

Article Original

Développement des Zones de Santé d'Apprentissage et de Recherche en République Démocratique du Congo : enseignements utiles d'une évaluation qualitative des expériences antérieures en Afrique Subsaharienne

Geneviève Michaux¹, Albert Mwembo-Tambwe², Zakaria Belrhiti³, Francis Monet¹ et Bart Criel⁴

Résumé: Trois Zones d'Apprentissage et de Recherche (ZAR) sont développées par le programme RIPSEC en République Démocratique du Congo (RDC). Cette stratégie consiste à utiliser un district sanitaire comme substrat pour former des managers des districts de santé et mener des recherches sur les systèmes de santé. L'objet de cet article est d'explorer les principes, les effets et les conditions de succès de cette stratégie à travers une évaluation qualitative des expériences ZAR antérieures en Afrique Subsaharienne. Elle concerne quatre expériences, deux menées au Niger, une en RDC et une au Congo-Brazzaville. Les données proviennent des témoignages de responsables du développement des expériences, présentés dans un séminaire en 2014 et approfondis par des entretiens en 2015, et des publications traitant des expériences. Les faits communs aux quatre expériences sont la diffusion nationale et souvent internationale des bonnes pratiques et des modèles organisationnels, leur développement inscrit dans le long-terme et l'implication des managers des ZAR dans tous les volets de leur transformation. Le centrage de la recherche sur les problèmes de la ZAR et la promotion de la réflexivité dans les décisions managériales sont importants pour cette transformation. L'utilisation des résultats par le programme RIPSEC, les logiques imbriquées dans le concept ZAR et l'apport potentiel de l'implication d'écoles de santé publiques nationales dans leur développement sont ensuite discutés. La validité de l'étude est limitée mais renforcer le leadership des managers des districts sanitaires est un défi fréquent pour les systèmes de santé aux ressources limitées. Cet article peut aider à développer une stratégie pour le renforcer.

Mots clé: formation dans les services en action, recherche-action, renforcement du système de santé, formation des managers des districts sanitaires, Afrique subsaharienne

Introduction

Ces dernières années, la nécessité de renforcer les systèmes de santé émerge à nouveau. Les besoins en santé sont en constante évolution. Les systèmes de

santé sont plus complexes, avec une diversité d'acteurs aux aspirations variées. Dans les pays à faibles revenus, l'insuffisance des ressources, la

1. Instituut voor Tropische Geneeskunde, Public Health, Antwerpen, Belgique.
2. Université de Lubumbashi, Département de Gynécologie et Obstétrique, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
3. École Nationale de Santé Publique, Rabat, Maroc.
4. Institut de Médecine Tropicale Prince Leopold, Santé Publique, Anvers, Flandre, Belgique.

Correspondance à: Geneviève Michaux, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Public Health, Antwerpen, 2000, Belgique. Email : gmichaux@itg.be

(Ce manuscrit a été soumis le 9 juin 2017. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 11 mai 2018)

fragmentation du système de santé et la faible régulation du secteur sanitaire ont souvent entraîné une baisse de la qualité des soins et l'aggravation des inégalités. La robustesse des systèmes de santé est conditionnée par les capacités de leadership des administrations sanitaires. Mobiliser les ressources, interagir avec la population et les prestataires, organiser une offre de soins de qualité équitable sont des tâches complexes, à adapter en fonction du contexte sanitaire et social lui-même dynamique (1,2).

Une stratégie possible pour combler ce déficit dans la capacité de mise en œuvre locale est le développement de Districts Sanitaires (DS) de démonstration. En République Démocratique du Congo (RDC), la Stratégie de Renforcement du Système de Santé adoptée en 2006 prévoit l'utilisation de Zones de Santé (DS en RDC) de démonstration pour restaurer progressivement le système de santé (3). Mais sa mise en œuvre est lente et partielle. Le programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RDC (RIPSEC), constitué d'instituts académiques et financé par l'Union européenne¹, a donc intégré le développement de tels sites dans ses objectifs. Chaque école de santé publique congolaise du programme développe, avec le ministère de la santé, une Zone de Santé (ZS) de démonstration, appelée 'Zone d'Apprentissage et de Recherche' (ZAR). Une relation est développée entre un mentor, membre de l'école de santé publique, et l'équipe de management de la ZAR.

Le développement des DS, avec la constitution de réseaux des services de santé et l'affectation d'équipes de management à leur tête, est à l'origine du recours aux ZAR. Les équipes n'étaient pas formées en management. Le recours aux ZAR pour la formation repose sur deux hypothèses. La première est que la capacité de développer un DS s'acquiert à travers l'observation d'un exemple et la pratique du management. Cet ancrage sur la réalité renforce la capacité d'analogie, c'est-à-dire d'adapter le modèle construit sur la base du vécu à d'autres contextes. La deuxième est que le développement d'un DS impose une approche systémique, une approche globale des problèmes, prenant en compte les multiples interactions inhérentes à un système, et donc l'utilisation de l'ensemble du DS pour la formation des managers. Le développement d'une ZAR comprend trois composantes : l'amélioration

de la fonctionnalité du DS en termes de qualité des soins et de pilotage du DS, l'utilisation de ce DS pour former des managers d'autres DS et la conduite de recherches pour améliorer le fonctionnement du systèmes de santé. Il est facilité par l'interaction entre les managers du DS et des professionnels expérimentés dans le management des systèmes de santé.

En 2014, l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) a organisé un séminaire sur le développement des ZS de démonstration, basée sur des témoignages d'expériences du passé. Une analyse qualitative plus approfondie de ces témoignages et une revue systématique de la littérature étaient planifiées au démarrage du RIPSEC. Une exploration rapide de la littérature n'a pas trouvé d'articles sur les ZAR. Le sujet de la revue systématique a été réorienté sur l'efficacité d'autres stratégies de formation (mentorat, recherche-action et formation sur le lieu de travail) pour renforcer le leadership des managers en santé (4). L'analyse qualitative des expériences ZAR du passé devait contribuer au développement des ZAR du RIPSEC. Mais comme elle concerne un sujet peu documenté, elle peut aussi être pertinente pour des acteurs des systèmes de santé en général et des instituts de santé publique.

L'objectif de cet article est de clarifier le concept de district de santé de démonstration, de définir ses forces, ses limitations, ses conditions de succès et de dégager les critères à prendre en compte pour l'opérationnalisation de son volet formation.

Méthodes

Type d'étude

L'étude est une analyse qualitative des expériences antérieures de ZAR en Afrique subsaharienne.

Sources et collecte des données

Les données, constituées en plusieurs étapes, proviennent de quatre sources : (i) les fichiers électroniques des témoignages présentés au séminaire de 2014, (ii) les résultats des entretiens réalisés en 2015, (iii) les documents issus d'une revue de la littérature grise et scientifique à la recherche des revues systématiques sur les théories du leadership en santé et sur les stratégies pour le développer, et d'expériences additionnelles de sites

Tableau 1. Processus de recueil des données et de sélection des expériences de l'étude.

Collecte et sources des données		
Source & données	Contexte	Type de données
Témoignages présentés au séminaire en 2014	<ul style="list-style-type: none"> Organisé pour et avec une ONG belge Choix de quelques expériences connues de l'IMT 	<ul style="list-style-type: none"> Sites de démonstration Kasongo (RDC), Dogondoutchi (Niger), Ouallam (Niger), Ayuttayah (Thaïlande)
Transcription des entretiens réalisés en 2015	<ul style="list-style-type: none"> Capitalisation des expériences pour RIPSEC Toutes les expériences connues de l'IMT 	<ul style="list-style-type: none"> Sites de démonstration, formation de managers dans des services en action Kasongo, Dogondoutchi, Dolisie (Congo Brazzaville), Ouallam, Ayuttayah, Thiès (Sénégal)
Documents identifiés par la revue exploratoire littérature grise et scientifique réalisée en 2016	<ul style="list-style-type: none"> Recherche exploratoire effectuée pour notre étude : <ol style="list-style-type: none"> Exploration site WEB RESYST Revue RESYST utilisée comme base pour recherche expériences additionnelles ZAR Références bibliographiques des revues ou connues des auteurs 	<ol style="list-style-type: none"> 2 revues systématiques : 1 pour les pays à faibles et moyens revenus et 1 pour les pays à hauts revenus 2 expériences d'utilisation de districts sanitaires pour la recherche : consortium RESYST (Kenya, Afrique du Sud) & Rakai (Ouganda)
Thèses & articles par recherche spécifique	<ul style="list-style-type: none"> Recherche effectuée pour notre étude Recherche sur base des références données lors des entretiens de 2015 	<ul style="list-style-type: none"> Sites de démonstration ou formation de managers dans des services en action Kasongo, Dolisie, Ouallam, Thiès
Sélection des expériences pour l'évaluation qualitative		
<i>Critères d'inclusion :</i>		
(i) Présence des trois volets d'activités constitutifs des sites de démonstration (fonctionnalité du DS, formation de cadres venus d'ailleurs et recherche)		
(ii) Utilisation de l'ensemble du district comme substrat pour la formation		
(iii) Interaction entre les managers du DS et des professionnels expérimentés dans le management des DS		
(iv) Localisation en Afrique subsaharienne		
<i>Expériences répondant aux critères :</i> Kasongo, Dogondoutchi, Dolisie & Ouallam		
<i>Expériences ne répondant pas aux critères :</i>		
Ayuttayah : pas de volet de formation, service de première ligne		
Thiès : formation dans des services innovants de plusieurs DS, pas de volet de fonctionnalité du DS		
Rakai : recherche épidémiologique et opérationnelle sur la lutte contre la maladie, le partenariat avec le DS facilite le suivi de cohortes de population		
Consortium RESYST : partenariats avec des DS pour coproduire de la recherche centrée sur les besoins du DS, pas de formation pour d'autres districts, pas d'approche globale d'amélioration de la fonctionnalité		

de démonstration, et (iv) les productions sur les expériences identifiées dans les précédentes étapes, non détectées lors de la revue de la littérature (voir Tableau 1 pour plus de détails sur les sources et la collecte des données).

Pour le séminaire, les témoignages, un par expérience, ont été présentés selon un canevas standardisé avec des données factuelles : le contexte de l'intervention; sa genèse, son rationnel et ses objectifs; son contenu et son organisation pratique; ses résultats; et des données d'opinion : les leçons

appries, les conditions de succès, les pièges à éviter; les questions qui demeurent. Certains participants du séminaire ont par la suite été interviewés.

Pour les entretiens, un questionnaire (annexe 1) a été conçu et administré par un collaborateur de l'IMT en 2015. Il approfondissait les thèmes explorés à la conférence. Les entretiens ont été transcrits en Word. Les interviewés, un par expérience, étaient des assistants techniques pour la mise œuvre et souvent aussi les concepteurs de l'expérience.

Pour la revue exploratoire, le site WEB RESYST a d'abord été consulté. Deux revues systématiques sur le développement du leadership en santé ont été identifiées (5,6). La revue pour les pays à faibles et moyens revenus concernait la période de 1990 à 2012 (5). Ces résultats ont été utilisés et complétés jusqu'en fin avril 2016. Les sources explorées étaient Medline, Google, Google Scholar, les mots – clés 'health leadership development', 'health management development/ capacity strengthening', 'on the job training/leadership', 'action learning/ leadership', 'learning site/ leadership', combinés avec 'Africa'.

Les expériences d'utilisation de DS pour la recherche (7–9) étaient connues des auteurs du présent article. Les articles scientifiques, les thèses doctorales et autres documents relatifs aux expériences ont été recherchés spécifiquement sur internet ou auprès de leurs auteurs (10–15).

Sélection des expériences

Les critères d'inclusion des expériences, basés sur la définition de la ZAR, ont été appliqués aux expériences identifiées dans les quatre sources. Les critères de sélection et les résultats de leur application sont présentés dans le Tableau 1. Aucune expérience provenant de la revue exploratoire n'a été retenue.

Analyse qualitative des expériences

Les données factuelles des trois sources restantes ont été triangulées (16,17) et classées en quatre catégories : l'organisation générale du programme, la formation, la recherche et les résultats du programme. Les quatre expériences sont décrites brièvement et synthétisées selon cette structure. Pour les opinions, les sources sont le séminaire et les entretiens. Les données sont classées en six catégories : les messages importants, les conditions de succès, les pièges à éviter, les suggestions pour le RIPSEC, l'adéquation du terme de 'DS de démonstration' et autres. Les résultats ont été validés par les interviewés.

Les différents scénarios de formation des expériences retenues sont à l'origine d'une proposition de critères pour guider le choix du design des formations en management utilisant des services de santé en action. Les sources utilisées sont les expériences sélectionnées de notre étude, une autre initiative de renforcement

des capacités de leadership appuyée par l'IMT (18) et trois sources théoriques (5,6,19).

Résultats

Description des expériences

- Zone de Santé de Kasongo en RDC

Le projet Kasongo a été appuyé par la coopération belgo-congolaise de 1971 à 1990. Son but était de développer un DS modèle et de dégager les principes généralisables à d'autres contextes à travers la recherche. Le dialogue avec les autorités sanitaires nationales était positif. Des stages en santé publique étaient organisés dès 1974. L'apprenant, immergé dans les services, observait puis réalisait les activités. En fin du stage, il endossait les responsabilités d'un manager de la ZS. La théorie qui partait du vécu du stagiaire dans la pratique consistait en lectures orientées et échanges avec un tuteur. Cinq médecins géraient localement le DS, encadraient les apprenants et opérationnalisait la recherche. Ils étaient appuyés par deux chercheurs externes de l'IMT. Les résultats sanitaires et le coût adapté aux ressources mobilisables par le pays ont favorisé la généralisation du modèle développé au niveau national. L'utilisation de l'expérience dans l'enseignement à l'IMT et les formations organisées à Kasongo ont favorisé sa diffusion internationale. Des articles ont été publiés et une thèse doctorale a été consacrée au projet Kasongo.

- District sanitaire de Dolisie au Congo Brazzaville

La coopération allemande a appuyé le secteur santé à Dolisie de 1983 à 1998. Cet appui, qui concernait initialement les agents communautaires, est réorienté sur le développement du DS en 1986. Le modèle du DS fondé sur les soins de santé primaires guidait les décisions. Les premiers résultats ont engendré le soutien des autorités sanitaires nationales. Un volet de formation était organisé pour des managers et des prestataires des DS avec une approche pédagogique identique à celle de Kasongo. Cinq médecins géraient le DS et encadraient la formation. Il n'y avait pas de protocoles de recherche pour garder une approche globale du DS. Mais les décisions complexes, considérées comme des hypothèses à tester par l'action, étaient gérées avec une rigueur permettant leur évaluation (gestion scientifique dans le Tableau 2). Un plan de couverture

Tableau 2. Synthèse comparative des caractéristiques des expériences étudiées.

	<i>Kasongo</i>	<i>Dolisie</i>	<i>Dogondoutchi</i>	<i>Ouallam</i>
<i>Inscription des initiatives dans le temps</i>				
Appui externe au secteur santé	20 ans	15 ans	26 ans	8 ans
Appui au développement du DS*	20 ans	12 ans	12 ans	8 ans
Délai de démarrage de la formation	3 ans	4 ans	3 ans	5 ans
<i>Domaines plus spécifiquement visés par l'intervention</i>				
Créer un modèle fonctionnel	+++	+++	+	+++
Répondre aux besoins de formation	++	+	+++	+++
Adopter une approche de recherche	+++	-	-	++
<i>Ancrage du programme</i>				
Acteurs clés au niveau local	ECD*	ECD	Responsable ECD	ECD
Dialogue avec le niveau national	Structuré & positif	Positif mais après un délai	Structuré, ensuite échec	Dialogue Informel
<i>Volet formation</i>				
Cible	Un individu	Un individu	Des individus	Des ECD
Méthodes pédagogiques	Stage*	Stage	Théorie*/pratique	Théorie/pratique
<i>Volet recherche</i>				
Méthode	Recherche - action	Gestion scientifique	Gestion scientifique	Recherche – action
Acteurs externes	Chercheurs externes	Non applicable	Non applicable	Etudiants en appui

*DS : district de santé ; ECD : équipe cadre de district ; Stage : immersion dans un service ; Théorie : cours théoriques.

sanitaire incluant le privé, la rationalisation de l'hôpital, la participation de la population dans la gestion des services sont des exemples de résultats. Dolisie a contribué au développement du premier DS urbain à Brazzaville et a influencé, avec Kasongo, la politique sanitaire camerounaise.

- Circonscription Médicale de Formation et de Recherche de Dogondoutchi au Niger

Le secteur santé à Dogondoutchi a bénéficié de divers appuis de 1974 à 2000. En 1991, la circonscription médicale de Dogondoutchi devient un centre de formation et de recherche. Le développement des circonscriptions médicales, nom des DS au Niger à l'époque, justifiait cette initiative. La formation, constituée de cours théoriques et de pratiques dirigées, préparait les médecins à leur rôle

de responsables de DS. Organisée pour des cohortes de neuf participants, elle ciblait les responsables des équipes de DS. Quatre médecins encadraient la formation, dont un seul de la circonscription de Dogondoutchi. Un comité de suivi, comprenant les autorités sanitaires, le monde académique et les bailleurs a été créé, mais il n'a pas fonctionné car la charge de travail était lourde et l'implication du niveau intermédiaire difficile à coordonner. L'encadrement de la recherche opérationnelle faisait partie de ce suivi. La circonscription médicale a influencé la politique sanitaire nationale. La qualité de la supervision et la gestion des ressources ont été améliorées sur le lieu de travail des apprenants. Certains outils pédagogiques ont été utilisés à Ouallam au Niger et au Burkina Faso pour la formation continue des responsables des DS.

- District de formation de Ouallam au Niger

La coopération allemande a appuyé ce DS de 1995 à 2003. L'idée de l'utiliser pour former des managers d'autres DS n'est venue qu'après. Au départ, les autorités sanitaires ne soutenaient pas le centre, le dialogue est devenu positif suite à l'intégration de cadres familiarisés avec l'approche systémique. L'approche pédagogique était similaire à celle de Dogondoutchi sauf qu'elle ciblait tous les membres de l'équipe de management des DS. Il y avait quatre formateurs mais des coachs supplémentaires étaient mobilisés pour la pratique. La recherche-action (RA) a été développée dès le démarrage de l'appui au DS avec les responsables du DS. Les sujets de RA étaient choisis au cours des réunions ordinaires de l'équipe. La performance du DS était bonne. L'équipe cadre discutait de ses problèmes avec sa hiérarchie et dialoguait avec la population, et le personnel du DS voyait l'utilité de son travail. Les pratiques de Ouallam ont été adoptées par d'autres DS et par le Ministère de la santé. Une thèse doctorale a été produite sur le système de référence et contre-référence comme élément intégrateur du district sanitaire.

Le Tableau 2 ci-dessus résume les caractéristiques des quatre expériences. Elles ont toutes bénéficié d'un appui de longue durée, avec quelques années de développement du DS avant le démarrage de la formation. Leur ancrage était l'équipe de management du DS et le dialogue avec le niveau national était systématiquement recherché. Partout les autorités ont diffusé les pratiques innovantes, alors que l'approche de formation dans un DS en action a été peu pérennisée. Des variations existent dans les méthodes d'apprentissage (en groupe ou individuelle, stages ou pratiques dirigées) et le profil des participants. Les activités de recherche ont été développées avec des intensités différentes. La RA était la principale méthode de recherche (8,9,20-22).

Données d'opinions

Les données d'opinion sont synthétisées dans l'annexe 2. Des extraits des témoignages des informateurs sont insérés dans le texte. Certaines opinions évoquent le contexte des expériences (bb)². Les politiques de DS étaient nouvelles et l'aide internationale était disposée à les appuyer sur le

long terme et avec flexibilité (b,e,f). « Créer une zone de santé fonctionnelle prend du temps. C'est un processus complexe, imprévisible ». « La GTZ [la coopération allemande] laissait beaucoup d'initiatives aux gens du terrain; elle était conçue pour appuyer les experts sur le terrain ». D'autres opinions concernent les modalités opérationnelles. Les encadreurs de l'équipe de management avaient une vision claire des systèmes de santé, renforcée par la collaboration avec l'IMT (d,h). Le leadership des managers était préservé et encouragé. (k,l,v). « Il faut une émancipation des districts, une vraie délégation du pouvoir, du droit à la décision. Ce n'est politiquement pas neutre, il faut donner la voix aux exécuteurs ». L'équipe cadre participait aux activités de formation et de recherche, centrées sur les problèmes du DS (j,x,z,aa). Un bon fonctionnement de cette équipe était une condition préalable à l'accueil des apprenants (k). Une démarche de rigueur intellectuelle était adoptée, avec une analyse en équipe des solutions aux problèmes et des pratiques professionnelles (x,z). « Un district de démonstration n'est pas un district sans problèmes mais un district qui essaie de solutionner les problèmes en organisant la prise de décision, le suivi des décisions, l'action réflexive ». La formation, ancrée dans la pratique, visait l'acquisition d'une façon de travailler et d'aborder les problèmes (g,j,x). Le nombre de stagiaires doit être adapté au nombre de formateurs et de services d'accueil (m,r). Enfin, d'autres données clarifient le concept de site de démonstration et les perceptions liées à leur désignation. Le terme 'de démonstration' fait craindre un investissement disproportionné et des résultats à long terme. Il est mal accepté car associé à l'idée de 'DS sans problèmes' (x, y,z). En fait, le niveau de financement d'un site de démonstration doit être similaire à celui des autres DS (n). Le but de la formation étant d'apprendre comment gérer le DS (aa), le contexte doit être similaire à celui des autres DS. Par contre le centre d'excellence, qui enseigne des techniques pointues, peut justifier un niveau inhabituel de ressources. Il n'a pas vocation à être reproduit. Les deux stratégies sont complémentaires (23). Le terme centre de formation prête aussi à confusion. La formation a une importance symbolique et politique et le risque de retomber dans une approche de formations théoriques délivrées par des formateurs externes est élevé (q,s,cc). « Les organismes internationaux et les

- Lieu de pratique : lieu de travail de l'apprenant, services avec des pratiques intéressantes ou innovantes, services préparés pour former les apprenants (stages), services isolés ou organisés en réseau.
- Posture de l'apprenant : contrôle total, partiel ou nul de l'apprenant sur les objectifs d'apprentissage.
- Statut du formateur : avec un lien hiérarchique avec les apprenants, en lien avec la hiérarchie des apprenants (mandat envers la hiérarchie) ou sans lien de pouvoir ou d'influence sur les apprenants.
- Cible de la formation : individu, équipe de travail sur leur lieu de travail, groupe d'individus de milieu professionnel différent, groupe d'individus et leur hiérarchie.
- Méthodes pédagogiques : mix plus ou moins important des composantes pratiques et théoriques, stages, actions ou mentoring sur le lieu de travail, observations ou pratiques dirigées, cours théoriques.
- Rôle des formateurs : formateur, superviseur, médiateur, collaborateur, inducteur d'initiatives et d'innovations, mentorat ou compagnonnage réflexif.
- Projet d'apprentissage : développement personnel des attitudes/ des compétences, développement de l'équipe, développement organisationnel du processus gestionnaire/ dans une approche systémique.

Encadré 1. Critères pour le design des formations ancrées sur la pratique des managers des districts de santé. Basés sur les réflexions théoriques sur l'accompagnement de la pratique réflexive de Donnay J & Charlier E (17).

programmes verticaux voulaient une main mise sur la formation, cela risquait de devenir une chaîne de petits séminaires ». La recherche a aussi du prestige et peut détourner l'équipe cadre de ses responsabilités de développement du DS (ff). Elle fait craindre aux autorités sanitaires une baisse de leur pouvoir sur le DS (gg). Comprendre les perceptions des acteurs, les enjeux d'influence et associer les autorités sanitaires nationales est important (dd,ee). L'accueil des apprenants est aussi bénéfique pour les formateurs (a). « Malgré la charge de travail, les questions des stagiaires nous obligeaient à réfléchir, à construire notre compréhension du système de santé. C'était gagnant-gagnant »

Critères pour le choix de scénario de la formation

Le leadership recourt à plusieurs processus mentaux pour répondre aux problèmes émergeant dans la réalité. L'utilisation de services en action

semble une approche adaptée au développement du leadership (24). Les méthodes pédagogiques dans les services en action sont nombreuses (Encadré 1). Le modèle pédagogique 4C-ID ('four-components instructional design') propose quatre composantes pour les apprentissages complexes : tâches de difficulté croissante, apport théorique pertinent, information additionnelle au bon moment et exercices pour maîtriser le savoir-faire (25). Les combinaisons possibles de ces éléments augmentent encore les scénarios de formation. Des critères sont proposés pour guider ce choix pour les formations en management dans des services sanitaires en action (Encadré 1). Quelques exemples illustrent l'influence des critères. A Kasongo, le stage favorisait la socialisation professionnelle. Individuel, il permettait d'adapter la formation aux besoins des apprenants mais limitait la capacité d'accueil des stagiaires. Les apports conceptuels en santé publique étaient réduits. A Ouallam, la théorie, aussi importante que la pratique, aidait à raisonner sur les

pratiques et à appliquer cette compétence à d'autres contextes. L'accueil de cohortes permettait de répondre à une demande élevée, mais avec un poids important sur les services. En ciblant l'équipe de management, la capacité de travailler en équipe était renforcée. Une autre expérience montre que le contrôle total de l'apprenant sur les objectifs d'apprentissage favorise la créativité mais entraîne aussi une focalisation sur les besoins du personnel au détriment de ceux de la population (18). Les critères proposés guident le choix du scénario de formation, en structurant l'analyse des avantages et désavantages de chaque alternative.

Discussion

Le débat sur les sites de démonstration de 2014 a dégagé des principes qui ont été intégrés dans la conception des ZAR RIPSEC : la préservation et le renforcement du leadership des équipes cadre des ZAR, l'encadrement rapproché et la présence suffisante du mentor sur le terrain, l'adhésion des autorités sanitaires et l'intérêt de l'équipe cadre de la ZS comme critères essentiels pour choisir des ZAR, et la recherche de synergies avec d'autres services innovants.

Les leçons tirées de l'étude ont été utilisées dans la mise en place des ZAR. Le terme ZAR a été retenu pour mettre l'accent sur l'apprenant plutôt que sur le formateur. Un memorandum d'entente a été signé avec la hiérarchie des équipes cadre des ZAR. Plusieurs activités ont été menées pour asseoir une stratégie commune pour l'amélioration de la fonctionnalité des ZAR. Le fondement de la stratégie est l'amélioration du leadership de l'équipe cadre de la ZAR, de sa capacité de prise de décision pour transformer la ZAR, renforcée par le mentorat et la documentation systématique des décisions complexes dans une démarche similaire à celle de la RA.

Plusieurs logiques d'action sont imbriquées dans le développement des ZAR : le mentorat, la RA, l'apprentissage par l'exemple et l'utilisation de l'ensemble du DS pour former des managers des DS. Le mentor encourage la réflexivité des managers de la ZAR, le questionnement des pratiques et de leurs contextes, l'ouverture à la critique et au changement, permettant des actions d'amélioration. La RA transforme la gestion des décisions par l'équipe, à

travers des cycles itératifs de planification et d'exécution d'actions, d'évaluation et de réflexions sur leurs effets, dans une approche participative et de résolution des problèmes (8,9). Aujourd'hui les managers des DS sont souvent affectés dans des systèmes de santé fragilisés, sans avoir été en contact avec des DS fonctionnels. L'utilisation d'une ZAR pour la formation permet d'observer et d'exercer différentes tâches complexes du leadership : la supervision formative, la coordination des partenaires, l'interaction avec la communauté; etc. Mais c'est aussi le mode de fonctionnement de l'équipe cadre de la ZAR qui est source d'apprentissage et d'acquisition de compétences plus dynamiques (26) comme la flexibilité dans la planification, les capacités de s'adapter au changement, de développer des pratiques innovantes ou de résoudre des problèmes dans une perspective systémique (2).

L'implication des écoles de santé publique dans le développement de ZAR introduit une logique d'action nouvelle : leur engagement dans un ou plusieurs sites leur permet de rester ancrées dans les dynamiques de terrain du système de santé, ce qui peut contribuer à améliorer l'adéquation de leur formations diplômantes en santé publique et la pertinence de leur recherche pour les systèmes de santé. Elle crée ainsi un type de partenariat basé sur la confiance et un bénéfice mutuel, sans lien hiérarchique, qui pourrait favoriser la créativité et la durabilité de l'approche.

Les expériences analysées dans notre étude ne sont pas récentes. Un seul type d'informateurs a été interrogé et en nombre limité. Le biais de mémorisation a cependant été minimisé par la triangulation des données récentes avec celles produites pendant ou en post-intervention immédiate.

Conclusion

L'étude a été utile pour la conception et le début du développement des ZAR RIPSEC. Des principes et des modalités opérationnelles communes aux expériences passées de ZAR ont pu être dégagées. Le concept de ZAR et les logiques d'action qui le constituent ont été discutés. L'efficacité, les facteurs de succès et d'échec de la stratégie ZAR sont trop peu documentés. Le développement de ZAR pourrait cependant servir à combler le déficit de mise en

œuvre du renforcement des systèmes de santé. L'implication d'instituts académiques nationaux dans le développement de ZAR devrait favoriser l'appropriation de cette stratégie par les autorités sanitaires et la production de connaissances généralisables à d'autres contextes.

La réforme du niveau intermédiaire du système de santé en RDC a recentré ses missions sur l'appui technique aux ZS, conçu comme un coaching réalisé par des encadreurs polyvalents provinciaux. Il s'agit de transformer cette structure bureaucratique en organisation apprenante. Le nombre d'encadreurs fonctionnels reste limité et les modalités de l'encadrement sont encore à explorer. L'expérience de mentorat des ZAR peut enrichir les réflexions en cours en RDC, mais peut aussi être utile ailleurs, les réformes de décentralisation étant répandues dans plusieurs pays d'Afrique.

Remerciements

Les auteurs remercient Remo Meloni, Vincent De Brouwère, Govert van Heusden et Paul Bossyns pour le partage de leur expérience de développement de district de santé de démonstration.

Notes

1. Cette étude sera utilisée comme livrable du programme RIPSEC. Plus de détails sur ce programme sont disponibles sur le site suivant : <http://www.ripsec.org>
2. Les lettres entre parenthèses font référence à l'indexation dans le tableau de l'annexe 2.

Références

1. World Health Organization. Primary health care, now more than ever [Internet]. Geneva: WHO, 2008 [cited on 2014 Sep 21]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en>.
2. Swanson RC, Atun R, Best A, Betigieri A, de Campos F, Chuncharas S, et al. Strengthening health systems in low-income countries by enhancing organizational capacities and improving institutions. *Global Health*. 2015; 11: 5.
3. Ministère de la Santé Publique. Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Kinshasa: RDC; 2010.
4. Belrhiti Z, Booth A, Marchal B, Verstraeten R. To what extent do site-based training, and operational research improve district health system management and leadership in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2016; 5: 70.
5. Daire J, Gilson L, Cleary S. RESYST Working paper 4: Developing leadership and management competencies in low and middle-income country health systems: a review of the literature. University of Cape Town: SA; 2014. [cited on 2016 May 23]. Available from: <http://resyst.lshtm.ac.uk/resources/resyst-working-paper-4-developing-leadership-and-management-competencies-low-and-middle>.
6. Hartley J, Hinksman B. Leadership development: a systematic review of the literature. NHS leadership centre report [Internet]. Coventry: Warwick Business School, University of Warwick; 2003 [cited on 2016 May 23]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/1508/102a61382cbda74e80249375509239ceff3b.pdf>.
7. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. History of the Rakai Health Sciences Program [internet] [cited on 2016 April 8]. Available from: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/rakai-health-sciences-program/about/index.html>.
8. Lehmann U, Gilson L. Action learning for health system governance: the reward and challenge of co-production. *Health Policy Plan*. 2015; 30: 957–963.
9. RESYST Research Group. Health system learning sites, policy brief [Internet]. RESYST, 2016 [cited on 2017 April 7]. Available from: <http://resyst.lshtm.ac.uk/resources/health-system-learning-sites-understanding-health-systems-through-research-collaboration>.
10. Pangu KA. « La Santé pour tous » d'ici l'an 2000 : c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de Kasongo. Thèse de doctorat. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, 1988.
11. Grodos D. Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques. Paris: éditions Karthala; 2004, pp.10–154.
12. Bossyns P. The referral system: a neglected element in the health district concept. Doctoral dissertation. Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Brussel, 2006, pp.237–263 [cited on 2015 April 3]. Available from: <http://www.vub.ac.be/sites/vub/files/200606291i.pdf>.
13. Equipe du projet K. Le Projet Kasongo; une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Ann Soc Belg Med Trop*. 1981; 60(Suppl): 5–54.
14. De Brouwère V, Van Balen H. Hands-on training in health district management. *World Health Forum*. 1996; 17: 271–273.
15. Unger JP, Daveloose P, Bâ A, Toure -, Sene NN, Mercenier P. Senegal moves nearer the goals of Alma – Ata. *World Health Forum*. 1989; 10: 456–463.
16. Duffy ME. Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative methods research methods. *J Nurs Sch*. 1987; 19: 130–133.
17. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. 1st ed. Chicago: Aldine Publishing; 1970.

18. Blaise P. Bureaucratie et changement: le rôle de la guidance scientifique dans les services de santé de province au Maroc. Dans: Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Thèse de doctorat. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique; 2004 [cited on 2015 May 5]. Available from: <http://difusion.ulb.ac.be/vufind/Record/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/211123/Holdings>.
19. Donnay J, Charlier E. L'analyse des pratiques. Dans: Apprendre par l'analyse des pratiques. Initiation au comportement réflexif. 2^{ème} ed. Namur: presses universitaires de Namur; 2008. pp.51–86.
20. Waterman H, Tillen D, Dickson R, de Koning K. Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess*. 2001; 5: iii–157.
21. Meyer J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health-related action research. *BMJ*. 2000; 320: 178–181.
22. Vindrolas-Padros C, Pape T, Utley M, Fulop NJ. The role of embedded research in quality improvement: a narrative review. *BMJ Qual Saf*. 2017; 26: 70–80.
23. Darras C. Réflexions sur le développement des districts de démonstration. Conférence sur le développement des districts de santé de démonstration. Avril 2014.
24. Rockers PC, Bärnighausen T. Interventions for hiring, retaining and training district health systems managers in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; CD009035.
25. van Merriënboer JJG, Clark RE, de Croock MBM. Blueprints for complex learning: the 4C/ID-model. *ETR & D*. 2002; 50: 39–64.
26. Evans MJ, Brown Baker RG. Organizational knowledge and capabilities in healthcare: deconstructing and integrating diverse perspectives. *SAGE Open Med*. 2017; 5: 1–10.