



Du système d'information sanitaire à l'intelligence collective

recentrer le district sanitaire sur la population grâce aux TICs

Note conceptuelle

Version du 12 octobre

Titre de la réunion	Du système d'information sanitaire à l'intelligence collective : recentrer le district sanitaire sur la population grâce aux TICs
Organisateur	Communauté de Pratique <i>Prestation des Services de Santé</i>
Format	Lab meeting
Date et lieu de la réunion	16-18 décembre 2015 Cotonou, Bénin
Langue de la réunion	Français et anglais
Noms des auteurs de la proposition (ordre alphabétique)	Akpakpo Bruno (Bénin) Bello Kéfilath (Bénin) Delamou Alexandre (Guinée) Dossou Jean-Paul (Bénin) Keugoung Basile (Cameroun) Kiendrébéogo Joël Arthur (Burkina Faso) Meessen Bruno (Belgique) Touré Cheickna (Mali)
Personne de contact	Dossou Jean-Paul : jdossou80@outlook.com Keugoung Basile : bkeugoung@itg.be Touré Cheickna : cheickna.toure@yahoo.fr
Institutions partenaires	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD), Cotonou, Bénin et Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique
Partenaires Financiers	Unicef, Le Fonds Français Muskoka et Coopération et Développement de la Belgique

Contexte

Aujourd'hui encore, les systèmes de santé des pays d'Afrique sub-saharienne peinent à couvrir les besoins sanitaires de leurs populations. Ceci entraîne une forte morbidité et mortalité pour des problèmes de santé pour lesquels des solutions, simples et coût-efficaces, existent pourtant. Cette faiblesse des systèmes de santé a en outre des répercussions économiques et sociales (perte de productivité, dépenses catastrophiques, méfiance vis-à-vis de l'Etat...). Les Objectifs du Millénaire pour le Développement changeront bientôt de nom, mais comme l'a rappelé la récente épidémie de la maladie à virus Ebola, en Afrique, le défi restera le même : assurer que les systèmes de santé offrent des soins et des services de santé de qualité à l'ensemble de la population.

Ce défi, qui n'est pas nouveau, va se complexifier. Ces deux dernières décennies, l'Afrique a fortement changé. On peut noter entre autres : la forte urbanisation, l'émergence d'une classe moyenne, la démocratisation ou encore la recrudescence des maladies chroniques non transmissibles. Au niveau mondial, de nouvelles opportunités (émergence des Initiatives Globales de Santé, mondialisation, technologies, ...), mais aussi de nouvelles contraintes (terrorisme, crises financières,...), sont apparues(1,2). Dans ce contexte rapidement changeant, la stratégie de district sanitaire est restée globalement statique.

A côté de ces nouveaux défis, un problème plus ancien demeure. Les systèmes de santé africains reposent sur une logique administrative et rigide. Pourtant la Déclaration de Harare, qui a marqué l'adoption de la stratégie du district de santé par de nombreux pays, n'allait pas dans cette direction. Au lieu de défendre les valeurs fondatrices de la Déclaration (l'équité, la solidarité, la participation et l'autonomie), les acteurs ont opté pour une approche bureaucratique de la stratégie du district. La participation communautaire est ainsi restée marginale(3), et l'appropriation de leur santé par les populations demeure encore un rêve. La réalité des soins centrés sur le patient n'est pas effective avec des conséquences dramatiques dans tous les secteurs de la santé(4).

C'est avec la volonté d'élaborer une vision renouvelée de la stratégie du district sanitaire, qu'en octobre 2013, à l'invitation de la Communauté de Pratique « Prestation des Services de Santé » (CdP PSS) et de ses partenaires de l'*Harmonisation pour la Santé en Afrique*, plus de 150 experts s'étaient réunis à Dakar pour trois jours de conférence.

Les participants avaient réitéré la validité du modèle du district de santé, mais avaient aussi identifié douze actions prioritaires derrière lesquelles les acteurs étaient appelés à se mobiliser. Ces mesures s'inscrivaient entre autres, dans la perspective de ramener la population au cœur du fonctionnement du district sanitaire à travers une démarche d'autonomisation, d'expansion de la liberté de choix, de redevabilité et de renforcement de la capacité d'expression. Au-delà d'être la traduction même des valeurs fondatrices de la stratégie du district sanitaire, cette proposition est en fait transformatrice. Elle est essentielle en effet, pour mobiliser une intelligence collective plus forte au service d'une meilleure santé au niveau local.

La Conférence de Dakar avait identifié les nouvelles technologies de l'information et de la communication comme des opportunités capables de faciliter la mise en œuvre de cette vision renouvelée. Elle proposait en effet, parmi les 12 mesures énumérées, l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour améliorer la gouvernance et la redevabilité, l'équité, l'efficacité et l'efficience des systèmes locaux de santé. De plus, elle recommandait aux acteurs de soutenir le développement des solutions des TIC adaptées aux systèmes de santé africains. Elle soulignait aussi la nécessité pour les systèmes de santé et surtout les équipes de gestion du district d'adopter le modèle d'organisation apprenante pour s'adapter à leur environnement complexe et changeant.

Deux ans après cette conférence, la CdP PSS veut approfondir la réflexion autour de ces deux recommandations qui sont étroitement liées. Notre hypothèse est que l'énorme potentiel des TIC ne sera réellement libéré que si ces dernières sont mises au centre de la prise de décision par les acteurs **décentralisés** des systèmes de santé (gestionnaire de district et des formations sanitaires, usagers, communautés et pouvoirs locaux) et qu'elles sont utilisées dans une logique de renforcement de l'intelligence collective (Lévy P, 1997) au service de la santé au niveau local (voir encadré).

L'IC est une intelligence partout distribuée, sans cesse valorisée, coordonnée en temps réelle, qui aboutit à une mobilisation effective des compétences, dont le fondement et le but sont la reconnaissance et l'enrichissement mutuel des personnes (5).

Pierre Lévy fonde ainsi ce concept sur 4 piliers :

- L'IC est partout distribuée parce qu'elle reconnaît et mobilise les fragments de connaissances que détiennent l'ensemble des individus d'une communauté, étant donné que « personne ne sait tout et que tout le monde sait quelque chose »;
- L'IC est sans cesse valorisée en tant que propriété émergente des interactions entre les individus qui produit une richesse et une capacité potentiellement importante qui dépasse la somme des intelligences individuelles et qui explicitement ou tacitement détermine l'efficacité des groupes à faire face à des enjeux importants ;
- la coordination en temps réel de l'intelligence fait référence à l'organisation des interactions entre les individus qui partagent des événements, des décisions, des actions. La révolution de ces interactions dans le cyberspace créé par les NTICs, ouvre des opportunités importantes pour une optimisation de cette coordination en temps réelle ;
- Enfin la finalité idéale de l'IC est la reconnaissance et l'enrichissement de tous. Ceci implique la valorisation technique, économique, juridique et humaine de l'intelligence partagée par tous, afin de déclencher une dynamique positive de la reconnaissance et de l'aboutissement de l'objectif commun au bénéfice de tous (5).

C'est cette finalité qui nous interpelle dans notre réflexion sur le projet de la déclaration de Harare qui vise l'*empowerment* des acteurs décentralisés du système de santé et la mobilisation effective des compétences de toute la population qui se sent responsable, impliquée et valorisée dans la production de sa santé (2).

Atelier de Cotonou : vue générale

C'est pour approfondir cette réflexion sur la place des TIC dans la réalisation de l'agenda de Harare que la CdP PSS invite les experts à un atelier de trois jours à Cotonou, au Bénin. L'atelier aura le format d'un "lab meeting" : il sera tourné vers la pensée collective créatrice et l'imagination de nouveaux modes de fonctionnement.

L'atelier se penchera plus particulièrement sur les expériences émergentes d'application des TIC aux objectifs de décentralisation, d'autonomisation des acteurs, de mobilisation pluraliste, de coordination systémique, de redevabilité aux parties prenantes et de participation citoyenne. Ces expériences seront analysées, avec une attention plus particulière sur la pleine compréhension des théories de changement qui les sous-tendent et des hypothèses sous-jacentes. La participation d'experts travaillant sur les enjeux de l'apprentissage organisationnel et individuel et de l'intelligence collective offrira un regard critique pour apprécier ces différentes solutions.

Plus concrètement, nous tenterons de répondre aux questions suivantes, dans cette séquence :

Nous ferons tout d'abord un rapide bilan des stratégies 'historiques':

- Pourquoi les Systèmes d'Information Sanitaires (SIS) traditionnels n'ont-ils pas réussi à traduire concrètement les valeurs de décentralisation, d'autonomisation et de participation prônées par la Déclaration de Harare ? Pourquoi une si faible exploitation au niveau décentralisé ? Problèmes de design, d'orientation, de culture, de mise en œuvre ?

Nous regarderons ensuite les propositions et expériences actuelles :

- Quelles sont les nouvelles solutions SIS testées aujourd'hui en Afrique ? Peut-on dresser une typologie de ces solutions ? Font-elles plus attention aux enjeux de décentralisation, d'autonomisation, de redevabilité et de participation (ou visent-elles uniquement à renforcer le pouvoir du niveau central) ? Quelles sont leurs modalités de mise en œuvre (expérience pilote, projet, mise à échelle nationale) ? Quelles sont leurs finalités ? Quelles théories de changement les sous-tendent ? Ne font-elles pas, elles aussi, l'impasse sur certains déterminants cruciaux des processus de l'intelligence collective ?

Nous scruterons le futur :

- A quoi correspondrait l'intervention idéale ? Quel contenu, quel processus ? Qu'est-ce que c'est l'intelligence collective ? Les théories de l'intelligence collective sont-elles une source d'inspiration ? Comment cette intervention idéale combinerait-elle les différents axes d'intervention connus : le renforcement classique (intrants, formation), les réformes (redistribution des rôles et des fonctions, nouveaux modes de paiement...), le *hardware* (tablettes, *cloud computing*...), les nouveaux interfaces pour utilisateurs, les progrès technologiques plus profonds (algorithmes...) ou les nouveaux modèles de comportements (appui sur les réseaux sociaux...)? Quelle serait la théorie de changement sous-tendant cette nouvelle proposition ?

Nous apprécierons enfin les pratiques actuelles au regard de cette intervention idéale :

- La communauté internationale fait-elle un effort suffisant pour mettre en œuvre un système d'intelligence collective impliquant tous les acteurs ? Quelles seraient les stratégies de documentation, de recherche et d'apprentissage pour évaluer les nouvelles propositions qui sont en train d'émerger, notamment du côté des startups, des communautés de pratique et acteurs académiques ?

Atelier de Cotonou : résultats attendus

L'atelier s'inscrit dans la suite de la Conférence de Dakar. Il vise un approfondissement de la compréhension par les experts de la CdP PSS du potentiel des TIC pour vaincre le statisme dans le fonctionnement des districts de santé. Le principal objectif sera l'amorce d'un programme de connaissances sur cette problématique, notamment par :

1. L'identification des questions méritant une investigation plus approfondie (par de l'expérimentation, le test d'application TIC, la recherche...).
2. L'élaboration d'une grille d'évaluation légère pour apprécier dans quelle mesure une solution TIC contribue aux différents objectifs de la Déclaration de Harare.
3. L'apprentissage collectif d'une démarche pour dégager les théories de changement sous-jacentes aux solutions en cours d'application.

Il est attendu que ce programme de connaissance et cette réflexion analytique forment un contenu utile pour tous les acteurs aujourd'hui engagés dans la refondation des systèmes d'information sanitaire.

Participation et contenus partagés

L'atelier rassemblera des experts nationaux, régionaux et internationaux qui travaillent sur les modèles classiques et les modèles innovants de production et de gestion de l'information sanitaire. Pour favoriser la qualité des discussions, le nombre de participants sera limité. Il s'agira d'experts de la CoP PSS de l'Afrique de l'Ouest, d'experts de l'intelligence collective et des systèmes apprenants, d'experts impliqués dans les SNIS ou l'application des TIC aux systèmes de santé des pays à faible revenu, de représentants des partenaires financiers comme l'UNICEF et des membres du hub CdP *Harmonization for Health in Africa (HHA)* au Bénin. Quelques détenteurs d'enjeu au niveau local seront aussi invités à participer à la réunion.

Des orateurs invités seront identifiés par le comité organisateur. Nous serons particulièrement intéressés par des expériences permettant de faire une rupture avec les pratiques et modèles figés afin de se projeter vers l'avenir pour baliser un nouvel agenda sur la question.

Nous rangeons parmi ces expériences innovantes :

- **Des solutions déjà mises en œuvre dans de nombreux pays**, telles que l'expérience du *DHIS2*, qui a aujourd'hui une expérience de développement de près de 20 ans ou l'expérience plus récente d'*Open RBF*. Programmes en développement constant, il sera enrichissant de voir dans quelle mesure les développements actuels sont susceptibles de recentrer le district sanitaire sur la population.
- **Des solutions technologiques basées sur la téléphonie mobile**. Le *M-health* a dépassé sa phase de '*hype*' – il rentre aujourd'hui dans une période de plus grande maturité. Il s'agira de voir dans quelle mesure les derniers développements vont dans le sens des objectifs d'autonomisation, participation...
- **Des solutions cherchant à exploiter les TIC, la *data visualisation* et les médias sociaux en particulier, pour mettre en œuvre de nouvelles théories de changement**. Il s'agit par exemple, du projet Mobilisation 2.0 de la CdP PSS qui vise à mobiliser les équipes cadre de district (ECD) pour la lutte contre les maladies à potentiel épidémique.

Format de l'atelier

Cette réunion combinera 5 types d'activités :

- 1- Des présentations en plénière avec des formats innovants pour stimuler la réflexion;
- 2- Des discussions en plénière ;
- 3- Des discussions et travaux en sous-groupes avec différents formats susceptibles de favoriser la créativité collective;
- 4- Des démonstrations pratiques ;
- 5- Des activités sociales (un dîner, et une sortie touristique en dehors du programme) ;

L'atelier s'étalera sur trois jours : les mercredi 16, jeudi 17 et vendredi 18 décembre 2015. Les travaux se dérouleront les deux premiers jours de 09h à 17 h avec deux pauses café de 30 minutes et une pause-déjeuner de 1h. Le troisième jour sera juste une demi-journée de travail. Le dîner aura lieu le mercredi soir.

Un effort explicite sera effectué pour favoriser l'émergence d'idées innovantes et la mise en place d'une dynamique dans la durée. Nous profiterons ainsi de la réunion pour mettre les bases des prochaines étapes essentielles pour l'avancée de cet agenda de connaissances, en recueillant les manifestations d'intérêt pour d'éventuelles activités de suivi (ex : un programme de recherche).

Une communication continue sur l'atelier, sur ses résultats et sur ses activités de suivi sera réalisée à travers les différents espaces de communication comme par exemple les différentes communautés de pratiques de la plateforme HHA. D'autres espaces rassemblant des anciens de l'IMT ainsi que d'autres acteurs seront utilisés, y compris diverses newsletters et réseaux sociaux.

La Communauté de Pratique 'Prestation des Services de Santé'

La Communauté de Pratique 'Prestation des Services de Santé' s'est donnée comme objectif de réunir les professionnels de la santé, les planificateurs et leurs partenaires techniques et financiers (national, régional et international) et les décideurs dans un partenariat axé sur le partage des connaissances et d'expériences sur la mise en œuvre des services de santé en Afrique. L'ambition est de relier les gestionnaires des systèmes locaux de santé (districts sanitaires) et autres experts et assistants techniques travaillant pour les ONGs ou ayant de l'expérience en Afrique. Elle organise des activités en ligne et en face-à-face. Elle rassemble aujourd'hui plus de 1.200 experts.

Partenaires potentiels

La majorité des participants seront des experts de la CdP PSS et les orateurs invités. Plusieurs acteurs en pointe sur les enjeux de la conférence seront sollicités dès la conception de l'événement et de son programme. Il s'agit notamment de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, de l'Université d'Oslo, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* et de l'UNICEF.

Les agences membres de *Harmonization for Health in Africa* seront informées de l'événement et invitées à envoyer un expert. Cela leur permettra notamment d'offrir une continuité opérationnelle aux priorités identifiées dans le cadre de l'événement.

Date et lieu

La réunion est programmée les 16, 17 et 18 décembre 2015. Elle se déroulera dans un hôtel de la ville de Cotonou. Au moins deux salles seront réservées, dont une offrant une capacité suffisante pour contenir environ 50 personnes. Vidéo-projection et connexion internet de bonne qualité seront disponibles.

Collaboration d'une institution partenaire

Cette réunion est organisée avec le support institutionnel du Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD). Le CERRHUD apportera un appui organisationnel tout au long de la préparation, de la tenue de la conférence, du suivi des recommandations et des conclusions. Ce centre met son cadre et ses infrastructures à disposition pour tout le processus d'organisation.



Références bibliographiques

1. Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare ». 2013;21–3.
2. Meessen B, Malanda B. No universal health coverage without strong local health systems. Bull World Health Organ. 2014;92(2).
3. Rifkin SB. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. Acta Trop. 1996 Apr;61(2):79–92.
4. Sheikh K, George A, Gilson L. People-centred science: strengthening the practice of health policy and systems research. Health Res Policy Syst. 2014 Jan;12(1):19.
5. Lévy P. L'intelligence collective: pour une anthropologie du cyberspace. La Découverte, editor. 1994. 245 p.
6. Greselle OZ. Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. Manag Avenir. Management Prospective Ed.; 2007 Dec 1;n° 14(4):41–59.