Team." Int J Gynaecol Obstet **59 Suppl 2**: S83-90.
- Dooley, K. and A. Van de Ven (1999). "Explaining complex organizational dynamics." Organization Science **10**(3): 358-372.
- Dubinskas, F. (1994). "On the edge of chaos: A metaphor for transformative change." Journal of management inquiry **3**(4): 355-366.
- Dumont, A., A. Gaye, et al. (2006). "Facility-based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal." Bull World Health Organ **84**(3): 218-224.
- Durand, D. (1979). La systémique. Paris, Presses universitaires de France.
- Easterly, W. R. (2002). The elusive quest for growth : economists' adventures and misadventures in the tropics. Cambridge, Mass., MIT Press.
- Eisenhardt, K. M. (1989). "Building theories from case study research." Academy of Management Review **14**(4): 532-550.
- ENA (2003). Séminaire : Les politiques de santé. Groupe n° 17 : Organisations internationales et santé. Paris, École Nationale d'Administration. **Promotion 2002-2004**: 85p.
- Eoyang, G. H. and T. H. Berkas (1999). Evaluating performance in a Complex Adaptive System (CAS). Managing complexity in organizations: a view in many directions. M. R. Lissak and H. P. Gunz. Westport, CN, Quorum.
- Escuredo, J. C. (2003). "The health crisis in argentina." International Journal of Health Services **33**(1): 129-136.
- Étienne, S. P. (1997). Haïti : l'invasion des ONG. Port-au-Prince, Haïti, Éditions du CIDIHCA.

- Evans, R. G. (2002). Lever les fonds: options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé au Canada Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa.
- Evans, R. G., M. L. Barer, et al. (1996). Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Paris
- Montréal, J. Libbey Eurotext ;Presses de l'Université de Montréal.
- Ezzamel, M. and M. Reed (2008). "Governance: a code of multiple colours." Human Relations **61**(5): 597-615.
- Fermanian, J. (2005). "Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation: comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques." Annales de réadaptation et de médecine physique **48**: 281-287.
- Foltz, A. M. (1994). "Donor funding for health reform in Africa: is non-project assistance the right prescription?" Health Policy & Planning **9**(4): 371-384.
- Fonds Mondial. (2009). "Organisation et Missions du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la malaria et la tuberculose."
- Fongwa, M. N. (2002). "International health care perspectives: the Cameroon example." Journal of Transcultural Nursing **13**(4): 325-330.
- Forgues, B., M. Fréchet, et al. (2006). "Relations interorganisationnelles. Conceptualisation, résultats et voies de recherche." Revue Française de gestion **5**(164): 17-31.
- Formarier, M. (2009). Approches épistémologique et opérationnelle des concepts Les concepts en sciences infirmières. M. Formarier and J. Jovic. Montréal, Éditions Mallet-Conseil.
- Fournier, P., S. Haddad, et al. (2001). Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement: l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique. La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIème siècle. Paris, Les presses universitaires de France. **Numéro spécial**: 71-84.
- Franco, L. M., S. Bennett, et al. (2004). "Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia." Soc Sci Med **58**(2): 343-355.
- Galaskiewics, J. (1985). "Interorganizational Relations." Annual Review of Sociology **11**: 281-304.
- Galaskiewics, J. and B. Rauschenbach, Eds. (1988). The corporate-culture connection: a test of interorganizational theories. Community organizations: studies in resource mobilization and exchange. New York, Oxford University Press.
- Gatrell, A. C. (2005). "Complexity theory and geographies of health: a critical assessment." Soc Sci Med **60**: 2661-2671.
- Gentillini, M. and M. Duflo (1993). Panorama des institutions concourant au développement. Médecine Tropicale. Flammarion. Paris.
- Gerein, N. (1986). "Inside Health aid: personal reflections of a former bureaucrat." health policy and planning **1**: 260-266.
- Geyman, J. P. (2003). "Myths as barriers to health care reform in the United States." International Journal of Health Services **33**(2): 315-329.
- Gilson, L., D. Kalyalya, et al. (2001). "Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries." Health policy **58**(1): 37-67.

- Gilson, L. and N. Raphaely (2008). "The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007." Health Policy & Planning **23**(5): 294-307.
- Ginzberg, E. and M. Ostow (1997). "Managed care - a look back and a look ahead " The New England Journal of Medicine **336**: 1018-1020.
- Gleick, J. (1991). La théorie du chaos : vers une nouvelle science. Paris, Flammarion.
- Glouberman, S. and H. Mintzberg (2002). "Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie." Gestion **27**(3): 12-22.
- Glouberman, S. and B. Zimmerman (2002). Systèmes compliqués et complexes: en quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude numéro 8**.
- Gobbers, D. (2004). "La coopération en santé dans les pays africains." Actualité et dossier en santé publique **48**: 8-13.
- Godlee, F. (1994). "WHO in crisis.[see comment]." BMJ **309**(6966): 1424-1428.
- Godlee, F. (1995). "WHO's special programmes: undermining from above." BMJ **310**(6973): 178-182.
- Godlee, F. (1995). "The World Health Organisation. WHO in Europe: does it have a role?[see comment]." BMJ **310**(6976): 389-393.
- Gray, B. (1985). "Conditions facilitating interorganizational collaboration." Human Relations **38**(10).
- Green, A., C. Collins, et al. (2007). "The role of strategic health planning processes in the development of health care reform policies: a comparative study of Eritrea, Mozambique and Zimbabwe." International Journal of Health Planning & Management **22**(2): 113-131.
- Green, A. and A. Matthias (1997). Non-Governmental organizations and health in developing countries. New York, St. Martin's Press.
- Greener, I. and M. Powell (2008). "The changing governance of the NHS: reform in a post-keynesian health." Human Relations **61**(5): 617-636.
- Grellet, G. (1986). Le concept de développement et le concept de sous développement. Structure et stratégies de développement économique. Paris, Presses Universitaires de France.
- Guilhon, A. (1998). "Le changement organisationnel est un apprentissage." Revue Française de gestion **120**: 98-107.
- Guo, C. and M. Acar (2005). "Understanding collaboration among nonprofit organizations: combining resource dependency, institutional, and network perspectives." Nonprofit And Voluntary Sector Quarterly **34**(3): 340-361.
- Gurtner, B. (2007). "Un monde à l'envers: le Sud finance le Nord." Annuaire suisse de politique de développement **26**(2): 57-80.
- Hage, J. (1999). "Organizational Innovation and Organizational Change." Annual Review of Sociology **25**: 597-622.
- Hage, J. and M. Aiken (1970). Social change in complex organizations. New York, Random House.
- Hart, C. (2001). Reviewing and the research imagination. Doing a literature review, Sage Publication.
- Hatch, M. J. (2000). Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples. Paris, De Boeck université.
- Helman, R., M. Greenwald, et al. (2006). "2006 Health confidence survey: Dissatisfaction with health care system doubles since 1998 " EBRI Notes **27**(11).

- Hill, H. S. (2010). "Understanding global health governance as a complex adaptive system." Global Public Health **1**(1): 1-13.
- Horton, R. (2009). "The occupied palestinian territory: peace, justice, and health." The Lancet **373**(Comment): 784-788.
- IHE (2006). Diagnostic de la situation du système d'information sanitaire. Programme de réorganisation et de rationalisation du système national de santé Pétion-ville Haiti, Institut Haitien de l'Enfance.
- Infante, A., I. de la Mata, et al. (2000). "Health sector reform in latin america and the caribbean: situation and trends." Pan American Journal of Public Health **8**(1-2): 13-20.
- Jamisse, L., F. Songane, et al. (2004). "Reducing maternal mortality in Mozambique: challenges, failures, successes and lessons learned." Int J Gynaecol Obstet **85**(2): 203-212.
- Johnson, J. and B. Burton (1994). "Chaos and complexity theory for management: Caveat Emptor." Journal of management inquiry **3**(4): 320-328.
- Joint Learning Initiative (2004). Human resources for health : overcoming the crisis. Cambridge, Mass., Global Equity Initiative : Distributed by Harvard University Press.
- Kanter, R. M. (1984). The change masters : innovation and entrepreneurship in the American corporation. New York ; Toronto, Simon & Schuster.
- Kessler, E. H. and A. K. Chakrabarti (1996). "Innovation speed: a conceptual model of context, antecedents, and outcomes." Academy of Management Review **21**(4): 1143-1191.
- Kingson, E. R. and J. M. Cornman (2007). "Health care reform: universal access is feasible and necessary." Benefits Quarterly **23**(3): 27-33.
- Klein, K. and J. Sorra (1996). "The challenge of innovation implementation." Academy of Management Review **21**(4): 1055-1080.
- Klein, R. (2003). "Lessons for (and from) America." American Journal of Public Health **93**(1): 61-63.
- Klonglan, G. and W. Coward (1970). "The concept of symbolic adoption: a suggested interpretation." Rural sociology **35**(March): 77-83.
- Koenig, G. (2006). "L'apprentissage organisationnel: repérage des lieux " Revue Française de gestion **1**(160): 293-306.
- Krislov, S. (2002). "Governance." The oxford companion to american law, Oxford reference on line, 2008.
- Kwon, T. H. and R. W. Zmud (1987). Unifying the fragmented models of information systems implementation. Critical issues in information systems research. R. J. Boland and R. A. Hirschheim. New York, John Wiley.
- Lacronique, J.-F. (1995). "La réforme du système de santé américain: Analyse des causes d'un échec définitif." Actualité et dossier en santé publique(11): 6-8.
- Lanjouw, S., J. Macrae, et al. (1999). "Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies." Health Policy & Planning **14**(3): 229-242.
- Larousse (Firme) (2007). Le petit Larousse illustré en couleurs. Paris, Larousse.
- Larson, A. (1992). "Network dyads in entrepreneurial settings: a study of governance of exchange relationships." Administrative science quarterly **37**(1): 76-104.
- Lauzon, J. C. and C. Essiembre (1987). "D'hier à demain en psychologie industrielle au Québec." Revue québécoise de psychologie **8**(2): 91-99.

- Lawrence, P. R. and J. W. Lorsch, Eds. (1967). Organization and environment. Homewood, IL: Irwin.
- Le Moigne, J.-L. (1977). La théorie du système général, théorie de la modélisation. Paris, Presses Universitaires de France.
- Le Moigne, J.-L., F. Le Gallou, et al. (1992). Epistémologie de la science des systèmes. Systémique, Théorie et Application. Londres, Lavoisier.
- Lee, M. E. (1997). From enlightenment to chaos toward nonmodern social theory. Chaos, complexity and sociology: Myths, models and theories R. A. Eve, S. Horsfall and M. E. Lee. Thousand Oakes, CA, Sage.
- Lehoux, P. (2006). Introduction à la recherche qualitative, Notes de cours. Montréal, Université de Montréal.
- Leigh, B., H. B. Kandeh, et al. (1997). "Improving emergency obstetric care at a district hospital, Makeni, Sierra Leone. The Freetown/Makeni PMM Team." Int J Gynaecol Obstet **59 Suppl 2**: S55-65.
- Leonard-Barton, D. (1988). "Implementation as a mutual adaptation of technology and organization." Research policy **17**(5): 251-267.
- Lewin, A. (1999). "Application of complexity theory to organization science." Organization Science **10**(3): 215.
- Lewis, L. and D. Seibold (1993). "Innovation modification during intraorganizational adoption." Academy of Management Review **18**(2): 322-354.
- Lindquist, K. and J. Mauriel (1989). Depth and breadth in innovation implementation: the case of school-based management. Research on the management of innovation. A. Van de Ven, H. L. Angle and M. S. Poole. New York, Harper and Row: 561-582.
- Machi, L. A. and B. T. McEvoy (2009). The literature review, six steps to success, Corwin Press.
- Mahler, A. and E. M. Rogers (1999). "The diffusion of interactive communication innovations and the critical mass: the adoption of telecommunications services by German Banks." Telecommunications policy **23**(10-11): 719-740.
- Manson, S. M. (2001). "Simplifying complexity: a review of complexity theory." Geoforum **32**: 405-414.
- Marcus, A. and M. Weber (1989). Externally-induced innovation. Research on the management of innovation: the minnesota studies. A. Van de Ven, H. L. Angle and M. S. Poole. New York, Harper and Row: 537-559.
- Marino, K. E. (1982). "Structural correlations of affirmative action compliance." Journal of management **8**: 75-93.
- Marion, R. and J. Bacon (2000). "Organizational extinction and complex systems." Emergence **1**(4): 71-96.
- Mathews, M., M. White, et al. (1999). "Why study the complexity sciences in the social sciences." Human Relations **52**(4): 439-458.
- McIntyre, D., G. Bloom, et al. (1995). Health Expenditure and finance in south africa. Durban, Health system trust and World Bank.
- McDaniel, R. (1997). "Strategic leadership: a view from quantum and chaos theories." Health care management review **22**(1): 21-37.
- McDaniel, R. and D. J. Driebe (2001). Complexity science and health care management. Advances in health care management. M. D. Fottler, G. T. Savage and J. D. Blair. Oxford, Elsevier science.

- McDaniel, R. and M. Walls (1997). "Diversity as a management strategy for organizations. A view through the lenses of chaos and quantum theories." Journal of management inquiry **6**(4): 363-375.
- McNabb, S. J., S. Chungong, et al. (2002). "Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform." BMC Public Health **2**: 2.
- Mehde, V. (2006). "Governance, administrative, and the paradoxes of new public management." Policy public and administration **21**(4): 60-81.
- Merican, M. I. and R. bin Yon (2002). "Health care reform and changes: the Malaysian experience." Asia-Pacific Journal of Public Health **14**(1): 17-22.
- Mescon, M. H., M. Albert, et al. (1988). Management. New York, Harper & Row.
- Miles, M. B. and A. M. Huberman (2003). Analyse des données qualitatives. Paris, De Boeck Université.
- Mills, A. and K. Ranson (2006). The design of health system. International public health: diseases, programs, systems and policy. Toronto, Jones and Bartlett.
- Mintzberg, H. (2004). Le management: voyage au centre des organisations. Paris, Éditions d'organisation.
- Mintzberg, H., B. Ahlstrand, et al. (1999). "Tranformer l'entreprise." Gestion **24**(3): 122-130.
- Mohr, L. B. (1982). Explaining organizational behavior: The limits and possibilities of theory and research. San Francisco, Jossey-Bass.
- Morel, B. and R. Ramanujam (1999). "Through the looking glass of complexity: The dynamics of organizations as adaptive and evolving systems " Organization Science **10**(3): 278-293.
- Morgan, G. (1997). Images of organization. Thousand Oaks, Sage.
- Morin, E. (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris, PUF.
- Morse, J. M. (1995). "Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis." Advances in nursing science **17**(3): 31-46.
- Morse, J. M., C. Mitcham, et al. (1996). "Criteria for concept evaluation." Journal of advanced nursing **24**: 385-390.
- MSPP (2003). Plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé. Port-au-Prince, Ministère de la santé publique et de la population d'Haiti: 273p.
- Muntaner, C., R. M. Salazar, et al. (2006). "Challenging the neoliberal trend: the Venezuelan health care reform alternative." Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique **97**(6): 119-24.
- Navarro, V. (2008). "Looking back at the future: why Hillarycare failed." International Journal of Health Services **38**(2): 205-212.
- OCDE (2007). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2007. Paris, OCDE Organisation de coopération et de développement économiques.
- Oliver, C. (1990). "Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions." Academy of Management Review **15**(2): 241-265.
- OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un système de santé plus performant. Genève.
- OMS (2001). Stratégie régionale pour les maladies transmissibles 1999-2003: surveillance intégrée de la maladie en Afrique. Genève, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS. (2006). "Mortality country fact sheet." Retrieved 2006, 2006.

- OMS (2006). Rapport de la santé dans le monde 2006: travailler ensemble pour la santé. Genève.
- OMS. (2009). "Le rôle de l'OMS dans la santé publique." 5 mars 2009.
- OMS. (2009). "Profil pays - Haiti; <http://www.who.int/countries/hti/fr/>." Retrieved March, 5, 2009.
- OMS. (2009). "Profils pays: République Dominicaine, Cuba, Jamaïque." Retrieved MArch, 5, 2009.
- OMS / OPS (2001). Situation sanitaire en Haiti Port-au-Prince: 1-91.
- OMS/ UNICEF (1978). Déclaration d'Alma Ata.
- PAHO (1999). Uruguay. Profile of health services system. Washington, D.C, Pan American Health Organization.
- PAHO. (2008). "Haiti Health situation analysis and trends summary." Retrieved 2008, 2008.
- Papadopoulos, M. C., M. Hadjitheodosiou, et al. (2001). "Is the National Health Service at the edge of chaos?" Journal of the royal society of medicine **94**(12): 613-616.
- Parsons, T. (1961). Theories of society. Foundations of modern sociological theory. Glencoe, Ill., Free Press.
- Patton, M. Q. (1997). Utilization-focused evaluation : the new century text. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Pavignani, E. and J. R. Durao (1999). "Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands?" Health Policy & Planning **14**(3): 243-253.
- Pelz, D. C. (1985). "Innovation complexity and the sequence of innovating stages." Science communication **6**(3): 261-291.
- Pettigrew, A. M., Ed. (1985). Examining change in long-term context of culture and politics Organizational strategy and change. San Francisco, Jossey-Bass.
- Pfeffer, J. (1981). Power in Organizations. Boston, Pitman.
- Pfeffer, J. and G. Salancik (1978). The external coontrol of organizations: a resource dependant perspective. New York, Harper and Row.
- Pfeiffer, J. (2003). "International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration." Social Science & Medicine **56**(4): 725-738.
- Phelan, S. (1999). "A note on the correspondance between complexity and systems theory." Systemic practice and action research **12**(3): 237-246.
- Phillips, D. (1990). Health and health care in the third world. New York, John Wiley & Sons.
- Pierre, J. and B. G. Peters (2000). Governance, politics and the state. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London, Macmillan.
- Plsek, P. and T. Greenhalgh (2001). "Complexity science: the challenge of complexity in health care " British medical journal **323**(7313): 625-628.
- Pollitt, C. and S. Harrison (1992). Handbook of public services management. Oxford, UK ; Cambridge, Mass., Blackwell.
- Poole, M. S. and A. Van de Ven (1989). "Using Paradox to build management and organization theories." Academy of Management Review **14**(4): 562-578.
- Powell, W. W. and P. J. DiMaggio (1991). The New institutionalism in organizational analysis. Chicago, University of Chicago Press.

- Prakash, A. and J. H. Hart (1999). Globalization and governance: an introduction. Globalization and governance. A. Prakash and J. H. Hart. London, Routledge.
- Reich, M. R. (1995). "The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy." Health policy **32**(1-3): 47-77.
- Ridley, D. (2008). The literature review : a step-by-step guide for students. London ; Thousand Oaks, Calif., SAGE.
- Rist, G. (1996). L'invention du développement. Le développement. Histoire d'une croyance occidentale. Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Robert, P. (2006). "Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2007 60 000 mots, 300 000 sens." Nouvelle éd. 3.0.
- Robertson, T. (1971). Innovative behavior and communication. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Rocher, G. (1969). Introduction à la sociologie générale. Ville LaSalle, Québec, HMH.
- Rocher, G. (1972). Talcott Parsons et la sociologie américaine Paris, Presses Universitaires de France.
- Rocher, G. and F. Béland (1989). "Pour relire Talcott Parsons... ." Sociologie et sociétés **21**(1): 5-10.
- Rodgers, B. L. (2000). Philosophical foundations of concept development. Concept development in nursing. Foundations, Techniques and Applications. 2nd Edition
- Rodriguez, C., A. Langley, et al. (2007). "Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network." Administration and society **39**(2): 150-193.
- Rogers, E. M. (1962). Diffusion of innovations. New York, Free Press of Glencoe.
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations. New York ; Toronto, Free Press.
- Rogers, E. M. and W. H. Feigh (1960). "How veterinarians look at their changing profession." Journal of the American Veterinary Medical Association **136**: 600-602.
- Rogers, E. M. and F. Shoemaker (1971). Communication of innovation: a cross-cultural approach. New York, The free press.
- Rogers, E. M. and D. S. Solomon (1975). "Traditional midwives and family planning in Asia." Studies in Family Planning **6**(5): 126-133.
- Romanow (2002). Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa.
- Rouleau, L. (2007). Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Sabbat, J. (1997). "International assistance and health care reform in Poland: barriers to project development and implementation." Health policy **41**(3): 207-227.
- Salamon, L. (1999). America's nonprofit sector: a primer. New York, The foundation center.
- Saltman, R. B. and J. Figueras (1997). European health care reform : analysis of current strategies. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Sandiford, P., G. J. Kanga, et al. (1994). "The management of health services in Tanzania: a plea for health sector reform." Int J Health Plann Manage **9**(4): 295-308.
- Sauviat, C. (2004). "La crise chronique du système de santé américain." Revue de l'IRES **46**(3): 3-45.
- Schneider, H. and L. Gilson (1999). "Small fish in a big pond? External aid and the health sector in south africa." health policy and planning **14**(3): 264-272.

- Scott, W. R., M. Ruef, et al. (2000). Institutional change and health care organizations: from professional dominance to managed care. Chicago, University of Chicago press.
- Seale, C. (1999). The quality of qualitative research. London ; Thousand Oaks, Calif., SAGE.
- Senge, P. M. (1990). The fifth discipline : the art and practice of the learning organization. New York, Doubleday/Currency.
- Servet, J.-M. (2007). "Au-delà du trou noir de financiarisation." Annuaire suisse de politique de développement **26**(2): 25-56.
- Sharp, L. F. and H. R. Priesmeyer (1995). "Tutorial: Chaos theory - A primer for health care." Quality Management in Health Care **3**(4): 71-86.
- Shepard, H. (1967). "Innovation-Resisting and innovation producing organizations." Journal of business **40**(4): 470-477.
- Sicotte, C., F. Champagne, et al. (1998). "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance." Health Services Management Research **11**(1): 24-41; discussion 41-28.
- Sicotte, C., L. Farand, et al. (2005). Analyse de la conception logique d'un dossier patient partageable. Montréal, GRIS, Université de Montréal.
- Sicotte, C., M.-P. Moreault, et al. (2004). Réseaux en convergence: télécommunications des données cliniques et réseaux intégrés de soins. Montréal, GRIS, Université de Montréal.
- Simon, H. A. (1996). The sciences of the artificial Cambridge, MA, MIT press.
- Singhal, A., J. K. Doshi, et al. (1988). "The diffusion of television in India." Media Asia **15**(4): 222-229.
- Stace, D. (1996). "Dominant ideologies, strategic change, and sustained performance." Human Relations **49**(5): 553-570.
- Stacey, R. D. (1992). Managing the unknowable : strategic boundaries between order and chaos in organizations. San Francisco, Jossey-Bass.
- Stacey, R. D. (1995). "The science of complexity: an alternative perspective for strategic change processes." Strategic management journal **16**(6): 477-495.
- Stacey, R. D. (1996). Complexity and creativity in organizations. San Francisco, Berrett-Koehler.
- Stefanini, A. and N. Ruck (1992). "Managing externally-assisted health projects for sustainability in developing countries " International Journal of Health Planning & Management **7**: 199-210.
- Teutsch, S. M. and R. E. Churchill (1994). Principles and practice of public health surveillance. New York, Oxford University Press.
- Teutsch, S. M. and R. E. Churchill (2000). Principles and practice of public health surveillance. Oxford ; Toronto, Oxford University Press.
- Teutsch, S. M. and S. B. Thacker (1995). "Planning a public health surveillance system." Epidemiol Bull **16**(1): 1-6.
- Thiéart, R. and B. Forgues (1995). "Chaos theory and organization." Organization Science **6**(1): 19-31.
- Thiéart, R. and B. Forgues (2006). "La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations." Revue Française de gestion **1**(160): 47-66.
- Thompson, S. H. T., S. L. Ghee, et al. (2007). "The adoption and diffusion of human resources information systems in Singapore." Asia Pacific Journal of Human Resources **45**(1): 44-62.

- Thrift, N. (1999). "The place of complexity." *Theory, Culture and Society* **16**(3): 31-69.
- Touati, N., D. Roberge, et al. (2007). "Governance, health policy, implementation and the added value of regionalization " *Health care policy* **2**(3): 98-114.
- Tushman, M. L. and R. R. Nelson (1990). "Introduction: technology, organizations, and innovation." *Administrative science quarterly* **35**(1): 1-8.
- UNICEF. (2009). "Activités et programmes."
- Vaill, P. B. (1996). *Learning as a way of being: strategies for survival in a world of permanent whitewater*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Valenciano, M., I. Bergeri, et al. (2004). "Strengthening early warning function of surveillance in the Republic of Serbia: lessons learned after a year of implementation." *Euro Surveill* **9**(5): 24-26.
- Van de Ven, A. (1989). "Nothing is quite so practical as a good theory." *Academy of Management Review* **14**(4): 486-489.
- Van de Ven, A. and E. M. Rogers (1988). "Innovations and organizations: critical perspectives " *Communication Research* **15**(5): 632-651.
- Van de Ven, A. H., H. L. Angle, et al. (1989). *Research on the management of innovation : the Minnesota studies*. New York Grand Rapids, Harper & Row ; Ballinger Division.
- Van de Walle, N. and T. A. Johnston (1996). *Improving aid to Africa*. Washington, D.C, Overseas development council.
- Vaughan, P. W., E. M. Rogers, et al. (2000). "Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania." *Journal of Health Communication* **5 Suppl**: 81-100.
- Von Bertalanffy, L. (1980). *La théorie générale des systèmes*. Paris, Bordas.
- Waitzkin, H. and C. Iriart (2001). "How the United States exports managed care to developing countries." *International Journal of Health Services* **31**(3): 495-505.
- Walker, L. and L. Gilson (2004). "'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa." *Soc Sci Med* **59**(6): 1251-1261.
- Wall Street Journal (September 27, 2001).
- Walt, G. and K. Buse (2000). "Partnership and fragmentation in international health: threat or opportunity?" *Trop Med Int Health* **5**(7): 467-471.
- Walt, G. and K. Buse, Eds. (2006). *Global cooperation in international public health*. International public health : diseases, programs, systems, and policies. Toronto, Jones and Bartlett.
- Walt, G. and L. Gilson (1994). "Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis." *Health policy and planning* **9**(4): 353-370.
- Walt, G., E. Pavignani, et al. (1999). "Health sector development: from aid coordination to resource management." *Health policy and planning* **14**(3): 207-218.
- Whetten, D. (1989). "What constitutes a theoretical contribution?" *Academy of Management Review* **14**(4): 490-495.
- White, M. and S. M. McDonnell (2000). *Public health surveillance in Low-and Middle-Income countries*. *Principles and Practice of Health Surveillance*. S. M. Teutsch and R. E. Churchill. New York, Oxford University Press: 287-315.
- Wibulpolprasert, S. and P. Pengpaibon (2003). "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience." *Hum Resour Health* **1**(1): 12.

- Williamson, O. E. (1987). The economic institutions of capitalism : firms, markets, relational contracting. New York London, Free Press ; Collier Macmillan Publishers.
- Williamson, O. E. (1991). "Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives." Administrative science quarterly **36**(1): 269-296.
- Wilson, J. (1963). Thinking with concepts, Cambridge University Press.
- Wilson, J. (1966). Innovation in organization: notes toward a theory. Pittsburgh, University of Pittsburgh presse
- Wolfe, R. (1994). "Organizational innovation: review, critique and suggested research directions." Journal of Management studies **31**(3): 405-431.
- Wolfgang, H. and L. Kohlmorgen (2008). "Global health governance." Global social policy **8**(1): 80-108.
- World Bank (1993). World development report 1993: investing in health. Washington, D.C, World Bank.
- World Bank (1994). World development report 1994. Oxford University Press. New York.
- World Bank (1997). Health, nutrition, and population sector strategy paper. Washington, D.C., World Bank.
- World Bank (1998). Assessing aid: what works, what doesn't and why. Oxford, Oxford University Press.
- World Bank (2000). World development report 2000: Attacking Poverty New York, World Bank.
- World Bank. (2009). "Organization of the Bank: Basic facts."
- Yin, R. K. (2003). Applications of case study research. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Zaltman, G. and G. Brooker (1971). A new look at the adoption process, Northwestern University.
- Zaltman, G., R. Duncan, et al. (1973). Innovations and organizations. N.Y., Toronto,, Wiley.
- Zmud, R. W. (1982). "Diffusion of modern software practices: influence of centralization and formalization " Management Science **28**(1421-1431).

ANNEXES

Grille de mesure pour l'évaluation du niveau d'adoption du projet de renforcement de la surveillance épidémiologique

- 1- Disposez-vous de toutes les informations relatives aux données sanitaires dont vous avez besoin?

- 2- À votre avis, le MSPP dispose t-il de toutes les informations dont il a besoin?

- 3- Disposez-vous de toutes les informations nécessaires pour suivre et évaluer les résultats de vos interventions et l'état de santé de la population desservie?

- 4- Pensez-vous que le MSPP dispose de toutes les informations nécessaires pour le suivi et l'évaluation des résultats des programmes (projets) et de l'état de santé de la population haïtienne?

- 5- Est-ce qu'il est possible de prendre des décisions à partir des données ou des informations sanitaires dont vous disposez? Pourriez-vous nous donner quelques exemples pour lesquels les informations étaient disponibles ou non?

- 6- Pensez-vous que le MSPP dispose des informations nécessaires pour la prise de décisions?

- 7- Si vous disposiez d'un financement additionnel de 1 000 000 \$ US, quel pourcentage de cette somme seriez-vous prêt à attribuer dans les différents domaines techniques suivants :
 - a- *Consacrer plus de ressources aux différentes activités que vous réalisez actuellement?*
 - b- *Augmenter l'offre de services actuelle?*
 - c- *Améliorer votre système d'information?*
 - d- *Offrir de nouveaux services?*

e- Améliorer la qualité des services actuellement offerts?

- 8- Selon vous, jusqu'à quel point est-il nécessaire que les différents partenaires soient impliqués dans le développement du SSE (1 : non nécessaire, 2 : souhaitable mais non indispensable, 3 : fortement souhaitable, 4 : essentiel)

▪ DELR	1	2	3	4
▪ UPE	1	2	3	4
▪ UCC	1	2	3	4
▪ PNLT	1	2	3	4
▪ DPEV	1	2	3	4
▪ DSF	1	2	3	4
▪ OMS	1	2	3	4
▪ CDC	1	2	3	4
▪ PALIH	1	2	3	4
▪ IHE	1	2	3	4
▪ MSH	1	2	3	4
▪ Fonds mondial	1	2	3	4
▪ ICC	1	2	3	4
▪ MEASURE	1	2	3	4
▪ Coop. Cubaine	1	2	3	4

- 9- Comment entrevoyez-vous l'organisation d'un SSE fonctionnel en Haïti?
- *Intégration : intégré au SIS versus non-intégré ?*
 - *Exécution : MSPP vs Paragouvernemental vs Académique/recherche vs ONG ?*
 - *Financement : Public intégré vs Public spécifique vs Bailleurs vs Mixte ?*
- 10- Comment entrevoyez-vous les caractéristiques du processus de la surveillance épidémiologique national en Haïti ?
- *Personnel d'exécution des soins vs Personnel spécifique ?*
 - *Méthode de détection : active vs passive vs les deux ?*
 - *Rapidité de transfert de l'information et de la réponse : information urgente et investigation urgente vs information de routine et analyse périodique vs les deux ?*
 - *Décentralisation : centralisé vs décentralisé vs balancé ?*
- 11- À votre avis, quel serait l'objet de la surveillance épidémiologique national ?
- Quelques maladies éradicables ou à fort potentiel endémique / Une liste de maladies prioritaires / L'ensemble des maladies transmissibles / L'ensemble des événements de santé / L'ensemble des événements et déterminants de la santé ?*

- 12- Comment entrevoyez-vous le rôle et l'implication de votre organisation dans le système de surveillance épidémiologique que l'on voudrait implanter ?
- 13- Comment voyez-vous l'introduction d'un nouveau système de surveillance épidémiologique dans la gestion de l'information sanitaire en Haïti ?
- 14- Comment appréhendez-vous dans cette nouvelle dynamique organisationnelle?
- 15- Quel rôle est ce que votre organisation pourrait jouer dans ce SSE ?
- 16- Avez-vous des attentes vis-à-vis de ce SSE? Si oui, quelles sont ces attentes ?
- 17- Comment appréhendez-vous la mise en commun des informations sanitaires de votre organisation au sein d'un SSE plus large et plus ouvert à d'autres organisations ?
- 18- Comment entrevoyez-vous le fonctionnement de ce système de surveillance ?
- 19- Quel type d'informations sanitaires seriez-vous prêt à fournir et à partager dans le cadre d'un SSE plus global ?
- 20- Quel est le volume d'informations sanitaires que vous seriez prêts à fournir ?
- 21- Quelles sont les ressources que vous seriez-vous prêts à engager dans le cadre de ce SSE ?
- 22- Pensez-vous que les buts qui guident votre organisation dans le traitement de l'information sanitaire sont conformes à ceux des autres organisations ou des promoteurs du SSE? Si oui, comment? Si non, pourquoi?
- 23- Pensez-vous que les normes et valeurs qui guident votre organisation dans le traitement de l'information sanitaire sont partagées par d'autres organisations ou par les promoteurs du SSE ? Si oui, comment? Si non, pourquoi? [on fait allusion à l'utilisation des mêmes ressources humaines par exemple]
- 24- Pensez-vous que ce projet de collaboration interorganisationnelle menace l'autonomie ou les frontières de votre organisation ?

- 25- À votre avis quels mécanismes pourrait-on utiliser pour favoriser et stabiliser cette coopération ?
- 26- À votre avis, quels sont les facteurs contextuels déterminants pouvant être pris en considération pour la mise en place de ce système ?

Grille d'entrevue : thématiques de gouvernance et de collaboration interorganisationnelle

- 1- Quelle est la mission de votre organisation ?
- 2- Quels sont vos axes (domaines) d'interventions ?
- 3- Avec quelles ressources humaines, matérielles et logistiques intervenez-vous pour réaliser vos objectifs ?
- 4- Ces ressources sont-elles utilisées par d'autres organisations ?
- 5- Pouvez-vous nous expliquer comment s'effectue la coordination de vos activités ?
- 6- Quelle est l'étendue de la couverture géographique et populationnelle concernée par vos activités ?
- 7- Quelles sont les organisations avec lesquelles vous entretenez des liens de partenariat ou de collaboration ? [On fait allusion aux différentes organisations qui seront impliquées dans le SSE].
- 8- Dans quel type d'activités et dans quels axes d'intervention collaborez-vous avec ces dites organisations ?
- 9- Comment s'effectue ce processus de collaboration ? (financement, assistance technique, utilisation des mêmes structures)
- 10- Quelles sont les ressources mobilisées pour cette collaboration ?
- 11- Quelle est la nature de cette collaboration ?
- 12- Transmettez-vous les informations issues de vos différentes activités à d'autres organisations ? Lesquels ?
- 13- Si oui, quels sont les moyens utilisés pour transmettre ces informations ? Et quelle est la fréquence de cette transmission ?

Thématique de production et de traitement de l'information sanitaire

Par type d'informations sanitaires (questions 1-12)

- 1- Quel est la nature ou le type d'informations sanitaires que vous produisez et traitez dans votre organisation?
- 2- Quelle est la pertinence de produire ce type d'informations sanitaires ?
- 3- Dans quels buts est ce que ce type d'informations sanitaires est-il collecté, traité et distribué par votre organisation ?
 - Sert-il à démontrer l'efficacité ou l'efficience ? Si oui, comment?
 - Sert-il à déterminer ou à planifier les priorités ? Si oui, comment?
 - Sert-il à accroître la légitimité, le pouvoir de votre organisation vis-à-vis des autres organisations ?
- 4- Pouvez-vous décrire comment votre organisation produit et traite ce type d'informations sanitaires ?
- 5- Comment est collecté ce type d'information sanitaire ?
- 6- Quelles sont les différentes sources que vous utilisez pour produire ce type d'informations sanitaires ?
- 7- Quelles sont les ressources matérielles et logistiques que vous employez pour la production de ces informations sanitaires ?
- 8- Ces ressources sont-elles utilisées par d'autres organisations ?
- 9- Quel(s) types de professionnels utilisez-vous pour la production de l'information sanitaire ?
- 10- Quelles sont les normes (valeurs) qui guident les membres de votre organisation dans la production et le traitement de l'information sanitaire ?

11- Pouvez-vous nous expliquer comment s'effectue la coordination des activités liées à la production et au traitement de ce type d'informations sanitaires?

12- Quel est le volume de ce type d'informations sanitaires ?

13- Comment évaluez-vous la productivité de votre système de production et de traitement d'informations sanitaires ?

14- Comment évaluez-vous la qualité de l'information sanitaire produite par votre organisation ?

15- Comment évaluez-vous la fiabilité et la validité de l'information sanitaire produite par votre organisation ?

16- Les informations produites sont-elles utilisées pour accompagner la prise de décision dans votre organisation ?

17- Quelle est l'étendue de la couverture géographique et populationnelle concernée par les informations collectées et traitées?

18- Transmettez-vous les informations sanitaires traitées à d'autres organisations ?

19- Si oui, quels sont les moyens utilisés pour transmettre ces informations ? Et quelle est la fréquence de cette transmission ?

20- Quels sont les acteurs visés par cette démarche ? Pourquoi spécifiquement ces acteurs ?

Certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine (CERFM)

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

Analyse de la collaboration inter organisationnelle dans le processus d'adoption d'un système de surveillance épidémiologique en Haïti

présenté par : M. Thierno Baldé et Dr François Champagne et Dr Lambert Farand

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Dr Yvette Lajeunesse, présidente

Date d'étude : 19 juin 2007

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 11 juillet 2007**

Numéro de référence : CERFM85(07) 4#252

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.

