

## Institut de recherche santé et société (IRSS)

« La Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : Le rôle du ministère de la santé en tant qu'Organisation Apprenante »

Thèse présentée en vue de l'obtention du

grade de docteur en sciences de la Santé

**Publique** 

Présentée par Serge

El Houcine AKHNIF Date:

Juillet 2019

## **LE JURY**

## President

Prof. William D'Hoore, UCL

## **Promoteurs**

Prof Jean Macq, UCL

Prof. Bruno Meessen, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

## Membres du jury

Prof. Bruno Marchal, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Prof. Vincent De Brouwere, Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Dr. Maryam BIGDELI, Organisation mondiale de la santé, bureau pays Maroc

Dr. Abdelali BELGHITI ALAOUI, Maroc

## Biographie

EL Houcine akhnif a une expérience de seize ans dans différents niveaux du ministère de la santé au Maroc. Il a également une expérience de plus de douze ans comme consultant international dans les domaines liés à l'évaluation économique et le financement de la santé. Depuis 2014 il s'est intéressé aux organisations apprenantes dans le domaine de la santé, l'apprentissage organisationnel et la gestion des connaissances. Il est actuellement cadre à l'organisation mondiale de la santé.

**Formation :** El Houcine AKHNIF est titulaire d'une DESA en modélisation statistique appliquée en physique de l'université Mohamed V de Rabat en 2001, diplômé de l'Intsitut de Médecine Tropical d'Anvers en 2010 (MPH : health system management and policy), en 2012 il obtient un certificat de politique de santé de l'IMT d'Anvers, en 2018 il obtient un diplôme universitaire en protection social de l'université de Paris Est.

Expériences professionnelles : il a commencé sa carrière comme gestionnaire à l'hôpital régional d'Agadir (2002), il est devenu homologue des assistants techniques canadiens du projet de réforme hospitalière (2003-2004), en 2003 il devient chef des services des affaires économiques et de maintenance de l'hôpital. En 2004 il a été nommé membre de l'équipe nationale d'implantation de la réforme hospitalière au niveau central. Entre 2004 et 2005 il devient membre de l'Unité de Mise en Œuvre de la Réforme hospitalière. Entre 2005 et 2013 il a travaillé comme cadre à la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires en charge des aspects économiques et du financement de la santé. Entre 2010 et 2013 il a travaillé comme membre de l'équipe nationale de l'implantation du projet de réforme (Santé Maroc III) financé par l'union européen. Entre 2013 et 2018 il a travaillé comme conseillé auprès du Secrétaire Général du ministère de la santé. Entre 2016 et 2018 il a géré le projet de réforme de la couverture médicale de base au niveau du Secrétariat Générale du ministère de la santé. Entre 2018 et 2019 il a travaillé comme enseignant chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique à Rabat. Entre 2005 et 2019 il a travaillé comme expert national dans plusieurs pays avec plusieurs organisations (OMS, BM...etc.). En 2019 il rejoint l'Organisation Mondiale de La Santé comme chargé de programme.

La Santé comme chargé de programme.

**Champ de compétences :** Financement et politique de santé, Couverture Santé Universelle, Gestion des connaissances et apprentissage organisationnel, évaluation économique et costing des activités et interventions de soins.

## Publications scientifiques et communications orales

#### **Articles**

Akhnif, E., Macq, J., Fakhreddine, M. I., & Meessen, B. (2017). Scoping literature review on the learning organisation concept as applied to the health system. *Health research policy and systems*, *15*(1), 16.

Akhnif, E., Kiendrebeogo, J. A., Azouzzi, A. I., Adam, Z., Makoutode, C. P., Manitu, S. M., ... & Meessen, B. (2018). Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries. *Health research policy and systems*, *16*(1), 78.

Akhnif, E., Macq, J., & Meessen, B. (2019). The place of learning in a universal health coverage health policy process: the case of the RAMED policy in Morocco. *Health research policy and systems*, 17(1), 21.

### **Communications orales internationales**

- E AKHNIF, Bruno Meessen. Etude multi pays sur les système CSU comme système apprenants. 2017.
- E AKHNIF. Présentation de l'étude multi pays à l'atelier international à Rabat. 2016.
- Bruno Meessen, E AKHNIF. Etude multi pays sur l'apprentissage systémique dans les pays de l'Afrique à Vancouver, 2016.
- E AKHNIF, Hafid Hachri. Le système de couverture médicale au Maroc, Liverpool. 2018.

"Real learning gets to the heart of what it means to be human. Through learning we re-create ourselves. Through learning we become able to do something we never were able to do. Through learning we reperceive the world and our relationship to it. Through learning we extend our capacity to create, to be part of the generative process of life. There is within each of as a deep hunger for this type of learning." Peter M. Senge

A mes deux enfants Walid et Wadie. Ce travail est en particulier dédié à vous pour les nombreux voyages en Belgique dans des moments où vous aviez besoin de moi. Cette thèse est pour vous plus que pour moi pour que votre ambition dans la vie vise toujours plus loin. J'espère vous avoir rendu fières de votre père avec ce modeste accomplissement.

A Nassira, merci pour ton soutien et tes encouragements dans de nombreux moments où j'en avait vraiment besoin.

## REMERCIEMENTS

Il a été dit une fois « fais toi entouré par des gens qui ont des rêves, désirs et ambitions ; ils t'aideront à réaliser les tiens ». Il y a quatre ans ce sujet de recherche doctorale n'était qu'un simple rêve et aventure. Grace à de nombreuses personnes qui m'ont accompagnées que j'ai pu voir clair et repérer le chemin vers l'objectif. Grace à ces gens que le chemin vers la

concrétisation de ce projet de recherche était aussi une école pleine d'enseignements qui a impacter ma personnalité, ma façon de faire et surtout m'a redonner ambition, confiance en moi et de nouvelles perspectives.

Mes remerciements vont à mon promoteur Prof Jean Macq que malgré ses nombreuses préoccupations est arrivé toujours à me consacrer un temps pour me guider et m'orienter. Merci pour tes rappels à l'ordre pour une rigueur scientifique qui n'a fait qu'améliorer la qualité de ce travail. Merci aussi pour ton humanisme et ton ouverture.

Quoique que je dise les mots aussi expressifs qu'ils le soient ne seront pas capables d'exprimer ma gratitude à mon promoteur Prof Bruno Meessen que sans lui ce travail ne saurait voir le jour. Merci de m'avoir amené à penser « out of the box » par ton esprit de rêveur et ta vision qui comporte originalité et rigueur scientifique. Je suis très heureux de t'avoir croisé sur mon chemin car ton apport était simplement inestimable. J'ai toujours été impressionné par tes feedbacks rapides, constructifs et pleins de guidance. Ta façon de gérer mon caractère pour renouveler ma motivation et continuer dans un chemin de recherche atypique et plein de surprises était exceptionnelle. Je ne dirais pas plus qu'un grand merci car tous autres mots n'arriveront pas à exprimer combien je suis reconnaissant à toi.

Mes remerciements les plus sincères vont à Prof Vincent De Brouwere, que sans lui je ne saurais pas connu l'IMT ni embarqué dans ce chemin. Je n'oubliais pas tes encouragements et surtout grâce à toi que j'ai pu m'inscrire à ce PHD. Merci pour tes nombreux rappels à l'ordre et tes provocations positives qui m'ont aidé à progresser dans cette recherche. J'espère t'avoir rendu fière à travers ce modeste accomplissement.

Merci à Dr Maryam Bidgeli d'avoir accepté de m'honorer et faire partie de mon jury. Tes commentaires ont contribué à améliorer la version finale de ce travail. Merci aussi de m'avoir appuyé dans la dernière ligne droite de ce travail par ton soutien de manager moderne qui prend l'évolution de carrière de son équipe comme priorité.

Merci à Dr Abdelali Belguiti Alaoui que j'ai côtoyé pendant plusieurs années de ma carrière au ministère de la santé. J'ai très rarement vu un leader qui réunit à la fois la rigueur scientifique, des capacités managerielles hors du commun et un esprit humain très rare. Merci de m'avoir apporté de l'aide, conseil et appui pour réaliser ce doctorat. Merci aussi d'avoir accepté de m'honorer pour faire partie de mon jury, tes commentaires ont beaucoup contribué à rehausser le niveau de cette thèse.

Un grand merci aux autres membres du comité d'accompagnement en particulier Mr le président, Prof William D'Hoore, votre façon de gérer les séances, votre ouverture d'esprit m'a beaucoup facilité la tâche. Merci au Prof Bruno Marchal pour la profondeur de ses commentaires et la richesse de son feedback sans votre guidance ce travail ne serait réalité.

Merci à mon ami Dr Nazih El QUARETY pour la relecture de cette thèse et sa disponibilité. Merci à mon ami Dr Hacheri Hafid pour son soutien et encouragements.

Mes remerciements vont à mes amis de l'ENSP avec qui j'ai échangé et partagé des moments de ce parcours. Merci au Prof Belalia pour son soutien et appui dans la réalisation des travaux de cette thèse.

Mes remerciements vont à la Direction Générale de la Coopération Belge (DGD) pour le soutien à travers ces quatre années de ce doctorat. Je remercie également tout le personnel de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers qui n'ont pas ménagé d'efforts pour m'appuyer durant les années de ce doctorat.

#### **SYNTHESE**

#### INTRODUCTION

Les entreprises modernes ont fait de leur évolution vers une organisation apprenante (OA) une stratégie-clé pour survivre dans l'environnement compétitif contemporain. Le concept d'OA met la connaissance (« *knowledge* »), l'apprentissage organisationnel et le facteur humain au cœur du fonctionnement et du développement de l'organisation.

Les organisations publiques font face à de nombreux défis et opèrent également de plus en plus dans un environnement caractérisé d'interdépendances et de changements perpétuels. La dynamique de l'environnement et la complexité des défis des organisations publiques de santé font du concept de l'OA, un concept attractif. Ne pourrait-il permettre à ces dernières de développer leur capacité interne pour s'adapter et améliorer les mécanismes de réponses aux différents problèmes et situations que peuvent rencontrer les équipes et les individus dans leur quotidien ?

Cette thèse de doctorat a pour objectif d'explorer et d'analyser le potentiel du concept des OA pour tirer des recommandations pratiques pour le ministère de la santé marocain. Notre thèse est que ce concept est particulièrement utile pour poser la problématique de l'apprentissage systémique requis pour relever de grands défis, comme par exemple la progression vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans un premier temps, il s'agit de cerner l'état de connaissance sur ce concept pour ce qui est de son utilisation dans le domaine de la santé. Ensuite, il s'agit de tester et de démontrer le potentiel d'utilisation de ce concept dans le contexte des organisations et systèmes de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire. Enfin, il devient possible de formuler des pistes d'action pour aider le ministère de la santé marocain dans une voie de transformation vers une organisation apprenante afin de lui permettre de trouver son propre chemin vers les objectifs ambitieux qu'il s'assigne. L'objectif final de notre travail est donc de rassembler un ensemble de cadres conceptuels, outils et éléments empiriques pouvant aider le ministère de

la santé à asseoir un modèle d'OA adapté au contexte marocain et ainsi réussir le défi de la CSU.

## APPROCHE METHODOLOGIQUE

Cette thèse de doctorat est articulée selon quatre grandes étapes chacune fait l'objet d'une sous-dimension de recherche pour apporter un élément spécifique, le tout pour atteindre un objectif cohérent. Les étapes de l'approche se présentent comme suit :

Etape 1 : la revue de littérature. Avec cette phase de la recherche, nous avons visé à bien comprendre le concept d'OA tel qu'il a été élaboré par la communauté des chercheurs et à identifier les différents cadres d'analyse existants pour choisir celui qui correspond le mieux au cas du système de santé. Il s'agissait plus précisément de trouver celui qui colle aux besoins du ministère de la santé en charge de l'élaboration des politiques, de leur mise en œuvre et de leur suivi et évaluation.

Etape 2 : l'adaptation et le test du cadre dans plusieurs pays incluant le Maroc. Il s'agit d'adapter et de tester le cadre conceptuel choisi lors de la revue de littérature (le cadre d'analyse en trois grands blocs (leadership, environnement et pratiques de gestion des connaissances). Cette étape a consisté en une enquête d'opinions auprès de 239 experts de la CSU dans six pays. Ce premier travail empirique nous a permis d'une part, d'identifier les forces et faiblesses des systèmes de santé investigués et d'autre part, de confirmer la pertinence d'accorder une attention particulière à l'enjeu de l'apprentissage systémique. Les données sur le Maroc, mises en comparaison avec celles de cinq autres pays francophones d'Afrique, ont confirmé le besoin d'un renforcement dans notre pays.

Etape 3 : évaluation de la place de l'apprentissage organisationnel pour le ministère de la santé dans les politiques CSU : cas de la politique du RAMED. Cette étape de la recherche a permis d'appliquer les concepts identifiés dans l'étape 1 et les outils élaborés dans l'étape 2 à un processus politique particulier au Maroc. Comme le thème de notre recherche est principalement lié au progrès vers la CSU et les capacités en apprentissage organisationnel dont le ministère de la santé doit se doter, nous avons choisi d'étudier la

politique du RAMED. Cette seconde étude empirique est du domaine de l'analyse des politiques de la CSU et se base sur une approche qualitative combinant l'analyse de la documentation et des interviews d'informateurs-clés. L'échantillon interviewé est de 18 personnes ayant vécu le processus de la mise en œuvre de la politique du RAMED. Cette seconde étude confirme les défis existants au niveau du système de santé marocain en matière d'apprentissage mais montre aussi qu'un processus politique va solliciter l'apprentissage et créée donc des opportunités pour évoluer vers l'OA. Le défi est de convertir ces sollicitations en changement structurels pérennes.

Etape 4: Recommandations pour le ministère de la santé pour évoluer vers une OA et réussir l'objectif de la CSU. Les différentes étapes précédentes de la thèse ont permis de collecter des informations sur les actions pratiques et contextuelles pouvant aider le ministère de la santé au Maroc à évoluer durablement vers une OA. Notre approche pour cette dernière étape prescriptive se base sur les éléments suivants : 1) exploitation de la revue de littérature (étape1) pour extraire toutes les recommandations possibles pour les OA, 2) puiser sur les recommandations faites dans les rapports pays de l'étude multi-pays et 3) puiser sur les recommandations formulées par les interviewés lors de l'étude sur le RAMED.

#### RESULTATS

La revue bibliographique a permis d'avoir une synthèse de la littérature sur l'utilisation du concept des OA en 2017. L'étude a permis d'identifier 263 articles et autres documents. Parmi ceux-ci, 50 articles ont été sélectionnés pour une analyse complète et 27 articles ont été analysés et utilisés pour le résumé. La majorité des articles concernaient des établissements hospitaliers. Sept articles étaient liés à l'application du concept au centre de santé. Quatre articles seulement ont traité de l'application du concept au système de santé. La plupart des applications concernaient des pays à revenu élevé, un seul article étant lié à un pays à faible revenu. Nous avons trouvé 13 cadres différents qui ont été appliqués à différentes organisations de santé. Le cadre d'analyse de Garvin nous a semblé le plus structuré et adapté à la suite de notre recherche doctorale.

L'étude multi-pays a confirmé la faisabilité et la pertinence d'adapter le cadre d'OA aux systèmes CSU. L'étude et les ateliers de validation organisés dans les six pays indiquent que l'outil est particulièrement puissant pour évaluer les forces et faiblesses d'un pays spécifique. Certaines faiblesses sont partagées de façon transnationale. Nos répondants reconnaissent le leadership développé au niveau gouvernemental pour la CSU, mais ils signalent également certaines faiblesses majeures du système de CSU, notamment l'absence de programme d'apprentissage et l'utilisation limitée des données.

L'étude qualitative sur le RAMED a confirmé l'importance de l'apprentissage au cours des différentes étapes du processus de la politique. Il existe des preuves d'un leadership encourageant l'apprentissage, l'introduction et l'adoption de processus de gestion des connaissances et le début d'une transformation de la culture administrative. Cependant, notre étude a également montré certaines lacunes majeures, notamment le manque de structuration de l'apprentissage et l'insuffisance des efforts déployés pour systématiser et maintenir une transformation des pratiques au sein de l'administration de la santé. Notre étude confirme également que l'apprentissage change de nature à travers les différentes étapes du processus politique.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette thèse a montré le potentiel du concept d'OA pour poser un diagnostic sur une administration sanitaire et sur les capacités d'un ministère de la santé à apprendre pour mener à bien des actions relatives à la CSU. Le concept, qui avait été jusqu'alors plutôt testé et utilisé dans les contextes des pays à revenu élevé, s'avère pertinent pour poser un diagnostic sur des systèmes de santé de pays plus pauvres. Cette extension est une des contributions originales de notre thèse.

Le cadre d'analyse en trois grands blocs (leadership, environnement et pratiques de gestion des connaissances) qui a été adopté tout au long de cette recherche a aussi montré son potentiel pour décrire, analyser et évaluer les dynamiques de politiques ambitieuses tournées vers la CSU. Avec cette thèse, nous avons fait une contribution originale quant à l'intégration de la question de l'apprentissage au cœur des analyses des politiques de santé.

Notre thèse a aussi une ambition prescriptive. Le changement qu'a connu l'environnement du ministère de la santé et les exigences du changement, exprimés par la haute autorité du pays fait de l'OA une piste pour approcher le changement au Maroc. La thèse confirme la puissance du concept d'OA pour structurer l'apprentissage et arriver à connecter ce qui se passe sur le terrain avec les décisions stratégiques dans le système. Nous espérons que nos travaux, qui s'inscrivent dans un intérêt croissant au Maroc pour la transformation des administrations publiques, inspirera acteurs et décideurs nationaux.

En conclusion cette thèse montre qu'on peut approcher le changement dans le système national à travers une transformation du ministère de la santé en une OA. Cette transformation va nécessiter la gestion du changement et l'introduction d'une nouvelle culture pour aligner l'apprentissage organisationnel à l'action dans le terrain. L'importance du concept d'OA exige une attention particulière de la part des chercheurs et des gestionnaires pour concevoir des actions à même de transformer le système et favoriser la réussite des actions de la CSU.

## Table des matières

PARTIE I : INTRODUCTION ET BACKGROUND	5
CHAPITRE 1 : Introduction générale	5
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE MAROCAIN	19
CHAPITRE 3 : LE SYSTEME DE COUVERTURE MEDICALE DE BASE AU MAROC	41
CHAPITRE 4 : Les organisations apprenantes : cadres et détails du concept	55
PARTIE 2 : METHODE	75
CHAPITRE 5 : Les étapes de la thèse	75
PARTIE 3 : RESULTATS	. 117
INTRODUCTION	. 117
CHAPITRE 6 : Revue bibliographique sur le concept de l'organisation apprenante	. 119
CHAPITRE 7. Adaptation d'un cadre d'analyse au contexte des pays en voie de développement pour le système CSU	. 133
CHAPITRE 8. Analyse de la place de l'apprentissage organisationnel dans les politique CSU, cas du RAMED	
PARTIE 4 : DISCUSSION	. 163
CHAPITRE 9 : Discussion générale	. 163
CHAPITRE 10 : Enseignements pour le ministère de la santé du Maroc en matière d'OA	. 173
PARTIE 5 : CONCLUSION	. 199
ANNIEVE . Cuille d'anniuse d'un suntème CELL dans le divertion d'un CA	202

## **ACRONYMES**

ALD : affections de longues durées AMO : assurance maladie obligatoire BAJ : Barnamaj Aoulaouiat Jtimaia

CMB: programme d'appui à la réforme de la couverture médicale de base

CNOPS : Caisse Nationale de Prévoyances Sociales

CNSS: la caisse nationale de sécurité sociale

ESSB: Etablissement de soins de santé de base

HCP: Haut-Commissariat aux Plans

INAS: l'Institut d'Administration Sanitaire

OA: organisation apprenante

PAGSS: Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé

PARCOUM: Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale

PASS: Programme d'Appui à la réforme du Secteur de la Santé

PDSS: Développement du Service de Santé

PEH: Projet d'Etablissement Hospitalier

PFGSS: Projet de Financement de la Gestion du Secteur de la Santé

PPR: programme pour résultats

PRIS: Projet d'Investissement dans le secteur de la Santé

RAMED : régime d'assistance médicale

REDRESS: Programme d'Appui à la Régionalisation, à la Déconcentration et au

Renforcement des Soins de Santé de Base

SSB: Soins de Santé de Base

## **Tableaux**

Tableau 1 indicateurs de santé du Maroc en comparaison avec des pays de Benchmark Tableau 2 les indicateurs relatifs au ressources humaines du Maroc en comparaison av d'autres pays	ec
Tableau 3 comparaison de l'indice CSU du Maroc avec ceux d'autres pays	39
Tableau 4 comparaison des indicateurs du financement de la santé du Maroc avec ceu des autres paysdes	
Figures	
Figure 1 : Les régimes de la CMB au Maroc	46
Figure 2 : Dimensions d'une Organisation Apprenante	57
Figure 3 : Les deux types de l'apprentissage organisationnel	60
Figure 4 : Les étapes de la recherche doctorale	76
Figure 5 : Articulation et fil conducteurs entre l'ensemble des étapes de la thèse	77
Figure 6: Les trois étapes de l'apprentissage	87
Figure 7 : Cadre d'analyse des OA	88
Figure 8 : Les éléments d'un système apprenant	91
Figure 9 cadre d'analyse de l'analyse de l'apprentissage organisationnel dans le contex	te
de la politique du RAMED	108
Figure 10 : Comment inverser la pyramide classique	181
Figure 11 : Le schéma des cercles d'échange transversaux du ministère de la santé	101



## PARTIE I : INTRODUCTION ET BACKGROUND

## **CHAPITRE 1 : Introduction générale**

Depuis les années 90, le concept de l'organisation apprenante (OA) a conquis l'attention des grandes entreprises privées. Il a ensuite été adopté par des organisations publiques. L'introduction de ce concept par Peter Senge à travers son livre « *The fifth discipline* » a donné naissance à une nouvelle façon d'approcher le management des organisations et des systèmes (1). Ce concept est arrivé à un moment où le management classique des organisations avait montré ces limites, et une nouvelle façon de faire s'imposait pour s'adapter avec l'environnement qui change de façon permanente.

Les entreprises modernes ont désormais fait de l'évolution vers une organisation apprenante un cheval de bataille pour avoir un avantage compétitif (2). Ce concept utilise la connaissance (« *knowledge* ») et l'apprentissage organisationnel comme leviers, en plus d'une importance fondamentale accordée au facteur humain dans les organisations pour le développement de l'apprentissage.

Les organisations publiques font aussi face à de nombreux défis et opèrent dans un environnement caractérisé d'interdépendances et de changements perpétuels. La dynamique de l'environnement et la complexité des défis des organisations publiques de santé fait du concept de l'organisation apprenante, à la fois, un moyen et un remède. Une OA dispose de la capacité interne pour s'adapter et améliorer les mécanismes de réponses aux différents problèmes et situations que peuvent rencontrer les équipes et les individus dans leur quotidien.

Plusieurs travaux de recherche ont abordé l'utilisation du concept de l'organisation apprenante dans le secteur public en identifiant divers résultats positifs de cette application (3,4,5,6). Il est à noter que toutes les entreprises et les organisations apprennent d'une manière ou d'une autre, mais le principal défi réside dans la capacité d'aligner l'apprentissage avec la structure de l'organisation, sa mission, ses objectifs en performance et son système de valeurs. Les organisations publiques ont donc besoin de caractéristiques culturelles

appropriées pour réussir. L'orientation de la mission, le pouvoir de décision, les systèmes d'information et l'adéquation des ressources sont également liés, de manière positive, à l'amélioration de l'apprentissage organisationnel (7).

Cette thèse de doctorat a pour objectif d'explorer et d'analyser le potentiel du concept des organisations apprenantes pour tirer des recommandations pratiques pour le ministère de la santé marocain. Dans un premier temps, il va s'agir de cerner l'état de connaissance sur ce concept pour ce qui est de son utilisation dans le domaine de la santé. Ensuite, il s'agira de tester et démontrer le potentiel d'utilisation de ce concept dans le contexte des organisations et systèmes de santé des pays en voie de développement. Enfin, il sera question de guider le ministère de la santé marocain dans une voie de transformation vers une organisation apprenante à même de trouver son propre chemin pour mettre en œuvre les actions relatives à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

## 1.1 C'est quoi une organisation apprenante?

Une organisation est dite apprenante si elle arrive à créer son propre processus d'apprentissage à son avantage ; elle a créé un environnement et des processus grâce auxquels l'apprentissage peut se développer. Il y a plusieurs définitions de l'organisation apprenante. La plus simple est celle donnée par David Garvin, qui dit qu'une organisation apprenante « est une organisation capable de créer, acquérir, interpréter, transférer et conserver la connaissance pour changer son comportement en intégrant les nouvelles connaissances et compréhensions » (page 21-26) (8). Le concept de l'organisation apprenante (OA) est souvent utilisé superficiellement juste pour dire qu'une organisation doit apprendre de ses erreurs et des autres pour améliorer sa performance. Les éléments constituants suivants ont été proposés pour une OA. Une OA devrait intégrer une fonction de gestion de connaissances (création, stockage, utilisation dans l'action et dissémination). Elle doit aussi comporter des fonctions d'apprentissage (adaptatif, anticipatif, à différents niveaux : individuel, équipe et organisation). Elle doit aussi avoir une fonction organisationnelle d'articulation de la connaissance produite, la motivation pour l'apprentissage et un leadership en faveur de ce dernier. Une OA doit également développer une stratégie d'acquisition des connaissances de

son environnement, soit pour intérioriser celles utiles à son action, soit pour partager les leçons et les connaissances avec d'autres organisations (Marquart 2011).

Une organisation peut être composée de plusieurs organisations (cette configuration peut aussi être appelée système ou réseau d'organisations) avec plusieurs niveaux de coordination, dont l'apprentissage entre les sous-organisations la constituant. Ce réseau d'organisation fonctionne de façon telle que tout se comporte comme une seule organisation globale apprenante. Enfin, le développement de l'OA est un chemin et pas une destination, les organisations doivent s'engager dans un processus continue d'apprentissage (1).

## 1.2 Organisation apprenante et apprentissage organisationnel : quelles différences ?

L'apprentissage organisationnel a été décrit de plusieurs manières. On dit que c'est le produit cumulatif de l'apprentissage en petits groupes ou en équipes (9). Il détermine la capacité des organisations à tirer des enseignements de leurs expériences et à exploiter les connaissances des autres pour contribuer à l'intelligence organisationnelle (9). Il est également défini comme l'apprentissage collectif déclenché dans une organisation en créant une capacité d'influencer sa performance (10,11). Le partage des connaissances et de la compréhension qui restent dans l'organisation, quels que soient les changements dans les équipes ou les membres, contribue à l'efficacité et à l'efficience de l'organisation (12).

L'apprentissage organisationnel est à la fois un moyen et un déterminant considérable pour qu'une organisation puisse se transformer en une organisation apprenante. En effet, l'organisation de par sa structure, l'adaptation de son système de valeurs et le climat créé par ces leadeurs peut réunir les conditions pour que l'apprentissage organisationnel soit aligné avec ses buts organisationnels (2). La connaissance qui est utilisée dans l'apprentissage organisationnel n'est pas restreinte à la connaissance scientifique qui émane du monde académique. Elle est plutôt définie pour englober toute connaissance qui peut contribuer à l'amélioration de l'action de l'organisation.

Marquart (2011) (2) définit la connaissance comme l'ensemble des choses connues par les individus dans l'organisation et qui peuvent donner un avantage concurrentiel à celle-ci. Il définit deux types de connaissances : 1) une connaissance implicite qui est dans la tête des individus et qui n'a pas fait l'objet d'une documentation, et 2) une connaissance explicite qui l'est par le biais de la documentation et du partage. Il définit également 4 modes de transfert de la connaissance (tacite-tacite : entre les gens, tacite-explicite : par la documentation, explicite-tacite : via la formation, explicite-explicite : via le partage). Dans le cadre de cette recherche, la connaissance n'est pas uniquement liée au produit du monde de la recherche mais s'étend à toute connaissance implicite ou explicite qui peut aider à améliorer l'action soit en apportant un savoir-faire ou un mode d'organisation.

# 1.3. Les systèmes de santé et le défi de la complexité : Nécessité de développer l'apprentissage organisationnel

Les organisations des systèmes de santé sont des systèmes complexes qui nécessitent une vision d'ensemble et une pensée systémique, des capacités d'adaptation et plus de créativité que des simples plans d'action. Traiter les organisations comme des systèmes adaptatifs complexes permet l'émergence d'un nouveau style de gestion plus productif dans le secteur de la santé (13). Un système adaptatif complexe est un ensemble d'agents individuels libres qui agissent d'une manière qui n'est pas toujours totalement prévisible et dont les actions sont interconnectées, de sorte que les actions d'un agent modifient le contexte des autres agents (14).

Dans un système adaptatif complexe, les agents répondent à leur environnement en utilisant des ensembles de règles internalisés qui génèrent des actions. Dans un système biochimique, les « règles » sont une série de réactions chimiques. Au niveau humain, les règles peuvent être exprimées sous forme d'instincts, de constructions et de modèles mentaux. « Explorez les idées, les préoccupations et les attentes du patient » est un exemple de règle intériorisée qui pourrait orienter les actions du médecin. Comme les agents qu'il contient peuvent changer, un système complexe peut adapter son comportement au fil du temps (15).

Les systèmes de santé vivent une complexité croissante au niveau pratique et personnel qui peut conduire à la frustration et à la désillusion. C'est peut-être parce qu'il y a une véritable source d'inquiétude, mais c'est peut-être simplement que les méthodes traditionnelles de « contourner le problème » ne sont plus appropriées. L'univers de Newton, dans lequel les grands problèmes peuvent être décomposés, analysés et résolus par déduction rationnelle, a fortement influencé à la fois la pratique de la médecine et le leadership des organisations (16).

Les systèmes de santé et leurs organisations doivent donc prendre en considération la dimension de complexité. Les ministères de la santé opèrent dans cet environnement de complexité avec une multiplicité d'acteurs et de sous-systèmes. Considérer l'aspect de complexité est primordial pour développer des solutions contextuelles et adaptables à la situation du pays.

La conduite du changement constitue un élément de complexité dans le système national de santé. En effet, les systèmes de santé sont caractérisés par des besoins d'adaptation permanents (ex. suite à l'émergence de nouveaux besoins, aux progrès de la médecine). Cela va engendrer, des tentatives régulières de réformes et donc une sollicitation fréquente de la capacité à conduire le changement. Comme nous le présentons dans notre chapitre sur le système de santé marocain, ce dernier correspond bien à cette situation de changements ou tentatives de changement soutenus. Dans la dernière partie de cette thèse nous allons aborder en détail les modèles de changement (chapitre : discussion) dans les organisations et leurs dimensions. La conduite du changement doit donc être au cœur de toute opération de réforme dans un système de santé, c'est d'ailleurs à travers une conduite structurée du changement que de nouvelles attitudes et compétences sont introduites et intégrées dans la routine des organisations de santé. Les OA sont dès lors les bienvenues pour instaurer une démarche continue de recherche de meilleures façons de faire à travers la créativité et l'expérimentation.

### 1.4. Le ministère de la santé et le défi de la gouvernance

La littérature sur la gouvernance est diverse et parfois contradictoire pour les dimensions pratiques et les outils à mettre en œuvre pour réussir une bonne gouvernance. Une vision commune sur ce qui peut être mis dans l'évaluation des efforts pour assurer une bonne gouvernance détermine l'évaluation de l'action publique. Dans ce sens, il faut établir un consensus et œuvrer ensemble à mettre en place un dispositif permettant le renforcement de la gouvernance.

Le système de santé est par nature un système politique dont les décisions impliquent des choix difficiles en terme de priorisation, avec une incidence parfois directe sur la santé de la population. L'efficacité des choix dans un système de santé passe par l'amélioration de la gouvernance. La gouvernance du système de santé est un concept relativement récent, ceci explique peut-être pourquoi son contenu exact ainsi que les cadres conceptuels pour sa mise en œuvre ne sont pas toujours clairs. Barbazza et al. (2014) (17) ont mené une revue systématique sur le concept de la gouvernance du système de santé pour aborder les différentes définitions et les dimensions considérées. Ils ont conclu qu'une diversité de termes sont utilisés pour définir la gouvernance du système de santé. Les dimensions qui sont considérées dans l'analyse de la gouvernance des systèmes de santé sont les suivantes : La redevabilité, les partenariats, la formulation de politique / direction stratégique, la génération d'informations / intelligence, l'adéquation organisationnelle / conception du système, la participation et le consensus, la réglementation et la transparence. Il n'existe pas de consensus absolu sur ces dimensions chaque auteur mettant l'accent sur quelques dimensions plutôt que d'autres.

Dans le cadre de cette thèse, quelques dimensions de la gouvernance sont traitées dans les dimensions d'une organisation apprenante, cependant la gouvernance des systèmes de santé n'est pas un objectif spécifique à cette recherche.

#### 1.5. Le ministère de la santé et le défi de la couverture universelle en santé

Le ministère de la santé comme organisation complexe se retrouve face à de nombreux défis. La question de concrétiser le droit d'accès à toute la population a fait émerger plusieurs questions sur la capacité des différents niveaux du ministère de la santé à produire les services nécessaires avec le niveau de qualité qui serait acceptable par la population.

Pour concrétiser le droit à la santé, plusieurs pays ont pris l'engagement de développer des stratégies de financement pour assurer graduellement une couverture universelle pour toute la population (18,19). Du fait des contraintes financières, des priorités ont été définies. Certains pays se sont engagés dans des réformes visant d'abord à protéger les pauvres et les populations vulnérables particulièrement exposés aux coûts des soins de santé. Donner le droit d'accès à des services décents est au cœur du débat politique à l'échelle mondiale pour assurer une couverture universelle de santé dans le cadre d'un engagement collectif international (18). La couverture universelle en santé (CSU) a été définie comme la capacité de fournir à toutes les personnes un accès à des services de santé de qualité suffisante, tout en veillant également à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières (20). Pour atteindre l'objectif de la CSU, nous avons besoin d'organisations de santé suffisamment développées pour produire une prestation de soins avec qualité et efficience. La relation entre la CSU et le concept des organisations apprenantes vient du fait qu'une OA une fois développée va permettre d'atteindre des niveaux de performance optimaux et donc contribuerait à l'atteinte de l'objectif de la CSU.

Le Maroc a mené une réforme constitutionnelle en 2011 qui s'est focalisée sur un nombre de droits humains. Pour la première fois dans l'histoire du Maroc le droit d'accéder aux services de santé est devenu désormais un droit constitutionnel de par l'article 31 de la constitution. La couverture universelle en santé est au cœur de ce mouvement de garantir les droits en assurant un accès universel en santé. Pour cela, plusieurs actions et politiques ont été mises en œuvre, parmi lesquelles la mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO, Loi 65-00) (21) et son élargissement à l'ensemble de la population ciblée (33% de la population, correspondant à la population active formelle plus dépendants). La décision de rendre l'AMO obligatoire a permis à ce régime d'atteindre son objectif relativement rapidement. L'attention

s'est également portée sur les plus démunis. Plusieurs études ont en effet démontré qu'au Maroc, au milieu des années 2000, un tiers de la population était soit pauvre soit vulnérable, selon des seuils de pauvreté et de vulnérabilité nationaux (22). Le 'Printemps Arabe' et les changements subséquents dans l'environnement politique (23) ont transformé ce constat en un problème politique prioritaire, ramenant la question de la santé au premier plan des attentes des citoyens. Cette dynamique s'est traduite par deux transformations majeures : d'abord, la reconnaissance constitutionnelle de la santé comme un droit humain à travers la nouvelle constitution de 2011 (24); et ensuite, une fenêtre d'opportunité s'est créée, permettant l'accélération du processus de généralisation du régime d'assistance médicale (RAMED) de grande échelle qui vise à lever les barrières financières à l'hospitalisation pour la population identifiée comme vulnérable et/ou pauvre. L'accès aux soins de santé est donc devenu un élément central pour assurer la paix sociale et la stabilité politique du pays. Enfin, en 2017 la loi pour le régime de couverture des indépendants a été votée par le parlement pour permettre de couvrir la dernière frange de la population : les indépendants (les 33% de la population du secteur des indépendants non identifiés comme pauvre ou bénéficiaires de 1'AMO) (25).

Cependant, plusieurs défis se posent dans la poursuite de cette dynamique. Le premier réside dans le fait que le financement généré par l'AMO est de facto, par le choix fait par les personnes couvertes, capté essentiellement par le secteur de soins privé. Ce financement ne bénéficie donc presque pas aux structures publiques qui, dans les faits, prennent en charge la plus grande partie des coûts des soins des plus pauvres. En effet, les structures privées sont peu fréquentées par les populations pauvres du fait de leur politique tarifaire.

L'enjeu de mutualisation est fondamental dans l'objectif de couverture universelle. Si elle ne se fait pas au niveau des fournisseurs de soins, elle doit se faire en amont au niveau de l'assurance elle-même. Il est clair qu'un défi de taille se pose quand il s'agit d'imposer une logique d'intégration des différents régimes de financement (AMO et RAMED), tout en développant en parallèle le nouveau régime pour les indépendants (AMI). Moyennant un pilotage efficace du processus de généralisation de la couverture médicale, il existe un risque indéniable que le ministère de la santé ne soit pas en mesure de faire face à ce défi (26-29).

La réussite de la couverture universelle requiert donc un pilotage de la performance du système dans son ensemble. En effet, le défi de la performance se pose de plus en plus surtout face à l'évolution contradictoire entre financement public de la santé et besoins croissants de la population. Une dynamique d'apprentissage organisationnel aurait une valeur ajoutée pour consolider les acquis mais aussi améliorer les actions futures.

Un deuxième défi majeur du système de santé, au niveau du ministère de la santé en particulier, concerne la capacité à remplir la fonction de coordination des différentes entités le constituant pour garantir l'efficacité de l'action publique. Le mode classique de fonctionnement (purement bureaucratique) a montré ses limites et il y a un besoin d'opter pour des modes modernes d'organisation et de développement pour atteindre les objectifs ambitieux du système.

Le défi du changement constitue également une importance particulière pour le ministère de la santé. Dans ce sens, il est fondamental d'analyser comment le système s'organise pour envisager des transformations au sein de son fonctionnement et créer un réservoir de connaissances capables d'éclairer le système pour un pilotage efficace de sa performance.

Le concept d'organisation apprenante semble intéressant pour illustrer la cible en matière de changement à entreprendre et revoir les fonctions du ministère de la santé au Maroc. Ce changement est tant une nécessité qu'un impératif pour réussir l'atteinte de l'objectif de la CSU. L'avantage que donne le concept des OA irait dans le sens de développer un réservoir de connaissances en se basant sur une relation systémique au sein de l'organisation (30,33). Par ailleurs, les recettes de changement ne sont pas toujours transposables et généralisables, du coup, il devient intéressant de creuser dans l'analyse du processus de transformations organisationnelles, afin d'identifier les éléments/étapes clés qui ont permis le changement plutôt qu'appliquer aveuglement les expériences des autres. Cette dimension est bien ce qui manque à développer dans le système marocain, étant donné les objectifs ambitieux que le système s'est fixés, alors que les ressources restent limitées et le contexte relativement complexe dans la phase post-Printemps Arabe.

Face à ces différents défis, et bien d'autres qui ne sont pas cités ici, il devient intéressant de revoir le fonctionnement du ministère de la santé en mettant ses fonctions et leurs modes d'organisation en miroir d'expériences d'autres pays, afin d'« éclairer » cette tentative de transformation.

Nous sommes conscients que la réussite de la CSU est multifactorielle et touche plusieurs éléments comme le leadership, la volonté politique et bien d'autres, comme indiqué dans l'expérience du Mexique (34). Mais nous pensons que la capacité à apprendre de façon propre va être central à la progression vers cet objectif. Le concept de l'organisation apprenante va donc être pris comme grille pour analyser plusieurs pays et comprendre le rôle de l'apprentissage systémique pour progresser vers la CSU.

#### 1.6. Justification de l'importance de la recherche

La problématique centrale que cette recherche doctorale aborde est celle de l'enjeu de l'apprentissage au sein d'un ministère de la santé s'engageant dans de grandes réformes systémiques comme celles décrite ci-dessous. Cette problématique nous a été inspirée par nos propres observations depuis plusieurs années comme cadre de l'administration centrale.

Dans les dernières décennies, le ministère de la santé du Maroc a mené plusieurs réformes, avec des centaines de livrables produits, mais qui ne sont connus que par ceux qui ont vécu l'expérience des projets de réforme. La connaissance n'a donc pas été partagée; soit elle est restée l'apanage des acteurs de ces réformes, dont la plupart sont actuellement à la retraite, soit qu'elle est restée cloitrée dans des « tiroirs » de l'administration en raison d'un processus de partage défaillant. Dans ce sens, une étude récente sur l'état des lieux en matière du développement de l'apprentissage organisationnel au ministère de la santé a mis l'accent sur « plusieurs défaillances et lacunes » (35).

Comme acteur, nous avons nous-même pu observer qu'il y a très peu d'utilisation de la connaissance pour appuyer les décisions dans le système. Notre hypothèse est que cela est dû à un manque de structuration autour de la création de la connaissance, le développement de l'apprentissage et le rapprochement de la connaissance avec l'action. A titre d'exemple, les derniers comptes nationaux de la santé ont été produits avec un retard de 5 ans ; du coup,

le système de santé marocain rate l'opportunité d'évaluer les politiques du financement de la santé en se basant sur des données probantes et récentes. Le renforcement de l'action de réforme du système de santé passe par une bonne gestion de la connaissance produite, son articulation avec l'action et la création d'une dynamique favorisant une efficience dans le processus : la production de la connaissance, son stockage, et son utilisation pour renforcer l'action.

Le développement de la connaissance utile à l'action est très faible et la fluidité d'échange de cette dernière reste très limitée. Ce constat est également visible au regard du nombre important de publications à l'international sur les systèmes de santé, mais qui n'incluent pas le Maroc. D'ailleurs, une étude récente sur la couverture sanitaire universelle menée par la Banque Mondiale au Maghreb a inclus l'Algérie et la Tunisie mais pas le Maroc (36). Avec la faible ouverture sur l'environnement international, avec peu de publications et documentation, le Maroc rate l'opportunité de tirer profit des analyses détaillées des experts qui mènent ces études dans d'autres pays.

L'hypothèse structurant notre travail est que les modèles d'organisation apprenante pourraient aider le pays à organiser les différents éléments nécessaires à renforcer l'action par la connaissance. En effet, ce n'est pas seulement la gestion des connaissances qui est concernée par l'OA mais aussi l'environnement global par lequel l'action de l'organisation est renforcée par la connaissance et l'information utile. Le plus important aussi c'est qu'elle met le facteur humain au centre de la dynamique de l'apprentissage pour assurer le développement de l'organisation.

Au démarrage de notre recherche, nous avions bon espoir que l'analyse du concept de l'organisation apprenante nous permettrait d'analyser, dans un cadre défini et harmonieux, les soucis exprimés par le ministère de la santé en matière de développement des capacités, de gestion des connaissances, et de développement de l'apprentissage organisationnel.

## 1.7. Originalité de la contribution scientifique

Notre étude vient à un moment où tout le monde parle de la couverture universelle en santé et propose des solutions en matière d'expériences réussies des pays. Nous reconnaissons tous

que l'objectif de la CSU ne peut pas être atteint en suivant un modèle unique et universel, ou en appliquant une recette prête à l'usage pour tous les pays ; il y a donc lieu de réfléchir à d'autres aspects que nous pouvons appliquer en nous inspirant des expériences des autres sans être obligés de suivre littéralement leurs voies. Ce projet de recherche propose une nouvelle idée : en plus de se nourrir des expériences des autres, par exemple sur les régimes de financement ou leur mise en œuvre, il faut en fait viser une transformation de l'apprentissage systémique. Il s'agit bien de mettre ce dernier au cœur du programme de réforme. Notre proposition de concentrer l'attention sur la capacité d'apprentissage en place au sein du Ministère de la Santé pour aller vers la CSU constitue l'originalité de cette recherche.

Ce travail va permettre d'éclairer le ministère de la santé sur le mode d'organisation interne le plus en faveur de la réussite de la CSU qui est un objectif stratégique pour le pays. Il va permettre également de préconiser une meilleure façon d'articuler les décisions avec l'intelligence dans la production des connaissances dans le système. Connaissant le système et ayant des relations permettant de mettre en œuvre les étapes de ce projet, nous avons la certitude que ce projet est réalisable.

### 1.8. Les objectifs principaux et secondaires de la recherche

La question principale de notre recherche est la suivante : « Dans quelle mesure le concept de l'organisation apprenante peut-il aider un Ministère de la Santé à se renforcer dans sa mission de mise en place de la couverture sanitaire universelle ? »

Nous comptons aborder cette question à travers quatre sous-questions de recherche qui se présentent comme suit :

- 1. Comment le concept d'organisation apprenante est-il défini et appliqué en général, et comment s'applique-t-il à des organisations de santé en particulier ?
- 2. Pourquoi et comment développer un outil d'audit et d'évaluation des systèmes de la CSU dans la direction des systèmes apprenants ? Jusqu'où les systèmes des pays à revenu faible ou intermédiaire ont adopté les caractéristiques des systèmes apprenants ?

- 3. Dans quelle mesure l'expérience du RAMED au Maroc a-t-elle permis d'intégrer les caractéristiques d'une organisation apprenante au ministère de la santé et jusqu'où le développement des dimensions d'OA a-t-il permis de renforcer la politique du RAMED ?
- 4. Quel modèle d'organisation apprenante peut guider le système de santé marocain vers la couverture universelle ?

Pour répondre à ces questions, nous envisageons, entre autres, de développer au cours de cette recherche les articles suivants :

- 1. Une revue de littérature sur l'application du concept de l'organisation apprenante dans le secteur de la santé ;
- Une étude multi-pays comparative validant un outil d'audit et d'évaluation des systèmes de la CSU dans la direction des systèmes apprenants;
- 3. Une étude de cas documentant le processus politique du RAMED au Maroc et mettant la problématique de l'apprentissage systémique au cœur de l'analyse.

# CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE MAROCAIN

Compte tenu de l'objectif de notre recherche, il est crucial d'avoir une bonne maitrise des caractéristiques du système de santé marocain. En effet, une bonne connaissance des défis et de la nature du fonctionnement des différentes composantes du système de santé permettra d'identifier les leviers d'action adaptés pour assoir et intégrer des pratiques relatives à l'organisation apprenante en général.

L'histoire et la dynamique d'évolution du système de santé marocain sont importantes à cerner pour plusieurs raisons. Depuis la perspective de l'apprentissage, les stratégies adoptées dans le passé, que ce soit pour mettre en œuvre des réformes ou développer des domaines particuliers de la santé, deviennent une source d'apprentissage pour le ministère de la santé. Par ailleurs, la culture organisationnelle des composantes du système de santé en place aujourd'hui reflète, certes, les choix qui ont été adoptés par le passé, mais détermine également les positions de pouvoir pouvant limiter l'action de réforme dans le système.

L'analyse des différentes réformes et leurs logiques dans le temps est aussi un élément de base pour pouvoir préconiser des pistes pour le ministère de la santé en matière de stratégie d'OA. La maitrise des logiques du montage des projets de réforme permet de comprendre les différentes visions qui se sont profilées dans le temps pour capitaliser sur les dimensions qui ont bien fonctionné dans ces réformes. Cette capitalisation permettrait d'intégrer les partenaires techniques et financiers qui ont contribué dans ces différentes réformes dans la vision du développement de l'apprentissage organisationnel au ministère de la santé. S'ouvrir sur les réflexions de tous les partenaires internes et externes au ministère reste indispensable pour arriver à une vision d'organisation moderne au ministère de la santé. Cette vision qui valoriserait l'usage de la connaissance dans l'apprentissage organisationnel, le tout dans un esprit d'ouverture dans la culture organisationnelle.

Au-delà de l'analyse à travers le temps, il est également important de considérer l'analyse dans l'espace. Le benchmarking du système de santé marocain avec les autres systèmes de santé est source d'information et peut s'intégrer dans la logique d'apprentissage.

Suivant cette logique, les prochaines sections donnent un survol rapide sur ces différents éléments.

## 2.1. Evolution du système de santé marocain

Depuis l'indépendance en 1956, les réflexions autour du système national de santé n'ont pas cessé d'exister. Les premières discussions sur la forme et l'organisation du système national de santé ont commencé avec la première conférence nationale sur la santé en 1959. Cette conférence a réuni un ensemble d'acteurs et de décideurs du système national marocain et a débouché sur la première proposition d'organisation du système de santé. A cette époque plusieurs défis en matière de santé caractérisaient le Maroc, ce qui a influencé les orientations stratégiques choisies à cette époque pour planifier et mettre en œuvre l'action de santé dans le pays. La santé était alors considérée comme « la responsabilité de l'Etat » et cela s'est reflété par le choix de la gratuité des soins de santé primaires et les efforts mobilisés par l'Etat dans les programmes de santé. La lutte contre les grandes épidémies était centrale dans les premiers plans de développement du système de santé. Dans cette dynamique, le Maroc a instauré ses premières facultés de médecine et ses écoles de formation professionnelle paramédicale, et a développé sa stratégie de couverture sanitaire (les groupes sanitaires mobiles; les SPU/SPR, les SIAAP). Ainsi, la Charte Communale de 1959 a responsabilisé les collectivités locales pour assumer les frais de soins des populations, chose qui a été changée dans la charte de 1976 qui a limité cette responsabilité en santé à l'hygiène et à l'assainissement (37).

La dynamique d'évolution du système de santé marocain était caractérisée par un certain retard par rapport aux pays à situation similaire. Ceci s'explique par le lourd héritage du Maroc à la veille de l'Indépendance (en termes de défis qui confrontent le système de santé), en grande partie lié à la croissance démographique et l'inefficacité des politiques sociales sectorielles. Par ailleurs, la capacité de l'économie à générer une croissance importante pour appuyer les secteurs sociaux n'était pas au rendez-vous. La complexité des comportements sociaux est aussi un facteur qui s'est ajouté pour rendre le changement plus difficile, ce qui explique ce retard du développement du système national de santé (38-40).

Dans l'effervescence mondiale sur l'importance des soins de santé primaires, suite à la déclaration d'Alma Ata, le Maroc s'est focalisé sur l'extension des soins de santé primaires (les années 1980 et 1990). Dans ce sens, les programmes de santé ont bénéficié d'une attention particulière en termes de mobilisation des ressources mais aussi en termes de capacitation des ressources humaines. Plusieurs projets ont été lancés et mis en place par le ministère de la santé pour renforcer et perfectionner l'action des programmes de santé. Vu leur importance, les fonctions essentielles de santé publique ont fait l'objet d'une réflexion par le ministère de la santé (41).

En 1994, le ministère de la santé a procédé à une restructuration de ses missions et de son organisation pour s'adapter aux nouveaux défis du système de santé. Ainsi, plusieurs changements ont été introduits comme la création de nouvelles directions centrales pour les hôpitaux, les médicaments et la réglementation. L'économie de la santé, vu son importance dans le système, a été positionnée par la création d'une structure au sein du ministère pour la maîtrise du financement de la santé (42-43). Ces préoccupations étaient de plus en plus importantes et le Maroc a commencé à se lancer dans des réflexions sur son système de couverture médicale de base (CMB).

Différentes périodes ont constitué des stations de grande importance dans l'histoire du système de santé marocain. La période des années 80 et 90 était une période de focus pour la politique de santé sur les programmes sanitaires et de lutte contre les maladies tropicales, en s'inspirant du mouvement mondial qui a suivi la Déclaration d'Alma Ata (44). Durant cette époque, l'effort a continué à porter sur le renforcement et la mise à niveau des soins de santé de base. La nouvelle structure du ministère de la santé, surtout la création de nouvelles directions centrales, a permis de réaliser des progrès notables particulièrement en ce qui concerne le contrôle de certaines maladies.

Une deuxième période assez importante en matière d'orientation des politiques de santé au Maroc a concerné la réforme hospitalière, la régionalisation et la réforme du financement de la santé. En effet, après avoir mis à l'ombre l'hôpital public à cause de la vision axée sur les soins de santé primaires, le ministère de la santé a entamé sa réforme hospitalière. Il a compris qu'à défaut d'un réseau hospitalier performant et bien gouverné, il serait très difficile d'assure

une continuité des soins et d'atteindre les objectifs globaux du système de santé en matière d'amélioration des indicateurs de santé. Le débat sur la régionalisation de santé a aussi occupé une importance capitale dans le design des stratégies de santé. Dans ce sens, la période 1997-2011 a été marquée par la réforme de la régionalisation en santé et la réforme du financement de la santé (45). Pour ce qui est de la régionalisation le ministère de la santé a créé des directions régionales en santé et l'organisation de ces dernières par un arrêté ministériel (46), le ministère de la santé a procédé, en 2016, à l'élargissement des attributions de ces services régionaux déconcentrés à travers un autre arrêté ministériel (47). Le Maroc a continué ces efforts dans le renforcement du financement de la santé et la mise en place des institutions capables de le gérer pour plus de régulation et d'efficience.

Il est utile de signaler qu'en 2011 le Maroc a vécu, comme plusieurs autres pays arabes, le mouvement social et politique du « printemps arabe » (48-52). Le Maroc a réagi positivement et en douceur à ces protestations qui, la plupart du temps, concernaient des problèmes sociaux incluant l'accès à la santé et à l'éducation. Comme mentionné ci-dessus, la réforme de la Constitution a positionné le droit à la santé comme un droit constitutionnel de façon explicite (53). Ainsi, l'article 31 de la Constitution de 2011 précise :

« L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits : - aux soins de santé ; - à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État ; - à une éducation moderne, accessible et de qualité ; - à l'éducation sur l'attachement à l'identité marocaine et aux constantes nationales immuables ; - à la formation professionnelle et à l'éducation physique et artistique ; - à un logement décent ; - au travail et à l'appui des pouvoirs publics en matière de recherche d'emploi ou d'auto-emploi ; - à l'accès aux fonctions publiques selon le mérite ; - à l'accès à l'eau et à un environnement sain ; - au développement durable. » (3).

Cet article, à la fois, précise le droit direct à des soins de santé pour toute la population, mais également met l'emphase sur la question de la protection sociale. Il aborde également tous

les aspects qui sont liés aux déterminants sociaux de la santé ce qui donne une vision plus large de la santé au-delà des simples frontières de l'action du ministère de la santé.

Dans cette optique, le ministère de la santé a organisé en 2013 la deuxième conférence nationale sur la santé. Plusieurs acteurs et détenteurs d'enjeux du système de santé se sont réunis à Marrakech pour débattre de l'avenir du système national de santé (54-55). Il a été attendu de cette conférence de donner naissance à une charte nationale sur la santé qui va cadrer les politiques à venir en matière de santé. L'idée était d'arriver à un document autour duquel il y a un engagement politique sur le long terme pour se mettre d'accord sur la direction que doit prendre le système de santé tout en laissant une marge de manœuvre à chaque gouvernement de mettre en œuvre sa propre vision en la matière. La discontinuité des politiques de santé d'un gouvernement à l'autre et le manque de cohérence entre les visions était derrière ce débat. La charte sur la santé était censée garantir cette cohérence de l'action de santé et surtout éviter qu'elle devienne un instrument dans le jeu de la politique du pays. Malheureusement, le Maroc a raté ce rendez-vous pour adopter la charte nationale sur la santé à cause des tensions politiques et jeux de pouvoir entre acteurs et intervenants dans l'établissement et l'approbation de ce document politique stratégique.

## 2.2. Les différentes réformes du système de santé

Les projets de réforme constituent une importance capitale en lien avec le sujet que nous examinons à travers cette thèse de doctorat. Nous entendons par projet ou programme, dans ce qui suit, une initiative de réforme, avec une planification et des objectifs bien définis ainsi qu'une planification budgétaire. Il s'agit essentiellement des grands projets qui ont accompagnés la mise en œuvre des politiques de santé. Généralement, les projets de réformes sont menés pour introduire un changement d'une situation jugée à problème vers une situation désirée. La notion du changement implique l'introduction de la créativité que ce soit dans la conception des projets et ses actions ou au niveau des résultats de la dynamique du projet qui peut conduire à un apprentissage organisationnel dans les dynamiques des équipes. En effet, la gestion et la mise en œuvre du projet comporte un ingrédient essentiel aux organisations apprenantes qui est l'implication du travail d'équipe et la résolution collectives des problèmes et surtout le suivi de la mise en œuvre. Il est vrai aussi que la durée des projets

est limitée dans le temps mais ils permettent de mener un changement dans la culture organisationnelle des organisations de santé.

Dans l'examen que nous avons fait de l'ensemble des tentatives des réformes du système de santé nous faisons une lecture pour identifier les principaux projets qui ont marqué le changement dans le système de santé marocain. Ces projets sont importants de par les témoignages des anciens et nouveaux du système qui les ont vécus et les ont identifiées de projets porteurs de changement dans la culture organisationnelle des organisations de santé (centre de santé, hôpital, délégation, direction régional...etc.).

Nous avons identifié trois grandes générations de réformes. Les projets concernés par chaque génération de réforme sont choisis et classés ainsi à cause de la cohérence qu'ils donnent ensemble pour atteindre un objectif stratégique du système de santé.

## 2.2.1. Première génération de réformes (1978-2002) : centrée sur les soins de santé primaires

## a. Principaux projets de la période

Depuis la création du système national de santé plusieurs projets de réformes structurantes du système de santé ont été lancés. La première génération des réformes a été accompagnée par trois grands projets structurants et qui visaient essentiellement les soins de santé primaires. Cette dynamique en réforme a été catalysée par le mouvement des soins de santé primaires suite à la conférence d'Alma Ata et dans contexte national caractérisé par les séquelles et directives du plan d'ajustement structurel (56). Le ministère de la santé a d'abord lancé le Projet du Développement du Service de Santé (PDSS, 1986- 1992) (57). Ce projet a été justifié par Une insuffisance de la couverture sanitaire, une faiblesse de l'impact des programmes sanitaires et l'absorption des ¾ des ressources par le réseau hospitalier. Les objectifs de ce projet visaient le renforcement des Soins de Santé de Base (SSB) dans 3 provinces du royaume (10% de la population) et le développement des capacités du ministère de la santé à préparer des plans sectoriels. Les composantes essentielles de ce projet étaient les suivantes : 1) l'introduction d'un programme de SSB dans les provinces d'Agadir, Settat

et Taroudant, 2) le développement d'études et de recherches, et 3) le renforcement des services de formation et d'éducation pour la santé et la mise en œuvre d'un plan de restructuration de la gestion des médicaments. Le Projet d'Investissement dans le secteur de la Santé (PRIS, 1990-1998) (58) fut un autre projet sectoriel. Il avait comme objectif de : rétablir les programmes de santé durables à l'échelle nationale, renforcer la santé et des programmes de soins primaires et au premier niveau de référence, renforcer l'administration et la gestion des services fourni par le Ministère de la Santé et promouvoir le secteur et les réformes politiques. Les principales composantes de ce projet étaient : le renforcement / la réhabilitation des services de santé de base, le renforcement / la réhabilitation des services d'aiguillage et d'urgence et la réforme administrative (restructuration des services du ministère) et des programmes de santé. Ce projet s'est prolongé sur une période de cinq ministres de la santé avec un budget de 171 millions de dollars. Parmi les importants résultats de ces deux projets, il y a eu la création de l'Institut d'Administration Sanitaire (INAS), le développement d'un modèle de soins à étendre aux autres provinces, et l'augmentation de la couverture par les infrastructures physiques. Il y a aussi le développement de l'autonomie de 40 hôpitaux et aménagement de 153 Formations de SSB dans 31 provinces.

Le projet intitulé « Barnamaj Aoulaouiat Jtimaia » (BAJ) (59) est le dernier projet de réforme dans cette direction de soins de santé primaires (1996-2002). Il a été développé dans un contexte où une stratégie du développement social pour la décennie 90 était en cours de conception. Il avait pour objectifs : améliorer l'accès de la population rurale des provinces ciblées aux soins préventifs et curatifs essentiels, réduire la mortalité maternelle et néonatale, et maintenir et renforcer l'efficacité des programmes prioritaires de santé au niveau national. Les principales composantes de ce projet étaient : améliorer l'accès de la population rurale aux provinces ciblées aux soins préventifs et curatifs essentiels, renforcer le programme de maternité sans risque et soutenir les programmes prioritaires nationaux de santé publique. Le montant total de ce projet était 118,8 millions de dollar qui était un prêt de la BIRD. Les principaux résultats de cette phase de réforme furent : le développement des compétences en matière de planification, le renforcement de l'action intersectorielle et développement de l'infrastructure de base ainsi que son équipement.

## b. La place de l'apprentissage organisationnel dans ces projets

Les deux premiers projets (PDSS et PRIS) se sont focalisés essentiellement sur des aspects liés à la mise à niveau des infrastructures de santé et l'amélioration en approvisionnement en produits pharmaceutiques. Le projet BAJ a intégré une dimension qui se rapproche à ce qu'on appelle aujourd'hui l'apprentissage organisationnel. En effet, la particularité de ce projet, c'est qu'il a amorcé le partenariat. Cela a induit une ouverture sur les acteurs de l'environnement, ce qui est un élément essentiel dans l'apprentissage organisationnel (comme nous verrons dans le chapitre 2) mais aussi un élément de mobilisation de l'environnement pour contribuer à une résolution collective des problèmes de santé. Ce projet a également amorcé une stratégie visant le développement des ressources humaines.

Placer le facteur humain au centre des préoccupations des réformes a permis de créer une dynamique autour des problèmes de santé. L'apprentissage organisationnel au niveau opérationnel a aussi été renforcé par la décentralisation de prise de décision et de la gestion d'un certain nombre d'aspects qui étaient le privilège du niveau central. Ce premier pas vers l'autonomie des niveaux déconcentrés a permis d'amorcer une dynamique se rapprochant à un apprentissage organisationnel (voir chapitre 2) au niveau déconcentré du ministère de la santé. Cette vague de réforme a également donné une importance au développement des compétences en matière de planification. Cet exercice en soi constitue un autre élément vers le développement de l'autonomie des organisations de santé, ingrédient essentiel à une organisation apprenante (voir chapitre 2).

La particularité aussi de ces projets a consisté en l'attention accordée à l'action multisectorielle. L'action multisectorielle est une orientation d'une utilité capitale pour engager un apprentissage mutuel avec les autres secteurs en ce qui concerne l'action de santé. Il est évident que la simple perspective du ministère de la santé ne va pas permettre de résoudre tous les problèmes du système de santé, la multisectorialité constitue un élément d'ouverture pour s'ouvrir sur l'environnement et envisager une action collective dans laquelle les mécanismes de coordination seront renforcés pour assurer plus de cohérence dans l'action de santé.

## 2.2.2 Deuxième génération de réformes (2002-2011) : centrée sur la réforme hospitalière, la régionalisation et la réforme du financement

## a. Principaux projets de la période

Après de nombreux efforts déployés pour renforcer les soins de santé primaires avec la première vague de réforme, les décideurs du système de santé ont constaté que l'hôpital public avait laissé à la marge et qu'une réforme de ce réseau s'imposait plus que jamais. Le Projet de Financement de la Gestion du Secteur de la Santé (PFGSS, 1999-2006) (60-61) a été mené pour concevoir et mettre à niveau les hôpitaux publics selon une vision moderne et en intégrant les nouvelles techniques de management hospitaliers. Les objectifs de ce projet étaient les suivants : (i) mettre en place et développer des mécanismes de financement de la santé, (ii) restructurer les hôpitaux publics en termes de mission, de hiérarchisation et d'organisation interne, (iii) améliorer le management des hôpitaux ; (iv) améliorer et renforcer la qualité des soins ; (v) entreprendre les études et les enquêtes nécessaires pour mettre en œuvre les mesures et les réformes d'accompagnement. Ces principales composantes étaient le renforcement de la gestion hospitalière et l'amélioration de la qualité des soins à travers le développement de l'autonomie hospitalière locale que centrale et la réforme du financement. Le montant global de ce projet était de 76.1 millions US\$ et deux ministres de la santé se sont succédé pour mettre en œuvre ce projet.

Les principaux résultats de ce projet furent : le développement des compétences nationales sur les outils de gestion ; la planification ; plusieurs textes ont abouti grâce à l'effort fourni durant le PFGSS comme le règlement intérieur des hôpitaux ; cinq hôpitaux ont été réaménagés et certains services ont été reconstruits et équipés ; le développement des méthodologies pour certains outils comme le Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH) ; la comptabilité hospitalière. Une riche documentation à travers les livrables a été produites dans le cadre de ce projet (62-69).

Durant la même période un autre projet a été mis en œuvre à la région de l'Oriental le « Projet d'Appui à la Gestion du Secteur de la Santé (PAGSS) » (70). Ce projet s'est focalisé essentiellement sur les soucis de la région de santé en visant à améliorer sa performance. Ses

principales composantes étaient : l'appui institutionnel à la mise en place de la régionalisation et la mise en œuvre d'un programme d'investissement pour la réhabilitation/équipement de 5 hôpitaux et 19 centres de santé dans la région de l'Oriental. Ce projet a été mis en œuvre en cohérence avec l'évolution des travaux du projet PFGSS et a permis la création de la première direction régionale modèle de l'Oriental par décision du Ministre de la Santé du 25 janvier 2005. Il a également permis la mise en place d'outils de gestion des ressources humaines et financières et la création d'une dynamique du développement du secteur de la santé (Centre d'Oncologie, Faculté de médecine et CHU, IFCS, dépôt régional de médicaments, ORS). Par ailleurs, il a permis d'atteindre les résultats suivants : l'élaboration des projets d'établissements hospitaliers (PEH) dans chacun des hôpitaux de la région et du schéma régional de l'offre des soins (SROSS) régional ; la réorganisation des services de soins infirmiers; la mise en œuvre du plan de gestion des déchets hospitaliers ; le renforcement des capacités institutionnelles et techniques du ministère de la santé dans le domaine de la régionalisation (niveau régional et central) ; la mise à niveau et l'équipement de 5 hôpitaux de la région et de 19 centres de santé et l'organisation de la première conférence sur la régionalisation sous le haut patronage de Sa Majesté le roi. Une documentation importante a également été développée dans le cadre de ce projet (71-74).

Cette génération de réforme, bien que focalisée sur l'hôpital, le financement de la santé et la régionalisation n'a pas perdu de vue la consolidation des acquis des réformes sur les soins de santé de base. Dans ce sens dans la même période (2005-2010), le Programme d'Appui à la Régionalisation, à la Déconcentration et au Renforcement des Soins de Santé de Base (REDRESS) (75) a été lancé. Ce programme avait deux objectifs : le renforcement des soins de santé primaire et des capacités de gestion des niveaux provincial et régional et l'appui à la mise en œuvre des réformes administratives et budgétaires aux niveaux central, régional et provincial. Un financement de 25 millions d'euros a été accordé à ce projet.

Il s'agit d'un projet qui est considéré comme modèle en termes de réussite dans sa gestion, et dont les réalisations ont été reconnues par les bailleurs de fonds. Les principales réalisations de ce projet sont : 249 opérations de construction / réhabilitation dont 128 ESSB (25% du réseau des trois régions), 3 Instituts de formation des infirmiers (FCS), 76 logements, 2 dépôts et 40 trayaux divers ; l'équipement de 184 Etablissement de soins de

santé de base (ESSB) et la fourniture de 56 moyens de transport ; le perfectionnement de centaines de personnes.

Pour le financement de la santé, deux grands projets ont été mobilisés dans cette période, à savoir le programme d'appui à la réforme de la couverture médicale de base phase I (CMBI) et le Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale I (PARCOUM - I) (76-77).

Vu leur importance, nous aborderons avec plus de détails l'apport de ces deux projets dans la section relative au système de couverture médicale de base au Maroc.

## b. Les particularités relatives aux activités de l'apprentissage organisationnel

Avec la dynamique enclenchée à travers les projets de la réforme durant cette période, la participation dans le processus de prise de décision a commencé à occuper plus d'importance dans les habitudes managerielles du système de santé marocain. L'exemple du changement qu'a subi le règlement intérieur des hôpitaux constitue une concrétisation de ce changement. Avant, l'ancien règlement intérieur des hôpitaux responsabilisait uniquement des individus (directeur et son administrateur) alors que le nouveau règlement a introduit la notion d'équipe de gestion avec des instances organisationnelles reconnues par l'administration et ses textes réglementaires. En effet, la création des comités de gestion et l'introduction de la notion de l'équipe de gestion, au lieu de l'individualisation de la responsabilité sur l'organisation hospitalière, a complétement changé les façons de faire et pratiques. Cette organisation a permis d'imposer un travail d'équipe pour établir les projets d'établissement hospitaliers sur cinq ans, ce qui a créé une dynamique en faveur de l'apprentissage organisationnel. Les projets d'établissement constituent l'occasion de formulation de la vision sur cinq ans la dynamique d'équipe de développement de cette vision crée un climat favorable à une vision partagée combien importante pour les OA.

Au niveau de la région, le développement de l'outil relatif au SROS (schéma régional de l'offre de soins) était aussi un exercice pour faire de la planification de santé au niveau régional un vrai travail d'équipe. Ce travail d'équipe va au-delà des simples frontières de la direction régionale mais implique également les autres départements et intervenant dans la région. De par la réglementation, le SROS est validé par un comité régional de l'offre de

soins qui est présidé par le gouverneur régional (wali). Cet outil non seulement réunit les conditions nécessaires pour développer l'apprentissage au sein des équipes des organisations de santé au niveau régional mais aussi présente une opportunité pour favoriser un apprentissage multisectoriel en vue d'agir collectivement sur les déterminants sociaux de santé.

Le climat qui a accompagné les deux projets sectoriels (PFGSS et PAGSS) a permis d'engager une dynamique nationale avec une participation pour développer les outils de planification et de gestion du secteur la santé. Le niveau central à son tour, grâce à cette dynamique, commençait à reconnaitre que les niveaux régional et déconcentré sont importants pour fixer les orientations des politiques de santé.

## 2.2.3 Troisième génération de réformes (2011-2017) : centrée sur le droit à la santé

## a. Principaux projets de réforme

L'année 2011 a constitué un tournant décisif dans l'histoire du système de santé au Maroc pour plusieurs raisons. Alors que la santé a été considérée depuis bien longtemps comme une charité ou une faveur de l'Etat à ses citoyens, la Constitution de 2011 est venue changer cette situation. Suite aux évènements sociaux qu'a connus le Maroc, dans le mouvement régional du Printemps Arabe, le Maroc a réagi par la réforme constitutionnelle qui a qualifié la santé comme un droit. L'ingénierie de la constitution a positionné le droit à la santé avec les autres droits humains.

Depuis 2011, le constat devient plus clair pour les décideurs : le système de santé marocain ne peut plus continuer dans cette dégringolade ; malgré les efforts passés, les besoins de la population ne cessent d'augmenter ; une vision de réformes intégrée s'impose plus que jamais. La nécessité d'un débat sociétal sur la question de la santé a poussé les décideurs à organiser la conférence nationale sur la santé qui est venue avec de nombreuses orientations et recommandations. Ensuite, les projets de réforme ont été lancés pour prendre en considération les exigences de la période.

La grande question de cette phase de réforme était de renforcer le système de soins pour le rendre plus adéquat et satisfaire la population mais aussi d'assurer un accès équitable à toute la population comme stipulé dans la constitution.

Les projets PASS I et PASS II (Programme d'Appui à la réforme du Secteur de la Santé (PHASE I et II) ont été lancés dans respectivement dans les périodes (2009-2015) et (2015-2018) (78-79). Le PASS I d'un financement 86 million d'euros de l'UE, avait comme objectif d'assurer la disponibilité d'un service de santé de qualité accessible aux populations socialement les plus défavorisées. Les principales composantes de ce projet étaient le repositionnement du rôle de l'Etat dans le secteur de la santé, incitant à la performance ; l'accès à une offre de soins de santé équitable et suffisante et l'amélioration de la qualité de l'offre de soins. Le PASS II qui est en cours d'exécution a aussi les objectifs suivants : assurer un accès équitable aux soins de santé primaire ; améliorer la gestion et renforcer les compétences du personnel de santé ; améliorer la gouvernance ; et développer un système d'information sanitaire intégré, informatisé et accessible. Les objectifs de ces deux projets ont été ajustés pour prendre en considération les exigences de cette période du système de santé.

Le PPR (programme pour résultats) a été lancé dans la période (2015- 2019) (80) avec un financement de la Banque Mondiale de 100 millions USD et est en cours d'exécution. Les objectifs de ce projet sont les suivants : renforcer l'accès équitable aux soins primaires en milieu rural et améliorer la gouvernance du système de santé à l'échelon primaire. Les composantes de ce projet sont : développer un plan d'accélération de l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile ; le suivi (prise en charge diagnostique et thérapeutique) des maladies non transmissibles ; développer la stratégie sanitaire mobile ; la performance des ressources humaines en santé (prime de rendement) ; l'évaluation de la qualité (Concours Qualité) et le système d'information sanitaire. Neuf régions sont ciblées par le PPR : ce sont les 9 régions ciblées par le plan gouvernemental (1-L'Oriental ; 2-Marrakech-Tensift-Al Haouz ; 3-Tanger-Tétouan ; 4-Sous massa daraa ; 5-Gharb-Chrarda-Beni Hssen ; 6-Taza-Al Hoceima-Taounate ; 7-Doukhala-Abda ; 8- Tadla-Azilal ; 9-Marrakech-Tensift-Al Haouz).

L'analyse de cette dernière vague de réforme et surtout leurs objectifs et champ d'action mène à conclure qu'un travail de coordination entre les actions de ces programmes a été relativement réussi.

## b. Les particularités relatives aux activités de l'apprentissage organisationnel

Cette troisième période a été caractérisée par l'ouverture d'expressions et l'autonomisation (*Empowerment*) de la population. De plus en plus, les problèmes de santé attirent l'attention des médias, sont partagés par la population sur les réseaux sociaux. La particularité de cette dynamique c'est qu'elle a positionné l'usager des services de santé comme acteur important. Les décideurs du système de santé sont devenus obligés d'être à l'écoute de la population et de réagir proactivement pour régler leurs problèmes. C'est un élément très important dans l'apprentissage organisationnel celui de positionner les préoccupations des usagers et travailler pour les satisfaire. Le débat qui a été mené lors des deux conférences d'envergure nationale et internationale, à savoir : la 2ème conférence nationale sur la santé en 2013 et le symposium international sur la couverture des pauvres et vulnérables en 2015, ont permis de faire remonter les problèmes du système de santé plus haut dans l'agenda politique.

## 2.3. Les principaux indicateurs du système de santé marocain

## a. La structure démographique

Le Maroc connait une transition démographique suite à de nombreuses actions qui ont été mises en place au fil des dernières années. Ainsi, selon les derniers chiffres du Haut-Commissariat aux Plans (HCP)-, l'indice de fécondité est de 2,19 en 2018 contre 7 enfants par femme en 1962. La population commence à vieillir rapidement suite à ces transformations démographiques avec une espérance de vie à la naissance qui atteint 75 ans. Le taux d'accroissement annuel est de 1,25 % ; il a subi une diminution depuis l'indépendance (2,7% en 1964) (81).

Sur la base les derniers chiffres de l'HCP et qui se base sur le dernier recensement général de la population (2014), la population en 2018 est de 35 395 309 d'habitants. Les personnes âgées de moins de 15 ans représentent 26,6% de la population totale, elles atteindront 24,1%

en 2025. Les personnes âgées de 60 ans et plus qui représentent aujourd'hui 10,5%, leur effectif va croitre pour atteindre 13,5% du total de la population en 2025. Le vieillissement de la population constitue un élément important qui détermine la nature et l'orientation de l'action sanitaire dans le pays pour définir les besoins en santé qui ne cesseront d'augmenter suite à ce phénomène.

Selon les données de l'HCP, l'effectif de la population en situation d'handicap a atteint 1.703.424 personnes, en 2014 (5,1% de la population). Par ailleurs, la prévalence du handicap est relativement plus importante en milieu rural (5,5% : 727.833 personnes) qu'en milieu urbain (4,8% : 975.591 personnes). Il n'y a également pas de différence de cette prévalence entre les femmes (5,1% : 859.965 femmes) et les hommes (5,0% : 843.459 hommes). Cette population à besoins spécifiques va nécessiter une transformation du système de santé, avec une réorganisation des soins et l'adaptation de la structure de soins.

Par ailleurs, le Maroc connait une urbanisation qui ne cesse d'augmenter. Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2014, La population urbaine a atteint 60,3%. Cette urbanisation croissante présente un défi pour le système de santé pour assurer un accès aux services de soins en assurant un équilibre entre les milieux rural et urbain, Notamment en ce qui concerne la répartition de l'offre de soins entre l'urbain et le rural et l'installation massive du secteur privé uniquement dans les villes.

## b. Le profil épidémiologique

Depuis l'indépendance, l'espérance de vie à la naissance ne cesse de s'améliorer, et ce, grâce à de nombreux facteurs, y compris les résultats générés par les programmes de santé. En effet, à l'aube de l'indépendance l'espérance de vie à la naissance était de 47 ans, elle atteint aujourd'hui 75 ans (81).

Plusieurs résultats positifs ont été réalisés pour réduire la mortalité au Maroc. Le taux de mortalité infantile a été réduit considérablement entre 1962 et 2016 passant de 118 à 28,8 décès pour 1.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle a subi une réduction considérable de 631 à 112 décès pour 100.000 naissances entre 1972 et 2016 (82-87).

Trois catégories d'affections caractérisent le profil épidémiologique de la santé au Maroc :

- Les maladies transmissibles, maternelles et périnatales : qui représentent 19%
- Les maladies non transmissibles : qui représentent 75%
- Les traumatismes intentionnels et non intentionnels : qui représentent 6%.

## c. L'offre de soins

Le ministère de la santé gère 2.759 centres de santé. Il existe 2.030 centres de santé médicalisés pour le RAMED (des centres auxquels des RAMED stes sont rattachés) et 729 dispensaires et centres de santé gérés par des infirmiers. Deux niveaux de centres de santé existent dans le système de soins. En zones urbaines, il existe 644 centres de santé de niveau 1 et 131 en niveau 2. Dans les zones rurales, il existe 849 centres de santé de niveau 1 et 397 centres de santé de niveau 2 et 738 dispensaires. Outre ces centres de santé, des équipes mobiles sont organisées périodiquement dans chaque province pour atteindre les zones isolées et enclavées (88).

Dans le réseau hospitalier, il existe 111 hôpitaux provinciaux avec une capacité de 12.139 lits, ce qui représente 55% de la capacité en lits du secteur public. Il existe 18 spécialités pratiquées dans ces hôpitaux. Il y a également 12 hôpitaux régionaux d'une capacité de 4.223 lits, ce qui représente 19% de la capacité totale en lits du secteur public. Dans les hôpitaux régionaux, 27 types de spécialités sont pratiqués. Enfin, il existe 19 hôpitaux classés dans les hôpitaux universitaires avec une capacité en lits de 5.784 lits, ce qui représente 26% de la capacité totale du secteur public (88).

Selon les données les plus récentes, il y a au total 332 cliniques privées d'une capacité litière de 8.398 unités. Il y aurait également 7.185 cabinets privés (consultation). Pour les services de laboratoires et radiologie, Il y a 175 cabinets de radiologie et 395 laboratoires (88). Le décret de la carte sanitaire a été adopté en 2015 en introduisant de nouvelles règles pour revoir et équilibrer la distribution de l'offre de soins sur le territoire national (89).

## d. Le financement de la santé

En 2013, les dépenses totales de santé ont atteint environ 52 milliards de dirhams (6 milliards de dollars au taux de change de 2013). Cela équivaut à près de 1 578 dirhams par habitant (188 US \$). Ces dépenses totales en santé ne représentent que 5,9% du PIB. 88% de celle-ci est consacré à la consommation médicale (1.394 DH). Malgré l'augmentation des dépenses de santé, il existe toujours un écart entre le Maroc et les pays similaires en termes de dépenses en santé. Les sources de financement du système de santé sont les suivantes : les recettes fiscales (24,4%), les ménages (50,7%), l'assurance maladie (22,4%), les employeurs (1,2), la coopération internationale et autres (1,3%) (74).

Le financement collectif (budget de l'État et assurance maladie sociale) et du secteur de la santé représentent près de 46,8% des dépenses totales en santé. Ce financement collectif est constitué des ressources allouées par l'État et des ressources mises en commun par les fonds d'assurance maladie sociale. Cela signifie que l'ampleur de la solidarité est encore faible et que la majeure partie du financement de la santé dans le pays se fait par le biais de la contribution des ménages, ce qui peut entraîner des dépenses catastrophiques en santé et l'appauvrissement d'une catégorie de la population, en particulier les pauvres et les vulnérables (90).

## 2.4 Comparaison avec d'autres pays repères

## a. Résultat du système de santé (Etat de santé de la population)

Dans cette partie nous avons choisi les indicateurs habituels qui sont utilisés à l'échelle internationale pour évaluer le résultat d'un système de santé. Ces indicateurs sont présentés pour l'ensemble des pays comparables avec le Maroc. Nous avons utilisé les données du rapport des statistiques mondiales sur la santé pour procéder à cette comparaison (91). Le tableau suivant donne les principaux indicateurs que nous avons sélectionnés pour situer le résultat du système de santé marocain comme comparé avec ceux des pays du *benchmark*. Ces pays sont ceux qui sont généralement utilisé pour situer le système national de santé en termes de résultats de santé dans les comparaisons internationales. Dans cette comparaison

nous avons choisis des pays qui constituent un niveau économique similaire ou d'autres qui constituent des exemples desquels le Maroc peut apprendre. Le tableau suivant montre les résultats de cette comparaison :

Tableau 1 indicateurs de santé du Maroc en comparaison avec des pays de Benchmark

Indicateur	Maroc	Algérie	Tunisie	Iran	Jordanie	Liban	France	Egypte
Espérance de vie à la naissance	76.0	76.4	76.0	76.9	76.0	77.7	82.9	70.5
Espérance de vie en bonne santé	65.3	65.5	66.3	65.4	66.4	66.1	73.4	61.1
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	72	140	62	25	58	15	8	33
Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	74	97	74	99	100	-	97	92
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	27.1	25.2	13.6	15.1	17.6	8.1	3.9	22.8
Nouvelles infections VIH (pour 1000 personnes non infectées),	0.03	0.02	0.03	0.06	<0.01	0.02	0.09	0.02
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	103	70	38	14	5.6	12	7.7	14

Prévalence de								
l'antigène de								
surface de								
l'hépatite B (Ag	0.45	0.22	0.76	0.02	1.01	0.21	0.01	0.80
HBs) chez les								
enfants de moins								
de 5 ans								
Probabilité de								
mourir de l'une								
des maladies								
cardiovasculaires,	12.4	14.2	16.1	14.8	19.2	17.9	10.6	27.7
du cancer, du								
diabète, entre 30								
et 70 ans (%)								
Taux de mortalité								
de la circulation	20.8	23.8	24.4	32.1	26.3	22.6	5.1	12.8
routière (pour 100	20.6	23.0	24.4	32.1	20.3	22.0	3.1	12.0
000 habitants)								

Les chiffres ci-dessus montrent que le Maroc présente un résultat en matière d'espérance de vie à la naissance et d'espérance de vie en bonne santé qui est comparable avec ceux de systèmes de santé de comparaison qui dépensent plus sur la santé. La mortalité maternelle et infantile sont des zones de faiblesse du système marocain, et ce, malgré les progrès notables qui ont été faits dans ce sens en réduisant la mortalité maternelle de 227 à 72 (2017, source : enquête du ministère de la santé) en quelques années. L'incidence de la tuberculeuse est aussi une autre faiblesse du système marocain malgré la performance qu'a connue son programme de santé dans ce sens depuis plusieurs années.

#### b. Ressources humaines

Les ressources humaines constituent un levier du développement de tout système de santé et un déterminant de la performance. Le tableau suivant situe le Maroc pour un certain nombre d'indicateurs des ressources humaines par rapport aux pays de comparaison.

Tableau 2 les indicateurs relatifs au ressources humaines du Maroc en comparaison avec d'autres pays

Indicateur	Maroc	Algérie	Tunisie	Iran	Jordanie	Liban	France	Egypte
Proportion								
d'accouchements								
assistés par du	74	97	74	99	100	-	97	92
personnel de santé								
qualifié (%)								
Densité de médecins	0.9	1.2	1.3	1.5	3.4	2.4	3.2	0.8
(pour 1000 habitants)	0.9	1.2	1.5	1.5	3.4	2.4	3.2	0.6
Densité du personnel								
infirmier et	0.9	1.9	2.6	1.6	3.1	2.6	10.6	1.4
obstétrique (pour	0.9	1.9	2.0	1.0	3.1	2.0	10.0	1.4
1000 habitants)								
Densité du personnel								
dentaire (pour 1000	0.1	0.3	0.3	0.4	0.9	1.0	0.7	0.2
habitants)								
Densité de personnel								
pharmaceutique (pour	0.3	0.2	0.3	0.2	1.7	1.4	1.1	0.3
1000 habitants)								

Les données ci-dessus présentent le Maroc comme l'un des pays qui semble souffrir d'une pénurie en ressources humaines tant au niveau de la densité des médecins que des infirmiers par habitant. Par exemple la Jordanie possède pratiquement le triple en densité des médecins et infirmiers par rapport au Maroc.

#### c. Indice de couverture universelle

Pour mesurer le progrès des pays vers la couverture universelle en santé un indice a été développé pour agréger les principaux indicateurs et donner un résultat synthétique sous forme d'un seul chiffre (92-93). Les derniers chiffres de comparaison du Maroc avec les autres pays sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 3 comparaison de l'indice CSU du Maroc avec ceux d'autres pays

Indicateur	Maroc	Algérie	Tunisie	Iran	Jordanie	Liban	France	Egypte
CSU Indice de								
couverture du service	65	76	65	65	70	68	≥80	68

L'indice de la couverture universelle en santé est construit à partir des scores qui sont calculés pour une liste des indicateurs traceurs (16 indicateurs pour l'accès au service de santé et 2 indicateurs pour la protection financière) (92). Une moyenne géométrique est calculée d'abord au niveau de chaque catégorie et ensuite une autre moyenne géométrique est calculée pour avoir un seul indice de l'ensemble des indicateurs. Cet indice simplifie la mesure du progrès en termes de progrès vers la CSU.

Par rapport au progrès vers la couverture les chiffres montrent que le Maroc se situe relativement au même niveau que la Tunisie et l'Iran bien que ces deux pays aient toujours été considérés comme les plus avancés dans la voie vers l'universalité. Ce progrès est essentiellement lié au grand pas qu'a fait le Maroc ces dernières années en généralisant le RAMED. Cet indicateur peut ne pas refléter la complexité des problèmes de la couverture, notamment en ce qui concerne la qualité des soins et les problèmes d'accès aux médicaments.

En plus de l'indice de couverture des services il y aussi l'indice de la protection financière qui traduit la capacité du financement collectif à réduire la contribution des ménages. En dehors de la contribution des ménages élevée selon les comptes nationaux de la santé, les données sur cet indice pour le Maroc ne sont pas encore disponibles.

#### d. Financement de la santé

Le financement de la santé est le deuxième levier du développement de tout système de santé à côté des ressources humaines. Nous présentons dans le tableau suivant une comparaison par rapport aux principaux indicateurs du financement de la santé.

Tableau 4 comparaison des indicateurs du financement de la santé du Maroc avec ceux des autres pays

Indicateur	Maroc	Algérie	Tunisie	Iran	Jordanie	Liban	France	Egypte
Dépenses de santé courantes (DTS) par habitant (US \$)	160	292	258	366	257	645	4 026	157
Dépenses totales en santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) d (%)	5.5	7.1	6.7	7.6	6.3	7.4	11.1	4.2
Dépenses de santé des administrations publiques nationales en pourcentage des dépenses des administrations publiques (%)	7.7	10.7	13.6	22.6	12.4	14.3	15.3	4.2

A part l'Egypte, le Maroc est le plus faible dans sa composante du financement de la santé par habitant comparé avec l'ensemble des pays. En effet l'Iran dépense deux fois plus que le Maroc en santé et le Liban presque quatre fois. Le financement de la santé reste le défi le plus important qui constitue un frein au développement du système national de santé. Une stratégie intégrée du financement de la santé s'impose.

## CHAPITRE 3 : LE SYSTEME DE COUVERTURE MEDICALE DE BASE AU MAROC

Dans cette recherche, la question de la couverture universelle en santé occupe une importance capitale et représente le traceur de démonstration d'actions concrètes d'OA pour le ministère de la santé. Le ministère de la santé, comme pilote du chantier de la couverture médicale de base au Maroc, doit disposer de capacités spécifiques pour mener à bien ce projet sociétal qui est de couvrir toute population.

La couverture médicale de base (CMB) au Maroc a été choisi comme le mécanisme qui va permettre d'atteindre l'objectif de la couverture universelle en santé. Potentiellement, la CMB constitue un grand pas vers l'objectif de l'universalité tel que précisé par le concept de la CSU.

L'analyse de l'historique du développement des différentes étapes de la couverture médicale de base (CMB) au Maroc est importante pour plusieurs raisons. D'abord, elle permet de bâtir un modèle à préconiser pour le ministère de la santé pour se comporter comme une organisation apprenante. Ensuite, elle permet de fixer des objectifs pour aligner l'apprentissage avec l'objectif de la CSU. La maitrise de l'histoire servirait de base pour comprendre les enjeux qui peuvent contraindre le développement comme organisation apprenante. Elle va également permettre à mettre l'emphase sur les aspects qui ne fonctionnent pas et qui nécessitent le développement de l'apprentissage organisationnel en vue de renforcer la fonction d'adaptation avec les nouveaux défis.

L'analyse des réformes spécifiques qui sont liées au chantier de la couverture médicale de base fournirait l'ensemble d'éléments nécessaires pour orienter les futurs choix stratégiques pour le Maroc. L'analyse de l'expérience marocaine au regard des expériences des autres pays en matière de choix et stratégies est également précieuse. Nous avons essayé d'aborder cette comparaison en partie dans l'étude multi pays. En effet, l'apprentissage de l'environnement va permettre de créer une passerelle d'échange avec les autres systèmes et ainsi garantirait une amélioration des décisions à prendre dans le futur et qui concernent la CSU.

Les prochaines sections donnent une présentation du système de couverture médicale de base au Maroc.

## 3.1 Aperçu succinct sur l'histoire de la couverture médicale de base au Maroc

L'histoire de la couverture médicale de base (CMB) au Maroc remonte à l'époque de l'élaboration du premier avant-projet de loi relatif à l'assurance maladie obligatoire (AMO) (1990-1991). La volonté politique de concrétiser la CMB s'est renforcée par le discours du trône de feu Sa Majesté le roi Hassan II et l'annonce des principes de la CMB (1993). Deux ans après, le gouvernement approuve le premier projet de loi instaurant l'assurance maladie obligatoire (1995) qui excluait les indigents (les pauvres) et qui à cause de ce manquement va rester sans suite. Entre 1996 et 1997 le dialogue social ramène la CMB au cœur du débat politique au Maroc par la création d'une commission interministérielle. Enfin, la loi 65-00 portant code de la CMB voit le jour en Juillet 2002 après un processus d'approbation par le gouvernement et l'adoption par le parlement qui a duré quatre années (1998-2002) (94-96).

La volonté politique d'aller de l'avant avec ce projet s'est consolidée par la signature de la charte de mise en œuvre de la CMB devant Sa Majesté le Roi Mohammed VI le 4 janvier 2005. Ce processus continue jusqu'à 2006 par le développement de l'arsenal des textes d'application de la loi 65-00 et la signature des conventions nationales entre les différents acteurs impliqués dans la CMB.

Si le caractère d'obligation a aidé la mise en œuvre de la CMB pour son composant AMO, le RAMED (Régime d'assistance médicale, pour les pauvres et les vulnérables) est resté un défi d'importante envergure pour le Maroc (95-96). Après une série d'études actuarielles, le choix politique a été de commencer par une expérience pilote et de généraliser le système de couverture après (97-98). Ainsi, la région de Tadla Azilal a été choisie comme site pilote pour tester la capacité du processus d'identification et de la prise en charge et éclairer la future phase de généralisation (99).

En 2012, Sa Majesté le Roi lance la généralisation du RAMED. En Avril 2012, les premières cartes RAMED ont été distribuées. Cette généralisation vient juste après l'adoption de la

nouvelle constitution qui a mis l'emphase sur l'importance de l'accès aux soins à toute la population.

A l'échelle internationale, il y un engagement de tous les pays à se lancer dans la quête de réaliser une bonne progression vers la couverture universelle. Les résolutions des assemblées mondiales de la santé de l'OMS (100-103) ont insisté sur l'importance de la progression vers la CSU. À cela s'ajoute la déclaration politique de l'assemblée mondiale de l'OMS (2012) qui confirme la nécessité d'aller de l'avant vers la CSU. La couverture universelle en santé est devenue un mot clé dans pratiquement tous les débats sur la santé à l'échelle internationale.

Par définition, la couverture universelle en santé se présente comme un concept tridimensionnel. Pour atteindre la couverture universelle en santé, un pays doit assurer la couverture de toute la population, il doit réduire les paiements directs des ménages en augmentant le financement collectif solidaire et doit assurer un panier de service plus large. La couverture universelle en santé est donc définie comme la capacité de fournir à toutes les personnes l'accès aux services de santé nécessaires, de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant également à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières » (103).

L'engagement du gouvernement a été boosté par la dynamique nationale qui a suivi l'adoption de la constitution de 2011 (53). La dimension sociale a aussi occupé un espace important dans les débats politiques mais également a fait l'objet d'une analyse scientifique (104-108).

## 3.2 La gouvernance de la CSU au Maroc

La gouvernance du système de santé en général est un thème d'actualité dans les débats à l'échelle internationale pour relever les nombreux défis auxquels sont confrontés les systèmes dans les pays et assurer une généralisation de la couverture universelle. L'utilisation de ce concept est parfois faite sans base ou cadre conceptuel surtout en relation avec la CSU. L'OMS a publié un document sur les dimensions essentielles à considérer pour assurer une bonne gouvernance de la couverture universelle dans un pays (109). La définition des

dimensions de ce qu'on entend par la gouvernance simplifierait l'identification des actions nécessaires pour améliorer cette dernière dans un système de santé.

La couverture médicale de base au Maroc a mis la question de la gouvernance au centre de ces discussions stratégiques à l'échelle des rencontres stratégiques du gouvernement. La nomination du premier gouvernement après l'adoption de la nouvelle constitution a positionné la gouvernance de la CSU au plus haut niveau du gouvernement. En 2013, juste après la décision royale de généraliser le RAMED, le gouvernement a diffusé une circulaire relative à la création d'un Comité Interministériel de Pilotage (CIP) et le Comité Technique Interministériel (CTI). Cette décision est considérée comme un outil puissant pour positionner la prise de décisions stratégiques sur la CMB plus haut dans les priorités du pays (110). Le projet de la couverture médicale de base constitue par sa nature une action collective de plusieurs acteurs et départements et se base sur des choix de société. Ces organes de coordination et de décision ont permis de briser les barrières de communication entre les départements et de rapprocher les points de vue pour construire collectivement une vision de ce qui serait l'avenir de la santé de la population marocaine.

La dynamique du comité de pilotage s'est caractérisée par la tenue de trois grandes réunions qui ont débouché sur des décisions stratégiques ce qui a facilité la maturité d'un plan d'action de la CMB (à l'échelle du gouvernement). Des décisions sur le régime des indépendants, le régime des étudiants, la prise en charge des ascendants des assurés et autres ont été les fruits de cette dynamique. Le comité de pilotage a été appuyé par une dynamique technique au niveau du CTI (8 réunions tenues) pour assurer que les décisions prises dans le cadre du CPI soient les plus objectives possibles et soient étayées par des données probantes apportées par chaque département.

Le chantier de la couverture médicale de base est arrivé à un point ou des décisions stratégiques doivent sortir vers plus de participation pour que l'objectif annoncé dans la déclaration du gouvernement puisse être atteint (90% de couverture) (111). Nous avons donc besoin d'une réflexion nationale sur une action consensuelle entre l'ensemble des acteurs impliqués directement ou indirectement dans la mise en œuvre de la CMB.

Récemment, le gouvernement a mis la question de la couverture médicale de base au sein d'une vision intégrée de la protection sociale. Ainsi, un comité de pilotage interministériel a été créé pour le pilotage du chantier de la protection sociale incluant une dimension de la couverture médicale comme thématique sur laquelle le ministère de la santé est responsable (112). La création de ce comité avec cette nouvelle forme a constitué une opportunité de traiter la question de la santé au sein d'une vision plus large des déterminants de la santé. Elle constitue également un défi de garder le focus sur la couverture médicale tout en traitant les autres aspects de la protection sociale.

## 3.3 Le système de CSU au Maroc, régimes et mode de contribution

Le système de couverture médicale de base au Maroc est le modèle choisi pour atteindre l'objectif de la CSU. Deux régimes constituent les piliers de la CMB au Maroc. Le premier régime concerne l'assurance maladie obligatoire qui comporte les secteurs public et privé. Deux principaux fonds sont créés pour gérer cette composante à savoir la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNOPS). Ces deux caisses gèrent aussi la prise en charge pour les étudiants (pour la CNOPS) et le régime des indépendants (qui va être géré par la CNSS). L'AMO est un système d'assurance maladie obligatoire basé sur des contributions entre employeurs et employés. L'état paye des cotisations pour les étudiants du secteur public.

Le deuxième pilier de la CMB au Maroc est celui lié à la prise en charge des pauvres et des vulnérables. Ce régime se base sur des subventions de l'état et une contribution des communes pour les pauvres, cependant, les vulnérables (proches de la pauvreté) payent une cotisation avec un plafond.

En attendant la création d'une caisse indépendante pour le RAMED, le financement du RAMED est actuellement géré en grande partie par le ministère de la santé via les subventions qui proviennent du budget de l'état ou du fonds d'appui à la cohésion sociale.

Le niveau de couverture médicale au Maroc se présente comme suit :

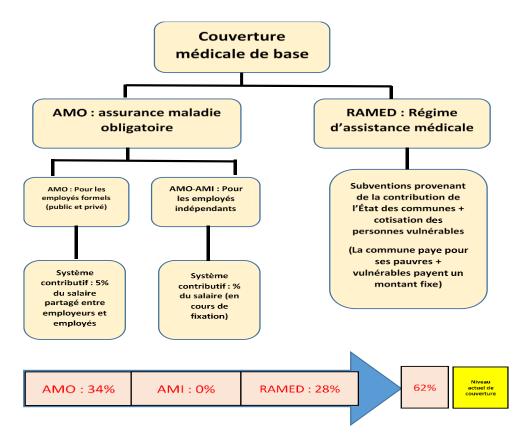
• L'AMO : 33,4% de la population totale est couvert et 1,6% reste à couvrir ;

- RAMED: 28% de la population totale est couverte;
- Les Indépendants (30,8%) restent à couvrir ;
- Les étudiants : 1,5%;
- Population spécifique partiellement couverte.

Il y a lieu à noter que l'effort de la couverture médicale de base au Maroc s'est traduit par le passage de 18% de la population couverte en 2001 à 62% en 2018.

Le schéma suivant donne une présentation succincte sur les composantes de la CMB au Maroc.

Figure 1 : Les régimes de la CMB au Maroc



### 3.4 Programmes d'appui

Le projet de la couverture médicale de base au Maroc a bénéficié de plusieurs programmes d'appui depuis 2002. Ces programmes ont été essentiellement financés par l'EU et la BAD et se sont déroulés selon trois phases.

La première phase (2002-2006) était constituée d'un financement de 160 millions d'euros. 50 millions d'euros ont été fournis sous forme de don par l'EU dans le cadre du CMB1 et 110 millions d'euros ont été fournis par la BAD comme prêt dans le cadre du PARCOUM1.

Le projet CMB1 a été lancé dans la période entre 2001-2008 et avait les objectifs suivants :

- L'institution du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- L'institution du régime d'assistance médicale RAMED;
- La répartition équitable des charges et la viabilité financière ;
- L'accessibilité et la qualité des services grâce à des modalités de conventionnement et qui favorisent les zones les moins desservies ;
- L'amélioration de la gouvernance du système par la définition des compétences notamment en matière d'élaboration des politiques sanitaires, de financement et de gestion.

Ce projet s'est étalé sur les périodes de trois gouvernements et trois ministres de la santé se sont succédé à le gérer. Les principales réalisations de ce projet sont :

- L'adoption de la loi 65-00;
- Le démarrage de l'expérience pilote à Beni Mellal sur le RAMED en 2008 ;
- L'expérience « Inaya », bien qu'elle n'ait pas donné satisfaction par la suite et concernait la couverture médicale volontaire des indépendants.

Le Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale I (PARCOUM - I) a été lancé dans la période 2002-2006 et avait pour objectifs :

• Appuyer l'adoption d'une couverture médicale obligatoire ;

- Soutenir la création de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM);
- Soutenir les institutions régissant le système de l'assurance maladie obligatoire (CNOPS et CNSS).

Les principales réalisations de ce programme sont les suivantes :

- Le renforcement de la Couverture médicale de base (CMB) de la population active du secteur formel, en instituant l'AMO;
- La création de l'ANAM;
- L'appui à la CNOPS et à la CNSS.

La deuxième phase (2008-2014) constituée d'un financement de 120 millions d'euros. Parmi lesquels l'UE a continué avec 40 millions d'euros sous forme d'un don dans le cadre de la CMBII et la BAD avec un prêt de 80 millions d'euros dans le cadre du PARCOUM2.

Le projet CMBII a été lancé dans la période 2009-2014 et avait comme objectifs :

- L'institution du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- L'institution du régime d'assistance médicale RAMED ;
- La répartition équitable des charges et la viabilité financière ;
- L'accessibilité et la qualité des services grâce à des modalités de conventionnement et qui favorisent les zones les moins desservies;
- L'amélioration de la gouvernance du système par la définition des compétences notamment en matière d'élaboration des politiques sanitaires, de financement et de gestion.

Il avait comme composantes : 1) Appui budgétaire (40 millions d'euro), 2) Monitoring et visibilité (0,7 million d'euro), 3) Assistance technique (1,8 million d'euro) et 4) Etudes et autres (1 million d'euros). Sa principale réalisation a été la généralisation du RAMED.

Par ailleurs, le Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale I (PARCOUM - II) s'est étalé sur la période 2008-2014 et s'est fixé les objectifs suivants :

• Soutenir la mise en place de mécanismes d'identification du RAMED ;

- Soutenir la généralisation du RAMED ;
- L'appui à la conception des outils nécessaires pour la gestion du RAMED ;
- Appuyer la préparation du projet de loi sur l'offre de soins.

Les principales composantes de ce programme étaient : 1) Extension de la CMB, 2) Amélioration de l'offre des soins et 3) Amélioration de la Gouvernance du secteur santé. Les réalisations de ce projet ont été les suivantes :

- Décret portant application des dispositions du Livre III de la loi 65-00 ;
- La méthode de calcul pour déterminer l'éligibilité au RAMED ;
- Arrêté conjoint des ministres désignés ci-dessus définissant le modèle du formulaire de demande du bénéfice du RAMED;
- Arrêté d'extension du RAMED ;
- Production d'un CDMT sectoriel santé (2009-2011);
- Mécanismes de sélection des bénéficiaires du RAMED;
- Comité technique interministériel de suivi et évaluation.

La troisième phase (2013-2018) englobant un financement de 165 millions d'euros. Dont 115 millions d'euros est un prêt de la BAD et 50 millions d'euros comme don de l'UE.

Le Programme d'Appui à la Réforme de La Couverture Médicale de Base PHASE III (CMB III) (113) financé par l'union européenne a été lancé dans la période 2014-2018. Il avait pour objectifs :

Le renforcement de la gouvernance de la réforme par la mise en œuvre d'un cadre stratégique et de pilotage unifié.

- La réalisation des objectifs de couverture universelle par les différents mécanismes mis en place ou encore à créer;
- Le renforcement de la régulation sectorielle visant l'adéquation des services de santé à la demande.

Les composantes de ce projet étaient : 1) appui budgétaire, 2) accompagnement technique et institutionnel (aide complémentaire, assistance technique, étude, formation, échanges, suivi, etc., 3) audits et évaluation et 4) communication, visibilité. Les principales réalisations de ce projet sont : la réalisation de plusieurs études en appui à la mise en œuvre du Régime AMI, la création d'un comité interministériel pour la CMB.

Le Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale I (PARCOUM - III) qui a été lancé dans la période 2013- 2018 avait pour objectifs :

- Le pilotage de la réforme et le financement du secteur de la santé ;
- L'extension de la couverture médicale ;
- La régulation et l'offre de soins.

Parmi les réalisations de ce programme nous retrouvons : la mise en place des mécanismes institutionnels, politiques et techniques de la CMB et la mise en place d'instruments financiers garantissant une meilleure visibilité quant au financement de la réforme.

Il est bien important à mentionner que la mise en place de cette dernière vague de projets visant le renforcement de la CMB au Maroc, a été caractérisée par une situation politique particulière. En effet, la période de 2016 s'est caractérisée par un retard de la constitution du gouvernement ce qui a impacté la mise en œuvre de ces projets.

## 3.5 Les défis de la CMB au Maroc.

Depuis la mise en œuvre de la loi 65-00, le Maroc a concrétisé des réalisations visibles au niveau de la progression vers la couverture universelle. En effet, la progression au niveau de la dimension AMO de la CMB a atteint pratiquement sa cible. Par ailleurs, le processus d'identification et de distribution des cartes RAMED a donné satisfaction malgré les insuffisances qui sont plutôt normales au début d'un tel projet de telle envergure. Cependant la population du secteur informelle constitue le grand défi pour la CMB au Maroc et cela pour plusieurs raisons, la principale parmi lesquelles est liée à l'hétérogénéité (plusieurs catégories de professions qui ne sont pas organisées avec un interlocuteur) de cette population qui représente 33% de la population totale et le caractère désorganisé de cette dernière.

Le deuxième important défi auquel la généralisation de la CMB est confrontée est lié à la capacité du financement collectif et solidaire à réduire le fardeau économique lourd assumé par les ménages. En effet les comptes nationaux de la santé de 2013 ont montré la faiblesse du financement collectif (46%) comparé au paiement direct des ménages 50,7%.

La viabilité du financement de l'AMO et du RAMED est également un défi de la CMB ce qui impacte le processus de planification pour une meilleure prise en charge de la population couverte.

L'insuffisance de l'offre et la faible qualité de soins restent les caractéristiques générales du système de santé marocain ce qui constitue un défi à relever dans le cadre de la vision de la couverture universelle en santé. La fragmentation et le manque d'harmonisation et d'intégration dans le pilotage de la CMB réduit l'impact de la solidarité et la répartition équitable de son bénéfice (114-117).

Le reste à charge du patient constitue un défi de taille pour le système d'assurance maladie (AMO) de par les divers problèmes que vivent quotidiennement les malades avec le système de prise en charge. En effet, le système de tarification nationale adopté pour l'assurance maladie n'a pas été renégocié depuis plusieurs années (118). La surfacturation devient une pratique dont les réseaux sociaux et les médias parlent, bien qu'une étude structurée dans ce sens n'ait pas été faite. Le plan d'action de l'ANAM comporte des actions pour réduire ce reste à charge en mettant en œuvre des conventions pour agir sur les coûts des soins et les baisser pour les assurés (119). Par ailleurs, des actions comme l'extension de la liste des médicaments pris en charge en mode tiers payant via les pharmacies d'officine, la poursuite du processus d'évaluation et d'intégration des médicaments à la liste des médicaments remboursables, la poursuite du processus de réévaluation des dispositifs médicaux et l'évaluation et la refonte de la liste des ALD/ALC donnant droit à l'exonération du ticket modérateur sont en cours.

Malgré toutes ces actions le problème des assurés AMO persiste, surtout avec des pratiques dans les deux secteurs. Pour le secteur public, les problèmes liés à l'insuffisance des ressources font en sorte que l'attractivité de l'hôpital public vis-à-vis des assurés est très

faible. De toutes les dépenses de l'assurance maladie seulement environ 12% sont mobilisés dans le secteur public, pendant que le reste va au secteur privé. Le secteur privé lui-même reste, malgré sa grande attractivité pour les assurés, caractérisé par de nombreuses insuffisances qui nuisent à la satisfaction des bénéficiaires de l'AMO. Parmi ces insuffisances, la faible gouvernance du secteur privé de la santé qui échappe au système d'information de suivi du ministère de la santé comme régulateur du système de santé. Très peu d'informations existent dans le système national d'information au Maroc, ce qui affaiblit la gouvernance et la maitrise globale du système de santé. Le faible développement du système d'information constitue également un frein pour faciliter le développement de l'apprentissage organisationnel.

## 3.6 Perspectives de développement de la CSU au Maroc

La conjoncture actuelle constitue une fenêtre d'opportunité pour la généralisation de la CMB pour plusieurs raisons. D'abord, l'adoption de la nouvelle constitution qui a explicité clairement, et pour la première fois dans l'histoire du Maroc, la question du droit d'accès aux services de santé pour toute la population. Le message de Sa Majesté le Roi aux participants de la deuxième conférence en santé est aussi une deuxième indication de l'importance de la CMB pour la plus haute autorité du pays (120). Le programme gouvernemental à son tour comporte des actions claires en faveur de la généralisation de la CMB.

D'un autre côté, la réforme de la retraite et le débat qui l'entoure constituent un autre élément en faveur de ramener la CMB sur les tables de discussions politiques (121). Et ce, dans le cadre d'une vision intégrée de la protection sociale et pas uniquement dans sa dimension santé.

Pour appuyer le RAMED, l'engagement politique s'est consolidé par la création du fond de cohésion sociale qui représente une bonne initiative pour garantir un financement pérenne et assurer la prise en charge des pauvres et les vulnérables. Ce fonds de cohésion, malgré l'importante enveloppe mobilisée pour appuyer le RAMED, reste toutefois insuffisant.

Par ailleurs, la double transition démographique et épidémiologique implique une fréquence croissante des affections de longues durée et les affections longues et couteuses (ALD/ALC)

et des recours âgés (Gros-risques). Cette transition impose une réorganisation systémique pour assurer une prise en charge dans la solidarité comme il s'agit bien des affections couteuses qui présentent des coûts exorbitants difficiles à assumer à l'échelle de l'individu.

Le système de santé marocain et les organisations qui gèrent la couverture médicale de base doivent adopter une nouvelle façon d'approcher les actions de CSU. Le développement de l'apprentissage organisationnel au sein d'un mode d'organisation apprenante peut protéger les décisions qui seront prises dans le futur contre le tâtonnement. Les décisions peuvent donc se baser sur une réflexivité et un apprentissage structuré.

Le ministère de la santé comme pilote de la CSU au Maroc se retrouve devant la forte nécessité de disposer de mécanismes producteurs de la connaissance pratique qui seraient disponibles au bon moment pour appuyer les décisions sur la CSU. Selon nous, les réponses à ces besoins se retrouvent dans le concept des organisations apprenantes qui outille les organisations des mécanismes et de capacités pour trouver leurs propres chemins en adoptant des actions contextualisées et choisies dans la concertation interne.

# CHAPITRE 4: Les organisations apprenantes: cadres et détails du concept

L'évolution dans les écoles de management pour passer de l'ère industrielle où l'être humain a été considéré comme une machine, et le manager et la machination du processus de production étaient les principaux déterminants de la performance. Avec le développement de l'école de management qui aborde l'aspect humain comme importante composante dans le processus de production, l'apprentissage devient donc une composante fondamentale dans les organisations modernes (122).

Pedler avait exploré la notion de l'entreprise apprenante et l'a définie comme une organisation qui facilite l'apprentissage de tous ses membres et qui se transforme continuellement pour atteindre ses objectifs stratégiques (123). Cette étude a été réalisée au Royaume-Uni sur le personnel de direction dans huit grandes organisations des secteurs public et privé, elle avait comme apport de donner une importance et un soutien au concept.

L'apprentissage organisationnel est donc un élément crucial pour assoir un modèle d'une OA. Les organisations tirent des leçons des expériences directes, et des expériences des autres et développent des cadres conceptuels ou des paradigmes pour interpréter ces expériences. La mémoire organisationnelle qui se développe en accompagnant l'apprentissage organisationnel, explique comment les organisations encodent, stockent et récupèrent les leçons de l'histoire en dépit de la rotation du personnel et du temps qui passe. L'apprentissage organisationnel est encore compliqué par la structure écologique du comportement d'adaptation simultané d'autres organisations et par un environnement en mutation constante. Il devient une forme d'intelligence pour les organisations (124). Il y a aussi une importance vitale pour les innovations visant plus de compétitivité des entreprises et les implications des connaissances tacites dans le contexte de l'innovation (125). Dans l'apprentissage organisationnel des perspectives de créativité et d'échange de connaissances tacites ce qui peut favoriser le développement d'un intelligence collective nécessaire au développement d'une OA.

## 4.1 L'organisation apprenante

Peter Senge définit cinq disciplines qui sont fondamentales pour qu'une organisation devienne apprenante. C'est la définition de base qui a été reprises par la suite par de nombreux auteurs dans divers travaux de recherche.

Discipline 1 : La pensée systémique : l'auteur propose qu'une organisation adopte une pensée qui considère que le monde est complexe et chaque élément du système impacte l'autre. Cette vision s'oppose à la vision classique linaire qui considère une linéarité dans la façon de voir le système. Le fait d'accepter que l'organisation soit complexe offre une opportunité de développer l'apprentissage comme aucune recette prête à utiliser n'est disponible. La seule façon pour pallier la complexité c'est de comprendre le fonctionnement du système complexe de l'organisation et surtout comprendre les interrelations qui déterminent le fonctionnement de l'ensemble.

Discipline 2 : La maitrise personnelle : c'est en donnant l'autonomie à des individus dans l'organisation que des idées innovantes peuvent émerger. La maitrise personnelle dans les organisations apprenante s'oppose à la vision classique qui voit l'individu comme exécutant et qui doit suivre les directives venant du sommet stratégique. Justement pour faire face à la compétitivité de l'environnement, qui est une contrainte à toutes les organisations, les individus deviennent sources d'idées et de stratégies.

Discipline 3 : Les modèles mentaux. Les modèles mentaux c'est la façon avec laquelle on interprète le monde autour de nous. Si dans une organisation les individus et les équipes n'acceptent pas l'idée que leurs « modèles mentaux » ne sont pas nécessairement parfaits il serait difficile d'assurer le changement. Une organisation apprenante est celle qui arrive à revoir ses modèles mentaux au regard des changements dans les façons de faire, de l'environnement et l'évolution du marché.

Discipline 4 : La vision partagée : La vision partagée est un élément fondamental pour assurer une adhésion des différents niveaux de l'organisation dans l'exécution et la mise en œuvre de la vision. La plupart des organisations ratent leurs objectifs en performance parce que les

niveaux opérationnels n'adhèrent pas à la vision qui est formulée selon une approche « top-down ».

Discipline 5 : L'apprentissage en équipe : La connaissance produite par une équipe multidisciplinaire est supérieure à la somme des connaissances individuelles des individus de cette équipe. La résolution collective des problèmes en équipe ouvre un champ d'échange pour produire une intelligence collective. Ce travail d'équipe dans la réflexion contribue à rendre explicite les connaissances implicites détenues par chaque individu.

Peter Senge définit six handicaps au développement d'une organisation apprenante : 1) s'accrocher à la position et non pas aux connaissances et à la capacité de contribuer au développement de l'organisation, 2) chercher toujours un ennemi externe pour expliquer les situations d'échec au lieu d'une réflexion sérieuse sur les problèmes en interne, 3) les illusions de prendre en charge et de contrôler, 4) une fixation sur les évènements au lieu de penser en dehors de la boite noire, 5) le délire d'apprendre de l'expérience, et 6) le mythe d'équipe de management.

Selon Marquart (2;126-127) cinq éléments sur lesquels il faut agir pour renforcer les attributs d'une organisation apprenante qui sont indiqués dans le schéma suivant :

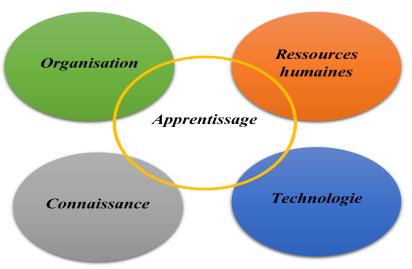


Figure 2 : Dimensions d'une Organisation Apprenante

## 4.2 L'apprentissage

## Les niveaux d'apprentissage

Il existe trois niveaux d'apprentissage dans une OA (individuel, en groupe et organisationnel). La cohérence dans la gestion de l'apprentissage entre ces trois niveaux détermine l'efficacité de ce dernier pour apporter une valeur ajoutée en matière d'amélioration de la performance.

L'apprentissage individuel : Fait référence aux changements et une évolution dans les compétences, les idées, les connaissances, les attitudes et les valeurs acquises par l'auto-apprentissage, l'enseignement basé sur la technologie et l'observation.

L'apprentissage en groupe ou en équipe : Couvre l'augmentation des connaissances, des aptitudes et des compétences acquises par et au sein des groupes. L'apprentissage en groupe peut se développer via les techniques de résolution collective des problèmes où l'interaction et la mise en commun des connaissances détenues par des individus fait évoluer la réflexion collective pour trouver des solutions efficaces.

L'apprentissage organisationnel : Représente la capacité intellectuelle et productive accrue acquise grâce à l'engagement et aux possibilités d'amélioration continue dans l'ensemble de l'organisation. C'est à ce niveau que le résultat de l'apprentissage devient visible pour impacter la performance globale de l'organisation.

## Les types d'apprentissage

La littérature sur l'apprentissage organisationnel comporte une diversité de définitions. Il convient de noter en particulier deux écoles de pensée distinctes : 1) l'école cognitive, qui met en évidence l'élément cognitif ou « pensée » de l'apprentissage organisationnel ; et 2) l'école comportementale, qui se concentre sur sa dimension de « faire ». L'école cognitive explique que l'apprentissage se fait à travers nos modèles, structures ou schémas mentaux, ce qui nous permet de comprendre les événements et les situations, d'interpréter et de répondre à nos environnements. L'école comportementale affirme que nous apprenons en

acquérant de la perspicacité et de la compréhension grâce à l'expérience et l'expérimentation, l'observation, l'analyse et l'examen (128). L'apprentissage organisationnel est donc la capacité ou le processus par lequel une organisation maintient et améliore sa performance, l'information dans ce processus occupe une importance capitale (129-131).

Marquardt dans son ouvrage « Building the learning organization » définit trois principaux types d'apprentissage. Ces trois types qui sont : l'apprentissage adaptatif, l'apprentissage anticipatif et l'apprentissage en action.

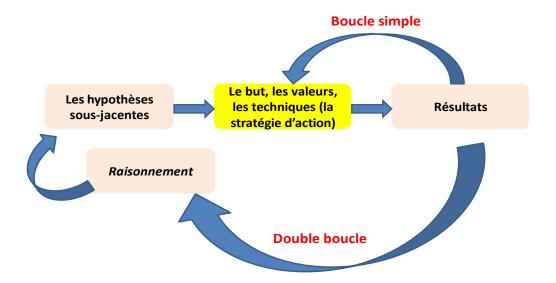
## L'apprentissage adaptatif

Se produit lorsque nous réfléchissons sur l'expérience passée, puis modifions les actions futures. Quand une personne, une équipe ou d'une organisation apprennent de l'expérience et la réflexivité. Il va de l'action aux résultats et leurs évaluations pour passer à la réflexivité. Ce type d'apprentissage est soit simple boucle ou double boucle.

L'apprentissage en boucle simple arrive lorsque les erreurs sont détectées et corrigées et que l'organisation continue avec la même stratégie. Par ailleurs, l'apprentissage en double boucle est celui où en plus de corriger les erreurs de l'organisation, la stratégie de cette dernière est modifiée. Cela implique un changement de compétences, de connaissances et de routines ; c'est ainsi qu'il est appelé « apprentissage stratégique ».

Dans le schéma suivant (figure 3) on présente les deux types d'apprentissages adaptatifs.

Figure 3 : Les deux types de l''apprentissage organisationnel



# L'apprentissage anticipatif

Est le processus consistant à acquérir des connaissances en envisageant différents scenarios pour le futur (une approche qui passe de la vision à l'action et à la réflexion). Cette approche de l'apprentissage vise à éviter les résultats et les expériences négatifs en identifiant les meilleures opportunités futures et en déterminant les moyens de réaliser cette vision.

#### L'apprentissage par l'action

Consiste à se renseigner sur la réalité et à y réfléchir sur une base actuelle et en temps réel, et à appliquer ces connaissances au développement de l'individu, du groupe et de l'organisation. Dans ce type d'apprentissage l'action devient génératrice de connaissances mais aussi les leçons acquises au cours de l'action serviront à enrichir l'action suivante. Le rôle de la connaissance pour le changement et l'action (132) est important pour ce genre d'apprentissage.

Plusieurs recherches ont démontré que le développement de l'apprentissage organisationnel contribue à donner aux organisations un avantage compétitif et contribue à l'amélioration de

leur performance (133). En effet, si les gens au sein d'une organisation sont mis en commun pour réfléchir ensemble et développer des nouvelles façons de voir les choses ils peuvent constituer une force en compétence pour plus de créativité (134). Malgré le fait que de nombreux outils de consultation permettant de transformer les organisations en modèles promoteur de l'apprentissage aient été développés et appliqués, le concept d'apprentissage organisationnel lui-même reste encore vague et il est urgent de mettre en place un modèle holistique d'OA. Nous mettons trop l'accent sur l'apprentissage des individus au lieu de se concentrer sur l'apprentissage des organisations (135).

Les compétences nécessaires pour développer l'apprentissage organisationnel :

Les compétences nécessaires pour développer l'apprentissage organisationnel s'inspire essentiellement des cinq disciplines de Peter Senge (1):

La pensée systémique : C'est de développer une façon et un cadre de conception sur le fonctionnement de l'ensemble pour identifier comment mettre en œuvre un changement effectif.

**Modèles mentaux :** Avoir des capacités réflectives pour agir sur les façons de voir les choses en vue de revoir les modèles mentaux qui sont intériorisés par les individus et les équipes dans l'organisation. La révision permanente de ces modèles mentaux donne une dynamique à l'organisation pour comprendre le changement dans son environnement et s'adapter avec pour atteindre des meilleures performances.

La maitrise personnelle : Cela implique une autonomie des individus pour s'engager dans un apprentissage qui conduit à une expertise pour mener à bien les tâches qui leur sont assignées ou qui rentrent dans le cadre de leur travail au sein de l'organisation.

**L'apprentissage autonome**: Cela implique que chaque individu est au courant de l'importance de l'apprentissage et prend la responsabilité de le développer. Cela implique une capacité de pouvoir identifier les besoins en apprentissage et lier l'apprentissage avec les objectifs de l'organisation.

**Dialogue :** Cela implique un niveau très élevé de communication et d'écoute entre les individus dans une organisation. Le dialogue permet que l'individu au sein de l'organisation puisse tisser des liens avec les autres et dans l'interaction peut intérioriser des nouvelles connaissances implicites.

# 4.3. Au niveau de l'organisation

Par définition une organisation apprenante est celle qui adapte ses processus internes de fonctionnement pour permettre un développement de l'apprentissage organisationnel. Cela implique une action sur plusieurs niveaux.

Au niveau de la vision de l'organisation, le processus de sa détermination est important pour que les gens puissent adhérer dans sa concrétisation. Le partage de la vision est donc un élément de grande importance pour catalyser les individus et les équipes à s'approprier cette vision et œuvrer pour sa réalisation. La vision doit également comporter des dimensions de promotion de l'apprentissage organisationnel à tous les niveaux.

Au niveau de la culture de l'organisation, il faut adopter une culture qui reconnait l'apprentissage comme ressource stratégique pour l'organisation. L'apprentissage doit faire partie de toutes les fonctions de l'organisation et doit intégrer toutes ses opérations. Une culture en faveur de l'apprentissage permet de créer un climat de collaboration utile à l'efficacité de l'action de l'organisation.

Au niveau de la stratégie, l'organisation doit avoir une tactique pour améliorer et développer l'apprentissage pour atteindre son but. Si la stratégie de l'organisation intègre une importance dédiée à l'apprentissage, l'efficacité de l'action de cette dernière serait impactée positivement par cette dynamique.

# 4.4 les ressources humaines

Le sous-système de ressources humaines d'un OA comprend les gestionnaires et les dirigeants, les employés, les clients, les partenaires et alliances commerciaux, les fournisseurs et la communauté environnante. Les employés doivent apprendre et planifier pour leurs

compétences futures. Les consommateurs participent à l'identification des besoins avec eux il faut établir un lien de communication pour apprendre d'eux de façon permanente (136).

L'implication des ressources humaines nécessite un leadership en faveur de l'apprentissage qui crée des opportunités et motive les gens pour s'engager dans les mécanismes d'apprentissage. Il agit également des actions de l'organisation pour assurer une intégration de l'apprentissage dans toutes les opérations.

#### 4.5 La connaissance

Pour assurer un bon développement de l'apprentissage organisationnel, la mise en place d'un mécanisme de gestion des connaissances devient indispensable. En effet, il y a plusieurs types de connaissances (tacite et explicite) et chacune nécessite des outils pour les rendre disponibles pour servir le but de l'organisation. La connaissance est donc un atout considérable pour les entreprises et organisations de nos jours, la façon de gérer cette connaissance détermine l'efficacité de son apprentissage organisationnel. Plusieurs recherches ont mis l'accent sur cette importance (137-140). Les ressources dans une organisation sont de deux types, soit basées sur la propriété ou sur la connaissance (141). A partir de là on voit qu'au fil du temps la connaissance est devenue une ressources stratégique tout autant que les ressources matérielles et financières.

Il est à noter que le processus de gestion des connaissances n'est pas nouveau. En effet, le concept de codage, de stockage et de transmission des connaissances dans les organisations n'est pas nouveau. Les programmes de formation et de perfectionnement des employés, les politiques, routines, procédures, rapports et manuels de l'entreprise remplissent cette fonction depuis des années (142). Cependant ce qui est nouveau c'est la restructuration pour rendre ce processus en ligne avec le but de l'entreprise et servir avec efficacité son objectif en performance.

Les termes « connaissance » et « information » sont généralement utilisés de façon interchangeable mais la distinction entre les deux permet de bien concevoir un modèle de gestion des connaissances. Les données par contre représentent les observations ou faits sans nécessairement une signification ou interprétation. La chaine de production de la

connaissance passe des données brutes, qui se transforment en connaissances ce qui donne lieu à des réalisations et l'action avec une réflexion (143).

Dans son ouvrage Marquardt (2011) (2) présente le processus de gestion des connaissances dans une organisation qui s'articule autour des éléments suivants :

L'acquisition des connaissances : Il s'agit de la collecte des données qui existent en interne de l'organisation mais aussi dans son environnement. Cela implique des mécanismes qui doivent être mis en place pour assurer que le processus de collecte des données soit le plus efficace possible.

La création de la connaissance : Les différents processus qui existent dans l'organisation permettent de générer des connaissances, qui peuvent résulter des différentes initiatives d'innovation qui sont menées dans l'organisation ou des recherches. La combinaison des anciennes connaissances et les nouvelles permettent d'actualiser le réservoir en connaissance de l'organisation.

Le stockage de la connaissance : Il concerne le codage de la connaissance et la préservation des connaissances produites au sein de l'organisation pour assurer un accès facile à l'ensemble de personnels.

Analyse et exploration des données : Il s'agit de l'ensemble des techniques d'analyse des données, la reconstruction, la validation et l'inventaire des sources. Cette fonction permet à l'organisation de donner du sens à ces données.

Le transfert et la dissémination : C'est le mouvement mécanique, électronique et interpersonnel des informations et des connaissances, intentionnellement ou non, dans l'ensemble de l'organisation.

Application et validation : Couvre l'utilisation et l'évaluation des connaissances par les membres de l'organisation. Ceci est accompli par le recyclage continu et l'utilisation créative des riches connaissances et expériences de l'organisation.

#### 4.6 La technologie

Une organisation apprenante c'est celle qui profite de l'opportunité que donne le développement des technologies d'information à son avantage. L'apprentissage est amélioré grâce à des systèmes favorisant la communication et le discours ; et que les technologies de l'information ont le potentiel d'activer et de désactiver l'apprentissage organisationnel. Actuellement, ces deux flux sont indépendants l'un de l'autre, malgré leurs liens étroits, conceptuels et pratiques (144). Par exemple, des technologies telles que l'entreposage de données, les systèmes et réseaux experts, les bases de données de meilleures pratiques et les systèmes intranet / Internet constitue potentiellement des composantes précieuses de la mémoire organisationnelle (145).

Marquardt distingue deux éléments essentiels qui concernent l'usage des technologies en appui à l'apprentissage organisationnel.

La technologie de gestion des connaissances : Qui fait référence à la technologie informatique qui rassemble, code, stocke et transfère des informations entre organisations et dans le monde entier. Un système de gestion des connaissances qui s'appuie sur une technologie moderne de gestion a plus d'avantage de favoriser le partage et l'accès à l'information au sein de l'organisation.

La technologie permettant d'améliorer l'apprentissage : Ce qui implique l'utilisation de la formation multimédia vidéo, audio et informatique afin de transmettre et de développer des connaissances et des compétences. Ainsi, la technologie permet également de réaliser des gains énormes en ressources qui peuvent être engendrées en organisant des rencontres face-à face.

# **RÉFÉRENCES**

- (1) Senge PM. The fifth discipline, the art and practice of the learning organization. Performance + Instruction. 1991 May;30(5):37-.
- (2) Marquardt, M. J. Building the learning organization: mastering the five elements for corporate learning. Hachette UK. 2011.
- (3) Berrio AA. Assessing the learning organization profile of Ohio state university extension using the systems-linked organizational model. In Management of Engineering and Technology, Portland International Center for 2007 Aug 5 (pp. 1542-1547). IEEE.
- (4) Auluck R. Benchmarking: a tool for facilitating organizational learning? Public Administration and Development: The International Journal of Management Research and Practice. 2002 May; 22(2):109-22.
- (5) Barrados M, Mayne J. Can public sector organisations learn? OECD Journal on Budgeting. 2003 Dec 11; 3(3):87-103.
- (6) Rashman L, Withers E, Hartley J. Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. International Journal of Management Reviews. 2009 Dec; 11(4):463-94
- (7) Moynihan DP, Landuyt N. How do public organizations learn? Bridging cultural and structural perspectives. Public Administration Review. 2009 Nov; 69(6):1097-105.
- (8) Garvin DA. Learning in action: A guide to putting the learning organization to work. Harvard Business Press. 2000.
- (9) Levinthal, D.A.; March J.G. The myopia of learning. Strat. Manag. J. 1993; (14): 95–112.
- (10) Bapuji, H.; Crossan M. From questions to answers: Reviewing organizational learning research. Manag. Learn. 2004; (35): 397–417.
- (11) Peirce, J.C. The paradox of physicians and administrators in health care organizations. Health Care Manag. Rev. 2000; (25): 7–28
- (12) Krejci, J.W. Imagery: Stimulating critical thinking by exploring mental models. J. Nurs. Educ. 1997; (36): 482–484.
- (13). Plsek PE, Wilson T. Complexity science: complexity, leadership, and management in healthcare organisations. BMJ: British Medical Journal. 2001 Sep 29; 323(7315):746.
- (14) Varela F, Coutinho A. Second-generation immune networks. Immunol Today. 1991; 12(5):159–166. [PubMed]
- (15) Holland JH. Hidden order: how adaptation builds complexity. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.
- (16) Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ: British Medical Journal. 2001 Sep 15; 323(7313):625.
- (17) Barbazza, E. and Tello, J.E. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health policy, 2014; 116(1), pp.1-11.
- (18) McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. Value in Health. 2013 Jan 1; 16(1): S39-45.
- (19) Lagomarsino G., Garabrant A., Adyas A., Muga R., Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. Lancet, 2012; 380: 933–43

- (20) World Health Organization. The World Health Report: health systems Financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (21) Gouvernement du Maroc. Dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, 2002. http://www.anam.ma/wp-content/uploads/2015/06/Loi-65-00.pdf
- (22) Letourmy A.; Ferrarra G. and Evrard C. Rapport de synthèse de la première étape Effectifs de la population éligible et critères d'éligibilité au RAMED, 2006.
- (23) Willis, M. Politics and power in the Maghreb: Algeria, Tunisia and Morocco from independence to the Arab Spring. Oxford University Press. Ministère de la santé du Maroc, 2012.
- (24) Bendourou, O. La nouvelle Constitution marocaine du 29 juillet 2011. Revue française de droit constitutionnel, 2012; (3), pp.511-535.
- (25) Gouvernement du Maroc. La loi 98-15 relatif au système de l'assurance maladie obligatoire destiné aux professionnels, travailleurs, 2017. https://www.cgem.ma/upload/513949771.pdf
- (26) Ministère de la santé du Maroc. Le rapport général du symposium international du RAMED,http://ramed2015.sante.gov.ma/Pages/default.aspx
- (27) Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc. Rapport du conseil économique et social. 2016. http://www.ces.ma/Documents/PDF/Rapports%20annuels/2016/SRA2016f.pdf
- (28) Conseil Economique, Social et Environnemental. La protection sociale au Maroc Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales. Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental. 2018. http://www.ces.ma/Documents/PDF/Auto-saisines/2018/AS34-2018/Rp-AS34-VF.pdf
- (29) Observatoire National du Développement Humain. Rapport de synthèse sur l'évaluation du Ramed. 2017.
- (30) Garvin DA. Building a learning organization. Org Dev & Trng. 1985; 6E (Iae): 274.
- (31) Senge PM. The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. Broadway Business. 2006.
- (32) Marquardt MJ. Building the learning organization. New York, NY: McGraw-Hill Companies.1996.
- (33) Garvin DA, Edmondson AC, & Gino F. Is yours a learning organization? Harvard business review. 2008; 86(3):109.
- (34) Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. Lancet, 2006; 368-954-61.
- (35) Dkhimi F, Noirhomme M, Meessen B. Rapport de consultation sur le projet d'apprentissage par l'action. IMT, OMS. 2015.
- (36) Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., & Cortez, R. Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage from the bottom up. World Bank Publications. 2015.
- (37) Ministère de la santé du Maroc. Livre blanc sur la santé au Maroc, conférence, 2013. sante.gov.ma/DocumentsConf/Livre%20Blanc%20(2).pdf
- (38) M.T MOULINE et A LAZRAK. Rapport 50 ans de Développement Humain & Perspectives 2025, 2006. www.minculture.gov.ma/fr/images/stories/pdf/rg-fr.pdf

- (39) Ministère de la santé du Maroc. Le plan santé 2025. Ministère de la santé. 2018.
- (40) Ministère de la santé du Maroc. Santé vision 2020, 2007.
- (41) Ministère de la santé. Evaluation des fonctions essentielles de santé publiques au Maroc. 2016.
- (42) Gouvernement du Maroc. Décret n° 2-94-285 du 17 journada II 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique (B.O. n°4286 du 21 décembre 1994), 1994.
- (43) Gouvernement du Maroc. Décret n° 2-93-44 du 7 kaada 1413 (29 avril 1993) relatif à l'emploi supérieur de secrétaire général de ministère (B.O. n° 4207 du 16 juin 1993), 1993. http://bdj.mmsp.gov.ma/Fr/Document/392-D%C3%A9cret.aspx
- (44) Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 12 septembre 1978, 1978. https://www.who.int/topics/primary\_health\_care/alma\_ata\_declaration/fr/
- (45) Ministère de la santé du Maroc. Rapport de démarrage du projet du financement et de gestion du secteur de la santé composante 1, Renforcement de la gestion hospitalière et amélioration de la qualité des soins, 2002.
- (46) Ministère de la santé du Maroc. Arrêté de la ministre de la santé n° 1363-11 du 12 journada II 1432 (16 mai 2011) relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé, 2011. www.sante.gov.ma/.../ORGANISATIONETATTRIBUTIONSDUMINISTEREDE LAS
- (47) Ministère de la santé. Décision du Ministre de la Santé n°003.16 du 23 Rabiaa II 1437 (4 Janvier 2016) relative à la création, attributions et organisation des services déconcentrés du Ministère. Le Bulletin officiel N° 6452 du 31 mars 2016/ Journada II 1437, 2016.
- (48) Hibou, B. Le mouvement du 20 février, le Makhzen et l'antipolitique. L'impensé des réformes au Maroc, 2011; Dossiers du CERI, pp.1-12.
- (49) Desrues, T. Le mouvement du 20 février et le régime marocain : contestation, révision constitutionnelle et élections. L'Année du Maghreb, (VIII), 2012; pp.359-389.
- (50) Catusse, M. Le «social»: une affaire d'État dans le Maroc de Mohammed VI. Confluences méditerranée, (3), 2011; pp.63-76
- (51) Yaakoubd, A.I. La dimension sociale de la santé au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc, 2010; p.25.
- (52) El Aoufi, N. L'impératif social au Maroc : de l'ajustement à la régulation. Critique économique, 2000.
- (53) Gouvernement du Maroc. Constitution du Maroc, 2011. http://www.amb-maroc.fr/constitution/Nouvelle\_Constitution\_%20Maroc2011. pdf
- (54) Alexis Ghosn. La deuxième conférence nationale sur la santé au Maroc : un diagnostic du secteur et des recommandations d'action pour l'avenir, IPMED, 2013.
- (55) Ministère de la santé du Maroc. Le rapport général de la deuxième conférence nationale sur la santé au Maroc, 2013.
- (56) Conseil économique, social et environnemental. Rapport sur les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé, 2013.
- (57) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PDSS, 2017.
- (58) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PRIS, 2017.

- (59) Banque Mondiale. Rapport d'achevement (No. 4025-MOR). D'un prêt pour un montant de 68,0 millions de \$eu au royaume du Maroc pour un projet de sante de base programme de priorités sociales (barnamaj aoulaouiyat al ijtimaiya), 2004.
- (60) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PFGSS, 2017.
- (61) Ministère de la santé. Rapport de démarrage du projet PFGSS, 2001.
- (62) Ministère de la santé. Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement hospitalier. PFGSS, 2001.
- (63) A. Belghiti Alaoui. Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital. Ministère de la santé, 2001.
- (64) Ministère de la santé. Manuel de la Gestion Financière et comptable hospitalière. PFGSS, 2005.
- (65) Ministère de la santé. Rapport de l'étude des coûts par activité à l'hôpital d'Agadir. PFGSS, 2001.
- (66) Ministère de la santé. Rapport de l'étude des coûts par diagnostic. PFGSS, 2001.
- (67) Ministère de la santé. Rapport sur la gestion des ressources humaines à l'hôpital de Beni Mellal. PFGSS, 2003.
- (68) Ministère de la santé. Arrêté du ministère de la santé portant règlement intérieur des hôpitaux, 6 juillet 2010.
- (69) Gouvernement du Maroc. La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, 2011.
- (70) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PAGSS,2017
- (71) Ministère de la santé. Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre des soins (SROS), 2005.
- (72) Ministère de la santé/Direction des hôpitaux/AEDES, Projet de Plan Opérationnel 2002, PAGSSS/MEDA, avril 2002.
- (73) Ministère de la santé. Rapport du démarrage, Projet d'appui à la gestion du secteur de la santé PAGSS, octobre 2001.
- (74) Yahya A. Analyse du processus d'élaboration et de mise en œuvre du Schéma Régional de l'Offre de Soins « SROS » Cas de la Région Orientale. Institut National d'administration de santé. Maroc, 2004
- (75) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet REDRESS, 2017
- (76) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet CMB1, 2017
- (77) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PARCOUM
   I. 2017
- (78) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PASS- I, 2017
- (79) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PASS- II, 2017
- (80) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet PPR, 2017
- (81) Haut-commissariat aux plans. Maroc. 2018. https://www.hcp.ma/Demographie-population\_r142.html
- (82) Secrétariat Général du ministère de la santé. Repères sur les indicateurs de santé au Maroc, 2016.
- (83) Ministère de la santé. Enquête épidémiologique sur le tabagisme chez les jeunes, DELM, novembre 2001

- (84) Ministère de la santé. Enquête nationale Population et santé (ENPS), Maroc 2003-2004.
- (85) Ministère de la santé. Enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, DELM, M.S, 2000.
- (86) Ministère de la santé. Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF), 2018.
- (87) Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2017.

medicale-ramed.

- (88) Ministère de la santé. Base de donnée de la carte sanitaire, 2018. http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/index.html
- (89) Gouvernement du Maroc. Décret n°2-14-562 du 21 juillet 2014 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, 2014.
- (90) Ministère de la santé. Le rapport des comptes nationaux de la santé au Maroc, 2013.
- (91) Organisation mondiale de la santé. Statistiques mondiales de la santé, 2018.
- (92) Hogan, Daniel R., et al. "Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services." The Lancet Global Health 6.2 (2018): e152-e168.
- (93) Hogan, D., Hosseinpoor, A.R. and Boerma, T. Developing an index for the coverage of essential health services. Technical note for World health statistics, 2016.
- (94) El Idrissi, M.D.Z.E., La couverture médicale au Maroc. Critique économique, 2003. (10).
- (95) LAAZIRI M. Le régime d'assistance médicale (RAMED) Une composante fondamentale de l'équité dans l'accès aux soins de santé et de l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé, OMS ; 2015
- (96) Ferrié, J.N., Omary, Z. and Serhan, O. Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. Revue française des affaires sociales, 2018 (1), pp.125-143.
- (97) Ministère de la santé. Rapport de l'étude actuarielle relative au RAMED. Programme financé par l'Union Européenne ; 2006.
- (98) Ministère de la santé. Rapport de l'étude actuarielle relative au RAMED. Programme financé par l'Union Européenne ; 2013.
- (99) Ministère de la santé. Evaluation du test pilote du régime d'assistance médicale dans la région tadla-azilal. Rapport d'évaluation ; 2010. http://www.ondh.ma/fr/publications/rapport-levaluation-regime-dassistance-
- (100) World Health Organisation. The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva; 2010.
- (101) Organisation mondiale de la santé. Soixante-cinquième assemblée mondiale de la santé. OMS; 2012.
  - http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\_files/WHA65-REC1/A65\_REC1-fr.pdf
- (102) Carrin G, James C, Evans D. Atteindre la couverture universelle: Le développement du système de financement. L'Assurance maladie en Afrique francophone: Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Washingtion, DC, The World Bank; 2006:149-61.
- (103) De la Santé, O.M., 2010. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, OMS.

- (104) Laraqui CH, Caubet A, Harourate K, Belamallem I, Laraqui O, Verger C. Risques professionnels dans le secteur artisanal marocain et proposition d'une couverture médicale du travail. Santé publique. 1999; 11(3):317-27.
- (105) Catusse, M. Maroc : un fragile état social dans la réforme néo-libérale. L'État face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale, Paris, Karthala, 2010 : pp.187-228.
- (106) Tourabi, A. and Zaki, L. Maroc: une révolution royale? Mouvements, 2011 (2), pp.98-103.
- (107) Cheikh A, Bouatia M, Benomar A, Cherrah Y, Razine R, El Hassani A. Impact des disparités dans les règles de remboursement entre le secteur public et privé sur l'accessibilité aux soins et le recours au remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) au Maroc. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2017 May 1;65:S61.
- (108) Yassine, A., El Hangouche, A.J., El Malhouf, N., Maarouf, S. and Taoufik, J. Les caractéristiques de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire au Maroc. Pan African Medical Journal, 2018 : 30(266).
- (109) World Health Organization. "Health Systems Governance for Universal Health Coverage Action Plan Department of Health Systems Governance and Financing [Internet]." Geneva, Switzerland (2014): 14040-902.
- (110) Chefferie de gouvernement du Maroc. Circulaire du Chef du Gouvernement  $n^{\circ}$  13/2013 du 4 octobre ; 2013.
- (111) Chefferie de gouvernement. Programme du gouvernement 2016-2021; 2017 http://www.maroc.ma/fr/system/files/documents\_page/pro\_gouv\_1.pdf
- (112) Chefferie de gouvernement. Circulaire du chef de gouvernement sur la création d'un comité interministériel de pilotage de la protection sociale et un comité technique interministériel. 2018.
- http://bdj.mmsp.gov.ma/Medias/Uploaded/files/Circulaire%20n%C2%B0%206-18-cab.pdf
- (113) Secrétariat Générale du ministère de la santé. Fiche technique du projet CMB III; 2017.
- (114) Rapport de l'étude actuarielle relative au RAMED. Programme financé par l'Union Européenne. 2013.
- (115) Rapport de synthèse sur l'évaluation du Ramed. Observatoire National du Développement Humain (ONDH). 2017
- (116) Ministère de la santé. Rapport d'évaluation du RAMED. Programme financé par l'Union Européenne ; 2011.
- (117) Ministère de la santé. Le régime d'assistance médicale (RAMED) : Une composante fondamentale de l'équité dans l'accès aux soins de santé et de l'objectif de la couverture sanitaire universelle. OMS, Maroc. 2015.
- (118) Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Tarification nationale de référence. 2005. http://www.anam.ma/regulation/conventions-tarifaires/tarification-nationale-de-reference
- (119) Agence Nationale de l'Assurance Maladie, Maroc. Rapport annuel global de l'assurance maladie obligatoire ;2016.
- (120) Le discours de sa majesté le roi adressé aux participants de la deuxième conférence nationale sur la santé au Maroc; 2013. http://www.maroc.ma/fr/discours-royaux/sm-le-roi-adresse-un-message-la-2eme-conference-sur-la-sante

- (121) Gouvernement du Maroc. Loi n° 71.14 promulguée par le dahir n° 1.16.109 du 16 Kaada 1437
- https://www.mmsp.gov.ma/uploads/documents/loi%20n%C2%B0%2071.14.pdf
- (122) Nuttin J. Théorie de la motivation humaine. Paris: Puf; 1980.
- (123) Pedler, M., Boydell, T. and Burgoyne, J. The learning company. Studies in Continuing Education, 1989: 11(2), pp.91-101.
- (124) Levitt B, March JG. Organizational learning. Annual review of sociology. 1988 Aug;14(1):319-38.
- (125) Mascitelli R. From experience: harnessing tacit knowledge to achieve breakthrough innovation. Journal of Product Innovation Management: An international publication of the product development & management association. 2000 May;17(3):179-93.
- (126) Marquardt, M. & Reynolds, The global learning organization (New York: IrwinProfessional Publishing); 1994.
- (127) Marquardt, M. J. Building the learning organization: mastering the five elements for corporate learning. Hachette UK; 2011.
- (128) Leavitt CC. A Comparative Analysis of Three Unique Theories of Organizational Learning. Online Submission. 2011 Sep 14.
- (129) Kolb, D. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1984.
- (130) McGill, M. E., & Slocum, J. W. The smarter organization: How to build a business that learns and adapts to marketplace. New York, NY: John Wiley & Sons; 1994.
- (131) Nevis, E. C., DiBella, A. J., & Gould, J. M. Understanding organizations as learning systems. MIT Sloan Management Review; 1995: 36(2), 73-73.
- (132) Argyris C. Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change. Jossey-Bass Inc., Publishers, 350 Sansome Street, San Francisco, CA 94104; 1993.
- (133) Azmi F. Organizational learning: Crafting a strategic framework. Journal of Business Strategy. 2008;5(2):58-70.
- (134) Isaacs WN. Taking flight: Dialogue, collective thinking, and organizational learning. Organizational dynamics. 1993 Sep 1;22(2):24-39.
- (135) Lähteenmäki S, Toivonen J, Mattila M. Critical aspects of organizational learning research and proposals for its measurement. British journal of management. 2001 Jun;12(2):113-29.
- (136) Wilson, W. Video training and testing supports customer service goals. Personnel Journal,1994. 6, 46–51.
- (137) Darling, M. Building the knowledge organization. Business Quarterly,1996: 61(2), 61–66.
- (138) Bontis, N. Managing organizational knowledge by diagnosing intellectual capital: framing and advancing the state of the field. In Knowledge management and business model innovation (pp. 267-297). IGI Global; 2001.
- (139) Davenport TH, Prusak L. Working knowledge: How organizations manage what they know. Harvard Business Press; 1998.
- (140) Gold AH, Malhotra A, Segars AH. Knowledge management: An organizational capabilities perspective. Journal of management information systems. 2001 May 31;18(1):185-214.

- (141) Miller, D. and Shamsie, J. The resource-based view of the firm in two environments: The Hollywood film studios from 1936 to 1965. Academy of management journal, 1996: 39(3), pp.519-543.
- (142) Alavi M, Leider D. Knowledge management systems: Emerging views and practices from the field. InSystems Sciences. HICSS-32. Proceedings of the 32nd Annual Hawaii International Conference on 1999 Jan 5; 1999: (pp. 8-pp). IEEE.
- (143) Kakabadse NK, Kakabadse A, Kouzmin A. Reviewing the knowledge management literature: towards a taxonomy. Journal of knowledge management. 2003 Oct 1;7(4):75-91.
- (144) Robey D, Boudreau MC, Rose GM. Information technology and organizational learning: a review and assessment of research. Accounting, Management and Information Technologies. 2000 Apr 1;10(2):125-55.
- (145) Stein, E.W. and Zwass, V. Actualizing organizational memory with information systems. Information systems research, 1995: 6(2), pp.85-117.

# **PARTIE 2 : METHODE**

# CHAPITRE 5 : Les étapes de la thèse

La littérature sur l'organisation apprenante est diverse et comporte les points de vue des universitaires et des praticiens. L'objectif essentiel d'une OA est le développement de l'apprentissage organisationnel le plus efficace, mais au-delà de cette direction générale, les disciplines académiques pertinentes, telles que les sciences de la gestion, l'anthropologie et la psychologie sociale, appliquent toutes des hypothèses différentes sur ce que cela pourrait signifier (1). Le concept d'OA a fait l'objet d'une attention considérable dans la littérature scientifique, notamment pour le bénéfice stratégique qu'il pourrait offrir face aux concurrents. Les organisations qui adoptent des stratégies cohérentes avec l'OA sont en effet censées améliorer leurs performances (2).

De nombreuses organisations publiques et privées s'attachent donc à changer leurs opérations afin de rapprocher la connaissance des travailleurs. Les technologies d'information sont souvent présentées comme un moyen de capturer, suivre, trier et fournir des informations pour faire progresser les connaissances. Des recherches ont exploré la facilité, l'efficacité et les limites de l'information et de la technologie dans la promotion de l'organisation apprenante dans le secteur public. La technologie de l'information occupe une place importante dans l'évolution vers l'OA (3).

La littérature sur l'apprentissage organisationnel est vaste et couvre un large éventail de sujets allant du développement professionnel à la gestion des connaissances, en passant par l'utilisation des informations sur les performances dans les organisations (4). Dans les premières années du développement de ce concept, Il n'existait pas de théorie généralement acceptée ni de pratiques optimales aisément applicables sur l'apprentissage organisationnel (5-6). Avec des études empiriques menées par des auteurs comme Peter Senge et David Garvin ce concept commence à devenir concret avec des outils pratiques à son application dans les organisations et entreprises.

Nous avons choisi dans cette recherche d'aborder un sujet relativement nouveau dans les systèmes de santé qui est celui des OA appliqué à l'échelle d'un ministère de la santé dans

un pays comme le Maroc. Notre hypothèse et que l'analyse du fonctionnement du ministère de la santé comme pilote du chantier de la CSU au Maroc à travers l'angle d'une OA pourrait innover dans les pistes à préconiser pour la CSU. L'organisation objet de l'analyse est le ministère de la santé qui comporte plusieurs organisations avec des niveaux de complexité qui varient selon le niveau de soins (centre de santé, hôpital, délégation, direction régionale, direction centrale...etc.). Le ministère de la santé comme organisation est en soi une entité complexe comme elle comporte de nombreux niveaux et sous-organisations qui nécessitent une analyse originale.

Ainsi, cette thèse est articulée selon quatre grandes étapes ; chacune fait l'objet d'une sousdimension de recherche pour apporter un élément spécifique, le tout pour atteindre un objectif cohérent. L'objectif est de rassembler un ensemble d'outils et éléments pouvant doter le ministère de la santé d'une base en évidence lui permettant d'assoir un modèle d'OA adapté au contexte marocain.

Les différentes étapes de cette thèse sont présentées dans la figure suivante :

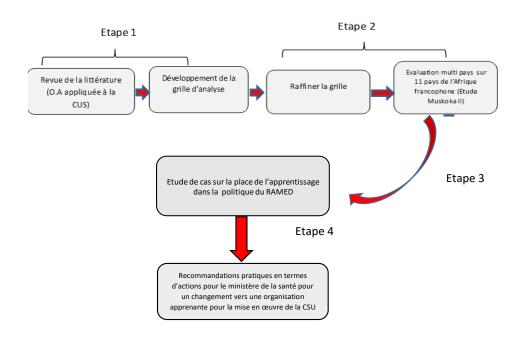


Figure 4 : Les étapes de la recherche doctorale

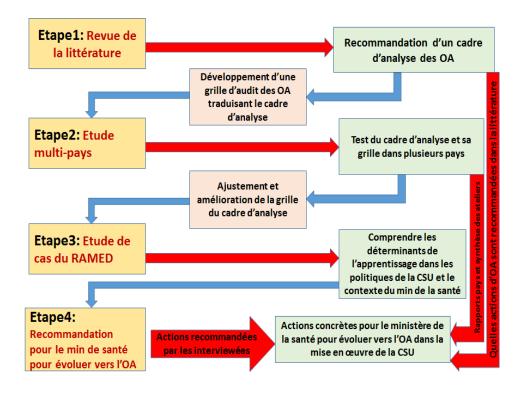
Dans les prochaines sections nous allons donner des détails méthodologiques liés à chaque étape de la recherche.

# 5.1 Articulation des différentes étapes de la recherche.

Les différentes étapes de cette recherche s'intègrent dans un ensemble cohérent qui vise un objectif précis qui est de préparer une base scientifique sur un ensemble d'éléments qui permettront de renforcer le ministère de la santé en tant qu'OA.

Chacune des étapes a un objectif spécifique et une contribution à l'objectif global de la thèse. Dans le graphe suivant (Figure 5), nous reprenons les réalisations de chaque étape et surtout leur l'apport scientifique.

Figure 5 : Articulation et fil conducteurs entre l'ensemble des étapes de la thèse



Dans ce qui suit, nous rappelons les produits de chaque étape pour expliquer l'articulation et la cohérence globale de la thèse.

## Résultats de l'étape 1 :

Dans cette étape, l'objectif est d'analyser la littérature des organisations apprenantes pour comprendre l'utilité du modèle pour le système de santé en général, mais aussi pour le ministère de la santé en particulier.

La revue de littérature a servi aussi à documenter l'état de connaissance sur la question pour permettre de développer un outil qui nous a permis d'auditer les organisations de santé dans la direction d'une OA. Le résultat final de cette étape est de produire un cadre conceptuel qui serait le plus adapté à la réalité du système de santé et plus particulièrement ceux des pays en voie de développement.

# Résultats de l'étape 2 :

L'utilisation du modèle et sa grille d'évaluation dans plusieurs pays à revenus faibles ou intermédiaires a fourni une adaptation du cadre d'analyse à la réalité des systèmes des pays en voie de développement. L'approche participative que nous avons adoptée pour développer ces outils a permis de donner plus de validité à ce modèle.

Dans cette étape nous avons introduit un niveau système en plus de celui de l'organisation pour évaluer les interactions du ministère de la santé avec son environnement dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU. La prise en considération de la relation avec les autres organisations dans cette étape renforce la prise en considération de l'environnement du ministère de la santé comme source de connaissances pour la mise en œuvre de la CSU.

L'application de ce mécanisme d'audit des systèmes de la couverture universelle en santé dans les six pays a permis de se lancer dans une réflexion sur les actions nécessaires pour s'orienter vers un système apprenant dans les pays concernés par l'étude. Ces réflexions vont servir à alimenter la quatrième étape de cette recherche comme les recommandations faites par les intervenants de la CSU au Maroc. Ces recommandations vont constituer le point de

départ pour proposer des actions concrètes qui prennent en considération la complexité du processus de changement au Maroc. Pour le cas du Maroc, cette analyse a permis de se comparer et se situer par rapport aux autres pays mais aussi de réajuster la recherche pour la rendre plus utile pour le système de santé marocain.

# Résultats de l'étape 3:

L'analyse de l'interaction entre le processus de développement d'une politique de la CSU et le développement de l'apprentissage organisationnel est d'une grande importance pour préconiser un modèle pour le Maroc. Dans ce sens cette étape s'articule sur une étude qualitative qui fournit une compréhension de la relation mutuelle entre la politique du RAMED et l'apprentissage organisationnel. Il s'agit d'une étude de cas ciblé qui explore de façon approfondie la mécanique de développement de l'apprentissage organisationnel et surtout comment il peut impacter la mise en œuvre des politiques de financement de la santé.

Cette étape a l'avantage de creuser dans les connaissances implicites détenues par les acteurs qui ont mené les actions de la CSU pendant les vingt dernières années. L'exercice en soi touche plusieurs aspects incluant l'explicitation de cette connaissance implicite longtemps restée cachée dans le système. Dans cette étape on questionne aussi la capacité de l'apprentissage à renforcer une politique.

#### Résultats de l'étape 4 :

Dans cette étape il s'agit essentiellement de formuler des recommandations quant à la stratégie visant à transformer le ministère de la santé en une organisation apprenante. La première étape aura fourni un cadre et un modèle validé d'une OA adaptée au contexte du ministère de la santé.

La deuxième étape aura fourni un outil d'audit et de diagnostic du ministère de la santé dans la direction d'une organisation apprenante. Cet outil va permettre de mesurer et évaluer le changement atteint par le ministère de la santé dans cette direction. La troisième étape, permettra de fournir une compréhension de la place de l'apprentissage dans le processus de développement d'une politique de santé (RAMED).

#### L'articulation logique des quatre étapes

L'étape 1 a produit une revue scientifique sur le concept et comment il a été utilisé dans le système de santé. A la fin de cette étape nous avons disposé de la connaissance sur l'application du concept dans le secteur de santé et les outils utilisés. L'output final de cette étape est un modèle et un outil d'évaluation d'une organisation de santé dans la direction d'une OA.

L'étape 2 se base sur le produit de l'étape 1 pour tester l'outil dans plusieurs systèmes de santé et en bénéficiant de l'interaction avec les experts de ces pays pour lui donner plus de validité.

L'étape 3 vise à analyser la place de l'apprentissage dans un cas pratique d'une politique de santé au Maroc dans le contexte du ministère de la santé au Maroc pour comprendre comment on peut utiliser ces résultats pour agir sur les déterminants de ce processus et garantir les changements futurs.

L'étape 4 dans cette étape nous avons utilisé le produit de l'étape1 (le modèle), les recommandations en action vers une OA (exploitation des rapports pays de l'étude multi pays incluant le Maroc), et l'analyse sur le processus de changement pour proposer des actions solides et réalistes pour que le ministère de la santé puisse évoluer vers une OA pour bien mettre en œuvre la CSU.

Dans les prochaines sections nous présentons de façon détaillée les méthodes utilisées dans chacune des étapes de la thèse.

5.1 ETAPE 1 : revue de littérature et développement d'une grille d'analyse pour les organisations apprenantes

# 5.1.1 Revue de littérature

Le concept des organisations apprenantes émane du domaine du management. Plusieurs travaux théoriques et recherches ont mis en place les fondements de ce concept. Peter Senge

est considéré comme le père de ce concept après la publication de son livre « the fifth discipline » (7). Il a ensuite publié plusieurs recherche et livres pour valoriser la portée de ce concept pour les entreprises et organisations (8-10). David Garvin a mené des recherches pour donner des définitions claires à ce qu'on peut appeler une OA (11-12). Il a continué ses recherches avec une orientation plus pratique en matière d'outils et des propositions d'actions à mettre en œuvre d'une OA dans l'action (13). D'autres auteurs ont également exploré les OA à travers l'examen des niveaux d'apprentissage et en mettant l'emphase sur l'impératif que doit avoir toute organisation pour intégrer les attributs d'une OA (14-15).

Devenir une OA est devenu une quête pour beaucoup d'organisations de nos jours. La mise en œuvre est relativement difficile à atteindre. Au cours des dernières années, un modèle d'OA a été mis au point ; il s'appuie sur la littérature et sur des études de cas (7). Cependant, les organisations ont besoin d'un moyen pour diagnostiquer leur statut actuel et orienter les changements pour les comparer et explorer les liens entre l'apprentissage organisationnel et les performances de l'entreprise. La solution consistait à développer et à valider un instrument répondant à ces besoins (16).

Notre recherche bibliographique préliminaire nous a montré que ce concept recevait suffisamment d'attention de la part des chercheurs se penchant sur la situation des organisations du secteur privé. Par contre, nous avons pu vite constater que les applications du concept des OA dans le domaine de la santé semblent bien moins nombreuses.

Peut-on tirer des enseignements des organisations du secteur privé pour un transfert au secteur de santé ? Il y a des points communs. Le système de santé est aussi confronté à des défis liés à la satisfaction des patients et à la rareté des ressources, qui nécessitent de la créativité pour concevoir des politiques visant à garantir un maximum de résultats avec les ressources limitées dont il dispose. Nous avons donc besoin de créativité et d'innovation pour élaborer des politiques adaptées, fondées sur des expériences vécues dans des contextes similaires, ainsi que sur des expériences internes.

Mais il y a aussi des différences. Pour bien nous équiper pour notre recherche, nous avons pensé crucial d'avoir une démarche systématique en ce qui concerne la littérature existante sur l'utilisation du concept d'OA dans le domaine de la santé. Cette étape est en effet stratégique pour notre schéma de recherche, comme elle va permettre d'orienter notre stratégie globale de recherche et nous permettre de choisir notre cadre d'analyse pour évaluer les organisations de santé que nous documenterons.

Il existe une lacune en matière de recherche qui établit un lien entre l'apprentissage et le succès des systèmes de santé, en particulier dans le processus de mise en œuvre de la couverture universelle en santé. Nous pensons que la plupart des organisations qui ont réussi à atteindre l'objectif de la CSU ont agi en tant qu'OA, car il n'y a pas d'autres moyens d'innover dans la mise en œuvre des politiques de santé. Nous pensons également qu'une évaluation de ces systèmes selon un cadre d'OA donnerait une image complète des stratégies réussies qui constitueront un atout pour le système de santé marocain.

Nous avons visé donc, tout au long de cette phase de la recherche, à bien comprendre le concept d'organisation apprenante et les différents cadres d'analyse utilisés pour l'évaluer afin de choisir celui qui correspond le mieux au cas du système de santé. Il s'agit plus précisément d'en identifier un qui colle aux besoins du ministère de la santé en charge de l'élaboration des politiques et du suivi et de l'évaluation de leurs processus de mise en œuvre. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrons obtenir des actions coordonnées susceptibles de produire de bons résultats en termes d'amélioration de la santé sur le terrain.

# a. Objectifs de la recherche

Les objectifs de la recherche sont présentés comme suit :

- Etablir un état de connaissance sur l'application de l'approche OA au système de santé;
- 2. Quels sont les cadres d'analyse qui sont utilisés pour évaluer l'OA dans le système de santé?
- 3. Quelles approches méthodologiques ont été utilisées pour évaluer l'OA dans le système de santé ?
- 4. Élargir la recherche au secteur public en général, au cas où la recherche serait décevante et qu'aucun résultat satisfaisant n'était trouvé.

5. Recherche de liens implicites et explicites entre l'OA et la couverture sanitaire universelle ;

#### b. Méthode

#### La question de recherche et les sous-questions

Nous avons défini notre principale question de recherche comme suit : « Comment le concept d'organisation apprenante est-il appliqué au secteur de la santé, et plus spécifiquement au programme de la couverture universelle en santé ?»

Les sous-questions liées à cette question de recherche sont présentées comme suit :

- 1. Comment le concept d'organisation apprenante est-il appliqué au secteur de la santé, en particulier pour évaluer ses caractéristiques ou pour évaluer les expériences mises en œuvre à différents niveaux du système de santé ?
- 2. Quels sont les cadres d'analyse utilisés pour évaluer le concept d'OA dans le secteur de la santé ? Quels blocs ou dimensions sont adoptés ? Pour quel objectif ?
- 3. Quelles approches pratiques et méthodes empiriques sont utilisées pour évaluer le niveau de compétence dans le secteur de la santé (revue de la documentation, recherche-action, enquêtes, etc.) ?
- 4. Quelles sont les principales conclusions de chaque application de l'OA?
- 5. Existe-t-il des études qui ont exploré le lien entre l'organisation apprenante et les progrès vers la couverture universelle en santé en appliquant le concept d'OA aux organisations de la CSU?

#### Hypothèses de la recherche

- Le modèle d'organisation apprenante contribuera à l'élaboration de stratégies et de politiques de santé en favorisant l'apprentissage organisationnel.
- 2. L'apprentissage organisationnel ne peut être maximisé que si une structure d'organisation apprenante est en place pour s'assurer que l'apprentissage est promu et utilisé dans le processus de prise de décision.

3. Le concept d'OL pourrait aider les systèmes de CSU des pays en développement à concevoir des stratégies adaptées reposant sur un système apprenant.

#### Typologie de la recherche

La nature de cette phase de recherche nécessite un choix spécifique quant au type de revue de littérature. Nous avons choisi le cadre mis au point par Arksey, H. et O'Malley, L. de l'Unité de recherche sur les politiques sociales de l'Université de York, Heslington, York (17).

#### Stratégie de recherche

Nous nous sommes concentrés sur des articles de recherche et des livres écrits au cours des quinze dernières années. Ce choix est motivé par le fait qu'il concerne la période où le concept de couverture sanitaire universelle a commencé à émerger avec une coexistence de recherches sur les organisations apprenantes.

#### Méthode de recherche des sources

Nous avons commencé par les sources électroniques en examinant les principales bases de données connues pour traiter le sujet. La recherche a ciblé dans un premier temps les bases de données électroniques avec des sources rédigées en anglais ; nous avons examiné ensuite les principaux sites Web de référence des organisations et institutions concernées par les organisations apprenantes et leur application au système de santé.

Afin d'obtenir plus de résultats, les combinaisons suivantes de termes de recherche ont été utilisées dans cette recherche : "Learning Organization" and health; "Learning Organization" and health; "Learning Organization" and frameworks; "Learning Organization" and model; "Learning Organization" and model; "Learning Organization" and dimensions; "Learning organization" and "universal health coverage" et; "Learning organization" and "health policy".

Nous avons également effectué une recherche dans les sites web d'organisations et d'institutions traitant du thème de l'organisation apprenante et de leurs applications en santé (la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé).

#### La sélection

La première étape de la revue nous a permis d'obtenir un grand nombre de résumés qui ont été analysés. En utilisant des critères d'inclusion qui avaient été développés, nous avons sélectionné des articles liés à notre question de recherche. Les articles inclus dans l'examen final sont ceux qui indiquaient qu'ils contenaient des informations sur l'organisation apprenante et sur son application pratique dans le système de santé, ainsi que sur son lien avec la couverture sanitaire universelle si possible.

# Processus de cartographie des sources

Une fois que nous avons décidé, en fonction des critères d'inclusion, d'inclure une source (article ou livre), nous avons utilisé des tableaux et des listes pour l'extraction des données afin de les utiliser ultérieurement dans l'analyse.

À ce stade de la recherche, nous avons extrait des informations d'articles et des différentes sources. Nous nous sommes concentrés sur les éléments suivants : 1) informations de citation ; 2) emplacement géographique de l'étude ; 3) l'objectif de l'étude ; 4) les principales conclusions de la source sélectionnée ; 5) Description du cadre d'organisation d'apprentissage s'il existe et; 6) Valeur scientifique de la source.

Assemblage, collation et synthèse (summation, collation and synthesis)

Au cours de cette phase, nous avons résumé les données déjà cartographiées et organisées selon une feuille de route que nous avons élaborée. Nous avons utilisé une synthèse narrative dans laquelle nous avons suivi une logique pour répondre à nos questions de recherche.

5.1.2 Développement d'une grille d'analyse

La revue de littérature que nous avons effectuée a éclairé le choix du cadre d'analyse que

nous pouvons utiliser pour un système de santé. Pour cela, un atelier international a été

organisé à Rabat dans le cadre d'une étude financée par le Fonds Muskoka. Dans cet atelier

nous avons saisi l'opportunité de la présence de 35 experts de la CSU actifs dans 11 pays de

l'Afrique Francophone.

Lors de cet atelier nous avons partagé avec les experts de la CSU des pays le concept d'OA

et nous avons débattu son utilité pour la couverture universelle en santé. Les experts pays ont

tous approuvé l'utilité d'un tel concept à apporter une nouvelle vision pour approcher les

stratégies de la CSU.

Au lieu de traiter une seule entité du système en charge de la CSU, les participants ont

proposé d'aller vers une analyse plus systémique en considérant tous les acteurs concernés

par la CSU. En effet, bien que des ministères comme celui de la santé sont en charge de la

CSU dans un certain nombre de pays, la décision sur les actions de cette dernière sont prises

dans un cadre plus large et concerne d'autres acteurs.

Notre grille d'analyse : l'organisation apprenante

Selon Garvin (18) le concept d'apprentissage inclut trois grandes étapes : 1) aller chercher de

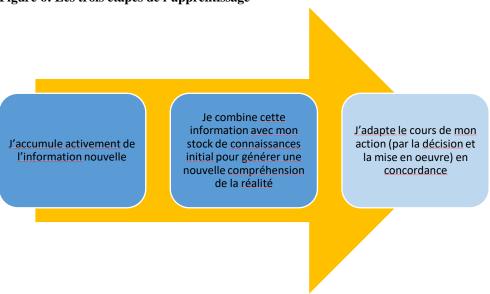
l'information nouvelle; 2) la recombiner avec ce qui était déjà connu pour une nouvelle

synthèse; 3) adapter le cours de son action.

<sup>1</sup> C'est le Fonds mis en place par la France avec pour objectif de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans 10 pays francophones d'Afrique et Haïti

86

Figure 6: Les trois étapes de l'apprentissage



Apprécier si une organisation répond aux critères de l'OA c'est donc voir sa capacité à traiter l'information jusqu'au point du changement de comportements, y compris dans l'infrastructure organisationnelle et les routines.

# Notre cadre d'analyse

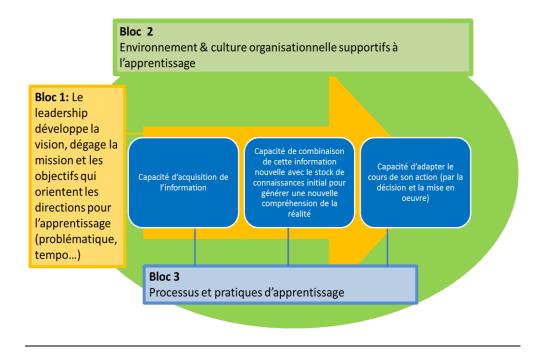
Pour identifier le cadre d'analyse qui conviendrait à notre recherche, nous avons procédé à une revue de littérature. Nous n'avons pas trouvé de travaux ayant appliqué le concept de l'OA à la problématique de la CSU. Les applications dans le secteur de la santé sont en fait relativement rares. Nous avons pu identifier des travaux de référence sur l'OA. En comparant les propositions, nous avons pu constater une grande similitude sur les dimensions devant être documentées. Le modèle de base de l'évaluation de l'organisation apprenante est celui développé par Peter Senge (7).

Toutefois, le modèle qui nous a semblé le plus pratique dans l'évaluation d'une organisation selon l'angle de l'organisation apprenante est celui de David Garvin (18). Ce modèle est organisé en trois principaux blocs organisés en sous-dimensions. Nous avons reformulé des dimensions à l'intérieur des blocs pour s'adapter au contexte de la CSU.

- Bloc 1 : Leadership en faveur de l'apprentissage
- Bloc 2 : Environnement et culture organisationnelle supportifs
  - L'autonomie des individus et des équipes
  - Capacité d'intégrer les expertises nécessaires et adéquates
  - Culture collaborative
  - · Ouverture au savoir et nouvelles idées détenues par les individus
- Bloc 3: Processus et pratiques d'apprentissage
  - Agenda d'apprentissage
  - Expérimentation
  - Expérience
  - Intelligence
  - Synthèse
  - Action

Pour notre recherche, notre grille se base sur le cadre d'analyse que nous avons utilisé qui est le suivant (voir figure 3).

Figure 7 : Cadre d'analyse des OA



# 5.2 ETAPE 2 : Evaluation multi-pays des systèmes CSU dans six pays d'Afrique Francophone

L'opportunité d'avoir un projet multi-pays en cours de conception a permis d'aligner l'objectif de cette phase de la thèse et l'objectif de ce projet (projet MUSKUKA2, communauté de pratiques) pour monter une recherche qui va dans le même sens. Au début notre protocole de recherche prévoyait de procéder au test du cadre d'analyse dans trois pays (Thaïlande, Mexique et la Turquie). Le projet sur lequel nous avons greffé notre deuxième phase a constitué une opportunité à la fois pour tester le cadre d'analyse dans le cadre d'une discussion avec les experts de la CSU de plusieurs pays d'Afrique francophone. Cela était aussi une opportunité d'avoir un terrain d'application et de test de notre cadre d'analyse dans les six pays qui ont fait partie de cette recherche.

Dans cette phase de recherche l'objectif était de développer un outil d'analyse des organisations œuvrant dans le domaine de la CSU. Dans cette partie nous parlons d'une notion du « système » pour montrer qu'un seul ministère à lui seul ne serait pas capable de mener une action qui vise la CSU mais a besoin d'autres organisations qui doivent intégrer cette notion d'OA. En effet, le concept de l'OA considère des niveaux d'apprentissage, et pour adapter notre grille nous avons ajouté un niveau **système** pour refléter ce qui se passe au niveau de la coordination globale de la CSU à l'échelle du pays. Cette vision systémique est aussi importante pour la suite de notre recherche comme il a permis de concevoir un modèle d'OA qui s'intègre le plus dans la dynamique globale de la CSU dans le pays. Nous avons donc aussi parlé de **système apprenant**.

Ce choix stratégique a émané d'une longue discussion avec les experts pays au moment du choix des frontières de l'étude. Tout le monde était en faveur d'une vision plus systémique qui laisserait la marge à aller par la suite dans l'analyse des niveaux inférieurs du système CSU (d'un ministère de la santé à un centre de santé comme organisation).

Cette phase de recherche revête une importance capitale comme il permet non seulement d'adapter un modèle pratique des OA mais aussi de le tester et l'ajuster. Cet ajustement est

crucial pour s'assurer que les spécificités des pays en voie de développement sont prises en considération dans la conception finale de l'outil.

# 5.2.1 Notre objet d'étude : le système CSU

La CSU est un agenda qui nécessite une action dépassant le cadre du seul ministère de la santé : il faut un fort leadership politique du gouvernement, mobiliser des ressources (et donc l'appui du ministère des finances), s'entendre et se coordonner avec les acteurs de la sécurité sociale (ministères concernés, agences, caisses d'assurance...) et éventuellement les gouvernements locaux, collaborer avec différents acteurs de la société civile (organisation patronale, syndicats...), établir des collaborations avec le monde académique...

Jusqu'à présent, peu de chercheurs ont adopté les objectifs des systèmes apprenants pour examiner le secteur de la santé. Toutefois, l'intérêt augmente, en particulier dans les pays à revenu élevé. Par exemple, Friedman et al. (19) ont proposé les attributs suivants d'un système de santé apprenant (SSA) le SSA est 1) fiable et valorisé par toutes les parties prenantes, 2) économiquement durable et gouvernable, 3) adaptable, évolutif, stable, rectifiable et réactif, et 4) SSA est capable d'engendrer un cercle vertueux d'amélioration de la santé. Dans un autre travail, Rubin et al. Ont présenté une belle métaphore : « Le SSA peut être vu comme la tapisserie qui émerge des efforts conjugués dans les domaines de la gestion de l'information sur la santé, de la santé, de la participation des patients, des soins cliniques, de la recherche et de la santé publique, visant à utiliser les données, l'information et le savoir pour améliorer la santé (20).

Notre hypothèse est que pour réussir la CSU tous ces acteurs doivent fonctionner non seulement comme un système, mais aussi comme un système apprenant.

Il existerait donc un 'système CSU': ce serait l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre de la CSU dans le pays. Ce système est spécifique à chaque pays, les rôles ainsi que les responsabilités dépendant de la configuration et du mode d'organisation en place dans chaque pays (figure 8).

Min Affaires
Min Santé
PTF

Caisse des
Fonctionnaires

Les chercheurs

Prestataires

Figure 8 : Les éléments d'un système apprenant

Comme indiqué plus loin, nous avons procédé à une cartographie des organisations impliquées dans la CSU – cela est nécessaire d'une part parce que le 'système CSU' est notre objet d'étude, mais aussi parce que cela va déterminer les personnes qui seront invitées à participer à l'enquête.

# 5.2.2 Questions de recherche

Notre hypothèse de départ est que pour qu'un pays progresse rapidement vers la CSU, il est nécessaire que son système CSU soit un système apprenant. Cette capacité d'apprentissage par le système est particulièrement cruciale quand on part de situations existantes confuses, comme celles documentées dans une phase antérieure du projet Muskoka (phase 1).

Ceci suggère notre question de recherche principale :

Dans quelle mesure le système CSU d'un pays donné est un système apprenant ?

→ Notre collecte de données est concentrée sur cette question. Il s'agira d'élaborer une grille, de produire un score, à interpréter par sous-dimension, mais aussi en comparant avec les scores obtenus par les autres pays participants (*benchmarking*).

Par définition, un système apprenant est un système qui est notamment capable d'évaluer sa propre capacité ou performance par rapport à des objectifs. Etre capable d'évaluer dans quelle mesure son système CSU est effectivement apprenant est alors une connaissance stratégique pour l'acteur en charge de conduire l'agenda CSU du pays.

Cela suggère un trait important pour notre recherche dans un pays donné :

Il est important que l'équipe de recherche collabore étroitement avec l'acteur en charge de la conduite de l'agenda CSU au niveau du pays. De la sorte, l'étude est une auto-évaluation, qui par son processus et ses résultats, consolidera les capacités d'apprentissage du système CSU.

→ Notre démarche de recherche est structurée en fonction de cette préoccupation.

Notre recherche étant innovante sur sa méthode, il nous paraît important de conduire une évaluation finale de notre démarche. Cela suggère un point d'intérêt plus méthodologique :

Quelles sont les leçons qu'on peut tirer de l'étude multi-pays, notamment quant à la grille d'évaluation, la faisabilité du *benchmarking* entre les pays et le processus de mise en œuvre par des équipes mixtes ?

→ Cela confirme la nécessité que nous analysions les données et le processus de cette recherche de façon transversale (comparaison interpays).

Enfin, il est important de noter que notre hypothèse reste une hypothèse : la causalité que nous établissons entre OA et réussite de la progression vers la CSU, n'a, à notre connaissance, pas encore été étudiée (en tout cas en ces termes).

## 5.2.3 Démarche de la recherche : décrire et comparer

Comme indiqué plus haut, l'étude ici décrite est la phase 2 de notre projet de recherche doctorale. La question principale de cette phase 2 est la suivante : Dans quelle mesure le système CSU d'un pays donné est un système apprenant ?

Il est notable que cette question est principalement de nature descriptive. Cette phase de la recherche ne vise pas à expliquer pourquoi dans un pays donné le système CSU serait ou ne serait pas apprenant ou à établir des causalités entre des phénomènes. Il s'agit d'évaluer des fonctionnalités, de donner une mesure à des capacités du système.

Cet objectif, relativement modeste dans son ambition analytique, nous paraît pertinent pour trois raisons : 1) à notre connaissance, personne n'a encore essayé de mesurer un système CSU sous l'angle de l'organisation apprenante – à cet égard, notre recherche est exploratoire, car elle va tester une démarche et une méthodologie de mesure ; 2) sans cette étape de mesure, l'agenda plus analytique est impossible ; 3) notre hypothèse est que mesurer la réalité est déjà susceptible de créer une prise de conscience au niveau des acteurs impliqués dans la conduite de l'agenda CSU sur certaines faiblesses des capacités en place ; cela pourrait déjà indiquer des pistes d'action (ex. besoins en renforcement des capacités à solliciter auprès des partenaires techniques et financiers).

#### 5.2.4 Devis de recherche

Pour répondre à notre question de recherche principale, nous avons mis en œuvre dans chaque pays d'étude, deux types de collectes de données complémentaires.

La première est une enquête d'opinion appliquée de façon uniforme sur tous les pays. La stratégie d'avoir recours à une enquête d'opinion pour évaluer si une organisation est apprenante a été développée et validée par Garvin. Nous sommes partis de sa grille (21) et de son questionnaire et les avons adaptés à la réalité de la CSU dans les pays d'Afrique Francophone. Le processus de validation (adaptation au contexte des pays) du questionnaire a été fait en concertation avec les experts de la CSU qui étaient impliqués dans cette recherche.

Notre enquête d'opinion a été administrée auprès d'un échantillon d'experts actifs dans le système CSU national. Le questionnaire (en annexe à ce protocole) liste une série de jugements sur l'un ou l'autre d'éléments du système CSU national. Les jugements sont organisés par dimension de notre cadre d'analyse; ils couvrent les éléments les plus importants d'un système CSU apprenant.

Certaines questions sont relativement génériques. Exemple :

Dans mon organisation, les individus peuvent exprimer leurs opinions concernant les stratégies de l'organisation, émettre de nouvelles idées, formuler des critiques ou remettre en question des croyances.

D'autres questions sont plus spécifiques à l'apprentissage pour la CSU. Exemple

Dans mon organisation, nous faisons un usage intensif d'enquêtes et de bases de données pour apprécier la performance nationale du système CSU (équité, couverture, efficience...).

Pour chaque question, le répondant devra exprimer son appréciation du jugement sur un score allant de 1 à 7 : 1= fortement inexact, 2 = modérément inexact, 3=légèrement inexact, 4= hésite entre exact et inexact, 5= peu exact, 6 modérément exact, 7 = fortement exact, avec la possibilité de ne pas exprimer d'avis (0= sans opinion).

Notre hypothèse est que par leur implication quotidienne, les experts actifs dans le système CSU national disposent d'une information nuancée sur les capacités apprenantes de leur système et que leur opinion est donc une information fiable.

Sur chaque jugement, des statistiques de base ont été produites. La moyenne calculée sur tous les répondants nous fournira un score, l'écart-type nous a permis d'apprécier le degré de consensus existant entre les experts nationaux.

Pour interpréter les résultats collectés, nous avons utilisé au moins quatre points de comparaison : 1) moyennes entre les différents éléments de la grille pour un même pays — points forts et points faibles du système CSU; 2) écarts-types des réponses pour un même pays (consensus entre experts nationaux); 3) comparaison des moyennes sur un même point entre pays (quel pays est le plus fort sur cet aspect, est-ce que la faiblesse est présente dans un grand nombre de pays...); 4) comparaison des écarts-types entre pays (y a-t-il des pays où les experts semblent particulièrement divisés dans leur évaluation?).

Nous pensons que la comparaison interpays (*benchmarking*) était particulièrement précieuse : elle permet à chaque pays de se situer par rapport aux autres pays d'Afrique Francophone, mais aussi à identifier, en temps voulu, les pays qui offrent des opportunités d'apprentissage (à découvrir par exemple lors d'une visite d'étude ou d'échanges entre pairs). Nous pensons aussi que le benchmarking suscitera une saine émulation.

#### 5.2.5 Echantillonnage

Pour l'enquête d'opinion, nous avons visé les experts suffisamment impliqués dans le développement de la CSU pour être bien informés sur les processus informationnels en place. Nous estimons que dans un pays africain type, cela correspond à environ une trentaine de personnes et ce pour pouvoir bâtir un minimum de statistiques permettant d'analyser le phénomène d'apprentissage dans les pays ; dans les grands pays, ce nombre est sans doute plus élevé.

Nous avons recommandé donc au moins 30 répondants par étude-pays, mais c'était à l'équipe-pays de déterminer le nombre exact et d'identifier les personnes. Pour ce faire, l'équipe-pays a procédé d'abord à une mise en carte du système CSU national ; cela a permis de recenser l'ensemble des organisations impliquées dans la mise en œuvre de la CSU.

Les frontières du système CSU sont complexes à délimiter de façon exacte, vu le grand nombre d'acteurs impliqués dans la CSU de façons directes et indirectes. Dans le cadre de cette étude nous avons appliqué les critères suivants pour délimiter notre système CSU:

- Sont incluses les organisations qui ont un rôle direct dans la définition et la formulation des stratégies et les politiques liées à l'organisation générale du système de couverture médicale universelle dans le pays : les lois, les mécanismes de financement, l'organisation de l'offre de soins, les organisations des bénéficiaires des services de santé ...etc.
- Sont incluses les organisations ayant un rôle ponctuel mais déterminant de par leur implication dans des processus-clés (ex. le ministère des finances qui accorde les budgets nécessaires).
- Sont aussi inclus les acteurs de la coopération technique et financière.

La mise en carte devra aussi identifier les organisations 'leaders' (pour lesquelles un effort plus important sera mis en matière de nombre de répondants) et les autres organisations qui ont un rôle plus secondaire dans la CSU. De façon générique le système CSU peut se présenter comme suit :

- Les organisations avec un rôle leader
- Le Ministère de la Santé (directions centrales, entités décentralisées)
- Le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales (ou équivalent), en particulier l'entité concernée par la CSU
- L'agence de l'assurance maladie (généralement sous la tutelle de l'un des ministères repris plus haut)
- Les organisations avec un rôle secondaire ou marginal
- Ministère des Finances (direction impliquée dans la CSU)
- Partenaires technique et financiers : leur rôle varie d'un pays à l'autre (production des soins, financement, assistance technique...)
- Les autres ministères
- Les acteurs du système
- Le chef du gouvernement
- La communauté
- La société civile, y compris les associations d'usagers
- Les media...etc.

#### 5.2.6 Considérations éthiques

Voici quelques éléments importants pour les considérations éthiques.

- Le protocole a été soumis à une révision éthique à deux niveaux : 1) dans chaque pays d'étude ; 2) au niveau du « institutional review board » de l'Institut de Médecine Tropicale.
- Cette recherche a amené le système CSU national à établir un examen assez critique de ses propres capacités apprenantes. Pour garantir un processus introspectif authentique, un accès libre aux informateurs-clés et une bonne appropriation des résultats, la participation de chaque pays a été conditionnée à la signature d'une demande officielle de participation par les autorités nationales en charge de la CSU (le Ministre de la Santé ou le Secrétaire Général) (disponible auprès de la coordination internationale sur requête).
- Il a été proposé que dans chaque pays, la recherche soit initiée par un atelier d'information organisé au niveau de la capitale du pays. Cet événement a été l'occasion de bien préciser les objectifs de la recherche, d'identifier les futurs répondants, mais aussi construire un intérêt large pour ses résultats et les implications potentielles au niveau du système CSU.
- Avant de compléter l'enquête d'opinion, chaque répondant a été invité à compléter un formulaire de consentement éclairé (voir annexe). Ce formulaire rappelle que l'interviewé a toujours le choix de ne pas répondre à une question, opter pour la réponse 'sans opinion' ou cesser l'entrevue, sans devoir se justifier.
- Le questionnaire d'opinion sur les capacités apprenantes du système CSU inclut des avis sur le leadership au niveau national, mais aussi sur les aptitudes et pratiques des supérieurs directs. Pour protéger le répondant, aucune donnée permettant d'identifier le répondant, même indirectement, n'est adjointe au questionnaire.
- Une fois complété, le questionnaire a été glissé par le répondant dans une enveloppe A4 standard, sans aucune marque ou dénomination particulière ; les enveloppes ont été gardées fermées jusqu'à l'épuisement de l'échantillon de personnes à interviewer. Quand l'échantillon a été complété, toutes les enveloppes ont été ouvertes et les questionnaires étaient encodés par un chercheur local sur une feuille

- de saisie commune à tous les pays participant à l'étude ; uniquement le pays pourrait être identifié dans cette base de données.
- Le second volet de la collecte de données (documentation d'expérience positive ou négative) est également couvert par le consentement éclairé, mais tous les répondants n'ont été pas été invités à y contribuer. La participation a été laissée à la discrétion de l'enquêteur et du participant. Le seul souci de l'enquêteur était de trianguler l'information collectée auprès d'un nombre suffisant d'informateurs. Toute cette information est présentée de façon anonyme dans le rapport.
- A la fin du projet, les participants ont été personnellement informés des résultats de l'enquête. Dans la mesure du possible, une restitution des résultats a été organisée en face-à-face, dans le cadre d'un atelier. Les participants ont été informés de la tenue de cet atelier par email personnalisé. Il leur a aussi été communiqué la possibilité de prendre connaissance du rapport (dès qu'il a été disponible) uniquement par email individuel.

#### 5.2.7 Processus de recherche

#### Phase préparatoire au niveau international

Cette recherche est de nature opérationnelle s'étalant sur trois ans. Elle a trois caractéristiques importantes : elle est multi-pays, elle vise à produire des connaissances directement utilisables par les ministères concernés et est caractérisée par une grande flexibilité dans sa démarche (révision des objectifs en fin de chaque phase). Il nous paraît donc important de présenter le processus qui a été retenu pour cette phase.

La participation à cette recherche a été ouverte à tous les pays couverts par le Fonds Muskoka mais aussi les autres pays francophones d'Afrique. Un appel à participation a été diffusé en Octobre 2014 par voie électronique. Pour participer à la recherche, la principale condition qui était posée à une équipe nationale candidate était de bénéficier d'un soutien officiel signé du Ministre de la Santé ou le Secrétaire Général. La principale motivation derrière cette condition est la nécessité que notre étude soit pleinement reconnue et valorisée par les autorités en charge de la CSU. Cela est requis d'une part pour la bonne conduite des enquêtes

(qui seront hautement introspectives) mais aussi pour maximiser les chances d'impact des résultats dans les décisions politiques futures.

Chaque équipe a été invitée à participer à un atelier de développement de protocole de recherche (Rabat 15-17/12/2014). Il était demandé à ce que les équipes nationales soient composées : 1) un chercheur ; 2) un cadre du Ministère de la Santé personnellement impliqué dans la mise en œuvre de la CSU ; 3) un cadre de l'autre ministère le plus impliqué dans la CSU (ex. Affaires Sociales).

Les objectifs de l'atelier étaient principalement de :

- Familiariser les chercheurs et les représentants des ministères avec le concept de l'organisation apprenante et son application aux systèmes de santé.
- 2. Présenter une ébauche de grille d'évaluation développée par l'équipe de l'IMT sur base d'une revue de la littérature ; discussion et amélioration de cette grille par les experts nationaux (adaptation à la problématique CSU).
- Identifier le meilleur processus pour la conduite de la recherche et l'administration de cette grille au niveau du pays (prise en compte du contexte et des enjeux nationaux).
- 4. S'accorder sur un planning et un échéancier pour les différents livrables.

Onze pays ont participé à cette activité. Il est à noter que trois pays qui n'ont pas pu participer à l'atelier ont également marqué leur intérêt à participer à cette phase 2 : le Tchad, la République Centrafricaine et Haïti.

Le protocole et le questionnaire ont été finalisés par l'équipe de coordination début janvier 2015. Ils ont ensuite été partagés avec tous les participants de l'atelier. Leurs commentaires ont été intégrés dans la version finale du protocole et le questionnaire.

Des présentations power point et un guide de remplissage de l'enquête d'opinion ont été produits par l'équipe de coordination. Ils ont permis d'uniformiser la collecte de données entre pays.

#### Activités au niveau national

Dans chaque pays d'étude, la recherche était sous la responsabilité d'une équipe nationale ; cette dernière est conduite par un chercheur local dont le nom a été repris en couverture du protocole lors de la soumission au comité éthique national. Ils se sont appuyés sur deux experts actifs dans le système CSU, dont au moins un des deux travaille au niveau central d'un ministère concerné par la CSU.

Les responsabilités de cette équipe étaient essentiellement les suivantes :

- 1. Maintenir, via un point focal, un contact étroit avec l'équipe de coordination internationale et les pairs des autres pays.
- 2. Préparer la mise en place de la recherche au niveau national, notamment en : précisant la répartition des rôles au sein de l'équipe-pays, établissant un budget-pays, présentant les objectifs et modalités de la recherche aux différents acteurs du système CSU, faisant des commentaires sur le guide de remplissage du questionnaire et pré-testant le questionnaire d'enquête d'opinion.
- Consulter le Ministère de la Santé et ses partenaires techniques et financiers pour identifier des sources de financement complémentaire pour la recherche-pays (financement du temps de l'équipe de recherche nationale et des coûts liés aux ateliers).
- 4. Faire la cartographie du système CSU national et identifier les répondants.
- 5. Assumer la collecte des données (enquête d'opinion et documentation des expériences particulières)
- 6. Analyser les données au niveau national.
- 7. Collaborer avec l'équipe internationale pour la comparaison interpays.
- 8. Assumer la restitution des résultats au niveau national, y compris la comparaison avec les résultats obtenus dans les autres pays.
- 9. Rédiger le rapport d'analyse national.
- 10. Participer aux activités de dissémination internationale

# 5.3 ETAPE 3 : Evaluation de la place de l'apprentissage organisationnel pour le ministère de la santé dans les politiques CSU : cas de la politique du RAMED

Cette étape de la recherche vient pour examiner de plus près la question de l'apprentissage en relation avec les politiques CSU au Maroc. Dans cette étape nous avons utilisé les outils élaborés dans l'étape 2 pour évaluer les organisations de santé en tant qu'organisations apprenantes. Comme l'objectif thème de notre recherche est lié au progrès vers la CSU et les capacités en apprentissage organisationnel, que le ministère de la santé doit avoir, nous avons choisi d'étudier la politique du RAMED. Cette étude a permis de comprendre le fonctionnement de l'apprentissage au niveau du ministère de la santé vis-à-vis des politiques de la CSU. Elle a également été très utile pour constituer une idée sur le point de vue des acteurs qui ont vécu la mise en œuvre de cette politique et comment ils ont perçu le développement de l'apprentissage organisationnel.

Les recommandations émises par nos informateurs lors des entretiens constituent une mine d'informations pour bien cerner la dimension de faisabilité des recommandations que nous avons proposées à la fin de cette thèse.

#### 5.3.1 Analyse des politiques de financement

Les politiques de couverture médicale ont reçu beaucoup d'attention, notamment parce qu'il existe des recommandations prescriptives sur les étapes à franchir (22). L'adoption rapide d'une stratégie de documentation commune faciliterait et complèterait la production de preuves sur la performance comparative des systèmes. Le besoin de bâtir des stratégies pour faire bénéficier les pauvres dans l'équité est argumenté par le constat que le financement de la santé bénéficie plutôt aux riches que les pauvres (23).

Meessen et.al (2017) (24) ont modifié le triangle de l'analyse des politiques pour le rendre applicable à la politique de mise à l'échelle du financement basé sur la performance (PBF). L'analyse a identifié quatre phases : génération, adoption de la politique, institutionnalisation et l'extension. Cette étude a permis de développer un cadre conceptuel permettant la compréhension du processus de la politique du PBF. Shroff et al. (2017) ont analysé la

politique du financement basé sur la performance à travers dix pays. Ils ont analysé les différentes phases de cette politique pour mettre en exergue l'importance de l'expérimentation via des sites pilotes avant la généralisation de la politique et l'importance des facteurs du contexte ainsi que d'autres éléments organisationnels (structures législative, financement, leadership politique...etc.) (25). L'existence des politiques et une capacité de mobiliser des ressources domestiques étaient des facteurs qui ont contribué à la réussite de cette politique. Le leadership politique est aussi un des facteurs qui ont été mentionnés comme important dans le développement de cette politique. Le facteur humain a été identifié comme important notamment en ce qui concerne les capacités techniques nationales et l'expertise nationale dans le domaine du financement de la santé.

#### 5.3.2 Le processus d'apprentissage dans les politiques de financement

Préalablement à cette étude lors de l'étape 1 nous avons réalisé une revue de littérature pour documenter l'utilisation de l'apprentissage organisationnel vers des organisations apprenantes (Akhnif et al. 2017) (26). Cette revue de littérature a démontré une faible utilisation du concept de l'apprentissage organisationnel au niveau global des systèmes de santé et le peu qui existe est surtout dans les pays développés. La majorité des études ont mis l'emphase sur l'importance de l'apprentissage organisationnel pour éclairer les décisions et les stratégies à différents niveaux du système de santé.

La connaissance (knowledge) est un élément qui est au cœur des politiques de santé et occupe une importance particulière dans leurs processus de mise en œuvre. William Solesbury mentionne qu'il existe une relation étroite entre l'évidence, la connaissance et le pouvoir dans lequel les évidences peuvent être utilisées à la fois pour renforcer le pouvoir et l'influence et pour les défier (27). L'« evidence based policy » a occupé également l'espace dans l'agenda de la recherche surtout avec la discordance entre le temps que prennent les décisions politiques et le temps pour finir des agendas de recherche ce qui les rendent inutiles si les décisions sont déjà prises. De nouvelles méthodes ont été développées pour rendre plus efficace l'utilisation de l'évidence dans le processus des politiques notamment « les analyses réalistes » (Pawson et al 2002) (28). Le « knowledge translation » émerge donc comme solution pour combler le fossé entre la politique de santé et l'évidence. Stein, C. (2016) met

l'accent sur l'importance de "Evidence-informed Policy » avec des données contextuelles de haute qualité qui permettent d'informer régulièrement la prise de décision en matière de santé et dont l'emphase est mise sur le renforcement des capacités, outils, plateformes et encourager des équipes de pays multidisciplinaires à traduire les données probantes dans les politiques, réduisant les inégalités en matière de santé et améliorant la santé et le bien-être de tous en favorisant une culture d'application des connaissances (AC) (29). Por Ir et al. 2010 ont utilisé un cadre d'analyse du « knowledge translation » pour analyser la politique du fonds d'équité en Cambodge pour identifier des innovations dans le processus de développement de cette politique et que des leçons de l'expérience pilote ont permis d'alimenter la politique nationale (30). Le contexte de la politique était en faveur de partager les leçons et la connaissance développée de l'expérience pilote. Le secteur public en particulier a été analysé à travers les lentilles du concept d'organisation apprenante (OA), Che Rose et al, 2009 ont examiné la relation entre les variables OA en utilisant un échantillon de gestionnaires de la fonction publique en Malaisie (31). L'apprentissage organisationnel a été jugé positivement lié à l'engagement organisationnel, à la satisfaction au travail et à la performance au travail. Frenk et al, 2010 recommandent d'adopter de nouvelles façons de penser pour combler le fossé entre la connaissance et l'action ; chaque innovation dans les systèmes de santé devrait constituer une opportunité d'apprentissage (32).

La question de l'apprentissage organisationnel comme objectif dans les analyses des politiques de santé n'a pas eu suffisamment d'attention de la part de la communauté des chercheurs. C'est la raison pour laquelle cette partie de la thèse examine cet aspect de façon approfondie.

#### 5.3.3 Objectif

L'objectif de cette phase de la recherche est d'étudier l'interaction entre le développement de la politique du RAMED et le développement de l'apprentissage organisationnel au sein du ministère de la santé. Pour ce faire, nous avons conduit une analyse rétrospective de la politique du RAMED selon les quatre grandes étapes du modèle heuristique (mise à l'agenda, formulation, mise en œuvre et évaluation). Nous avons plus particulièrement étudié comment l'apprentissage a été actionné (ou non actionné) durant ce processus. Nous avons notamment

analysé comment le contexte de la politique, les parties prenantes ont pu créer un environnement favorable au développement de l'apprentissage organisationnel tout au long des phases de mise en œuvre de la politique RAMED. Ce regard concentré sur l'apprentissage a été structuré par l'usage d'une grille d'analyse de l'organisation apprenante. Ceci a permis d'identifier des facteurs favorables et défavorables au développement de l'apprentissage organisationnel au niveau du système de santé marocain.

#### 5.3.4 Question de recherche et sous-questions de recherche

Notre question de recherche porte donc sur la nature de relation supposée bidirectionnelle entre le développement d'une politique et l'apprentissage systémique.

- En quoi l'apprentissage (organisationnel) a contribué au développement de la politique du RAMED ?
- En quoi l'expérience du RAMED a contribué à renforcer les attributs de l'OA au sein du ministère de la santé du Maroc ?

Pour répondre à ces deux questions, nous avons répondu à quatre sous-questions de recherche :

- 1. Quels sont les éléments factuels qui démontrent un apprentissage efficace pour une meilleure politique RAMED ? Quelles sont leurs caractéristiques ? A quel niveau du système de santé ces différents apprentissages ont-ils eu lieu ?
- 2. Comment l'apprentissage s'est-il produit pendant les principales phases d'élaboration de la politique ? L'apprentissage a-t-il pris différentes formes pour les différentes étapes heuristiques de la politique ? Quels mécanismes et routines ont été mis en place pour assurer l'apprentissage ?
- 3. Quels étaient les obstacles ou les facteurs facilitant l'apprentissage pour la politique du RAMED, au niveau des acteurs (y compris le leadership), du contexte (y compris la culture organisationnelle), du processus et du contenu ?
- Est-il possible d'identifier des mécanismes ou des processus par lesquels le développement de la politique du RAMED aurait conduit à un renforcement de la

capacité d'apprentissage du système de santé ? (Progrès vers l'organisation apprenante).

#### 5.3.5 Design et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective du processus de la politique du RAMED au Maroc. Nous nous sommes appuyés sur le cadre « étapes heuristiques d'une politique » pour décrire et analyser cette politique (mise dans l'agenda, la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation) (33-35). Dans chacune des phases de la politique nous avons analysé le contexte de la politique, les acteurs impliqués et les processus activés pour engager un apprentissage organisationnel pour accompagner la mise en œuvre du RAMED.

Pour identifier les éléments de l'apprentissage organisationnel nous avons utilisé le modèle de Garvin (18) et une grille qui nous a permis de décrire sous l'angle des caractéristiques des OA où l'apprentissage organisationnel est structuré avec une vision organisationnelle. Il y a donc deux éléments essentiels à combiner dans cette recherche, l'analyse de la politique mais avec une orientation vers des questions liées à l'utilisation de l'apprentissage organisationnel comme conséquence du processus de mise en œuvre du RAMED. Dans cette recherche rétrospective nous avons combiné la revue de la documentation existante sur le RAMED et des interviews semi-structurées auprès des gens qui étaient impliqués dans la politique en question pour décrire le processus d'intégration des caractéristiques d'une OA dans le ministère de la santé. La revue de la documentation a servi d'identifier les processus explicites et les décisions prises et qui versent vers le développement de l'apprentissage.

#### a. Les grandes phases de la politique du RAMED à étudier

Nous sommes concernés dans le cadre de cette recherche par les étapes suivantes de la mise en œuvre de la politique du RAMED :

 La phase d'établissement de l'agenda politique et la genèse de l'idée de la politique (1996-2002): il s'agit de l'étape où le processus de réflexion a pu générer l'idée du RAMED dans le cadre de la vision globale de la CMB.

- La phase de la formulation de la politique : il s'agit de la phase qui a permis d'aboutir à la concrétisation de la loi de la couverture médicale de base au Maroc qui inclut la formulation de la politique RAMED.
- 3. La phase de mise en œuvre de la politique RAMED : il s'agissait
- 4. De commencer par une étape d'expérimentation à la région de Beni Mellal. Dans cette expérience pilote il a été question de tester le processus d'identification local en constituant des commissions locales. Il était aussi question de tester la capacité des structures de santé de la région à fournir les prestations nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires du RAMED.

#### 5. L'évaluation de l'expérience pilote en 2011

- 6. La généralisation de la mise en œuvre en 2012
- 7. La décision de créer un organe gestionnaire du RAMED (fonds indépendant), décision en cours de concrétisation (2017...).
- 8. La phase de maturité et d'évaluation : Il y a plusieurs évaluations qui ont été faites mais ne sont pas structurées, chaque évaluation touche une dimension spécifique, le processus d'évaluation de cette politique n'est donc pas achevé comme il s'agit d'une politique qui n'est pas ponctuelle. En réalité l'évaluation a commencé depuis la phase pilote, mais ce que nous identifions ici par cette phase c'est l'évaluation globale de la politique après la phase de généralisation.

Ainsi le schéma suivant présente le phasage du développement de la politique RAMED et les limites dans le temps de notre recherche :

#### b. Le cadre conceptuel de la recherche

Selon le cadre à étapes heuristiques de la politique RAMED, nous avons analysé le contexte, les acteurs, le contenu et le processus plus particulièrement le comportement des acteurs par rapport au développement de l'apprentissage organisationnel. Il est évident que chaque étape peut s'identifier par des acteurs, un contexte spécifique, un processus, et un contenu spécifique. Par exemple les acteurs qui ont contribué à la formulation de la politique ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui ont contribué à sa mise en œuvre ; certains ont pu suivre une grande partie du processus de la politique. Lors de la phase de la mise à l'agenda

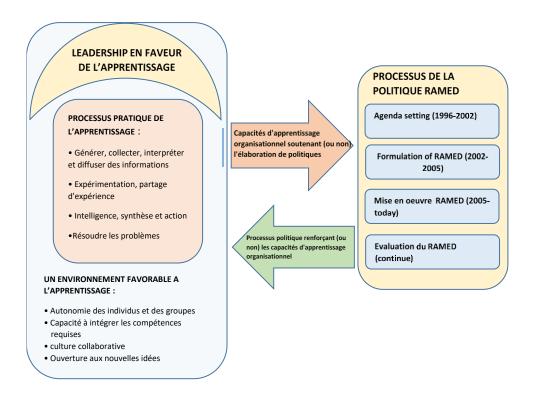
politique tout le souci réside dans l'argumentaire politique et le benchmark avec d'autres pays pour une proposition d'une vision à valider par les politiciens ; cependant, pour la phase de mise en œuvre, il s'agit beaucoup plus des actions pratiques pour opérationnaliser la vision. Le contenu que nous avons analysé c'est l'apprentissage organisationnel qui est lié au contenu de la politique.

Le contexte : social, économique mais surtout ce qui est en relation avec le développement d'un environnement favorable à l'apprentissage organisationnel pour la mise en œuvre du RAMED. Le processus objet d'analyse de cette politique c'est les différentes phases du développement de la politique avec un peu plus d'emphase sur la phase de mise en œuvre comme c'est l'étape où l'apprentissage est réellement mis en pratique via l'action.

Le contenu de la politique est celui en relation avec l'apprentissage organisationnel nécessaire au développement de la politique. Nous nous sommes donc appuyés sur les étapes heuristiques pour questionner la politique RAMED pour questionner le comportement des acteurs, selon le contexte, selon chaque étape du processus de la politique et comment le contenu a été mobilisé dans une dynamique d'apprentissage organisationnel pour appuyer la politique (voir ci-dessus).

Le cadre conceptuel que nous avons utilisé est le suivant (Figure 9) :

Figure 9 cadre d'analyse de l'apprentissage organisationnel dans le contexte de la politique du RAMED



#### c. Revue documentaire

La revue documentaire a porté sur l'ensemble des documents qui étaient développés dans chacune des phases de la politique. Il peut s'agir des rapports de consultation, des rapports et compte rendu de réunion ou des références scientifiques qui étaient la base des décisions. L'exploration de la documentation qui a accompagné la mise en place du RAMED va nous permettre d'identifier la relation du renforcement mutuel entre l'apprentissage organisationnel et la politique du RAMED. Pour avoir accès à ces rapports nous avons pris contact avec des gens qui ont géré le processus dans chacune des phases de la mise en œuvre de la politique. Un retour à la revue documentaire a été fait quand les interviewés mentionnent l'utilisation d'une documentation particulière soit pour argumenter la politique ou pour formuler cette dernière.

Une grille d'exploitation de cette documentation a été développée pour nous permettre de répondre à nos questions de recherche et d'investiguer les relations mutuelles entre le développement de l'apprentissage organisationnel et le développement de la politique du RAMED. En effet, la grille de l'OA que nous avons adoptée a été notre guide pour analyser les documents sur la politique du RAMED. Ensuite notre cadre conceptuel a permis de voir les aspects explicites et documenter sur l'influence du contexte de la politique ainsi que ces acteurs pour aider au développement d'un mode d'OA dans le système. La documentation des expériences et la résolution documentée des problèmes seraient par exemple objet de cette analyse documentaire

#### d. Les interviews semi-structurées

Les interviews viendront explorer en profondeur la relation du renforcement mutuel entre la politique du RAMED et l'apprentissage organisationnel dans le processus de mise en œuvre du RAMED. Nous avons choisi les gens à interviewer selon un ensemble de critères qui peuvent se présenter comme suit :

- Ayant participé à une phase au développement de la politique RAMED et ayant un rôle important dans ce processus;
- Accepter de participer à l'interview et partager ouvertement sur les éléments objets de la recherche;
- Pour l'établissement de l'agenda et la formulation de la politique des personnes du niveau central seront interviewés;
- Pour la mise en œuvre de la politique du RAMED en plus des personnes du niveau central il y aurait également des personnes du niveau local et déconcentré du ministère de la santé;
- D'autres personnes en dehors du ministère de la santé seront interviewées.

#### e. Echantillon

Nous nous sommes fixé un objectif pour les gens à interviewer selon les quatre phases du processus de la politique RAMED :

- 3 personnes du comité interdépartemental qui a réfléchi à la genèse de l'idée du RAMED
- 2. 3 personnes qui ont contribué au processus de développement de la loi 65-00 (un mixte à la fois entre personnes politiques et techniciens)
- 3. 8 personnes qui ont participé à la phase de mise en œuvre de la politique du RAMED
- 4. 2 personnes de l'Observatoire national du développement humain (ONDH) qui a fait plusieurs évaluations de la mise en œuvre de la politique RAMED.
- 2 experts internationaux qui ont accompagné le processus du RAMED (ou de l'apprentissage y relatif)

#### f. Administration des entrevues

Vu que les questions de recherche concernent à la fois le concept de l'OA et la mécanique d'analyse des politiques de santé la tâche d'administration des interviews a été menée par le chercheur lui-même.

#### g. Le prétest des entrevues

Les questions de l'interview ont été testées auprès des membres qui ont participé dans la politique du RAMED. L'objectif du prétest était d'abord de vérifier que les questions étaient claires et de vérifier si des ajustements s'avèraient nécessaires.

Le prétest a permis de valider la version finale des questionnaires de l'interview semistructurée.

#### h. Durée de l'interview

Chaque interview a été faite en 2 heures maximum. Dépendamment de la disponibilité de l'interviewé, nous avons agi avec pragmatisme pour extraire le maximum d'informations en allongeant la durée de l'interview.

#### i. Plan d'analyse des interviews

Une fois que les interviews étaient transcrites, nous avons développé une grille qui a permis d'organiser l'information et répondre à nos questions de recherche. Une concertation avec des gens du domaine des études qualitatives a été la base de conception de ce plan d'analyse. Nous avons donc établi un plan d'analyse des données tout en l'enrichissant avec des avis des experts dans ce domaine pour la dimension méthodes d'analyse, mais l'adaptation et l'organisation des résultats ont été guidées par notre cadre conceptuel et les grilles d'analyse.

#### j. Considérations éthiques

Comme la recherche se base essentiellement sur les avis des gens pour répondre à nos questions de recherche, nous avons commencé l'interaction avec les répondants par l'administration d'un formulaire de consentement éclairé.

Nous avons garanti la confidentialité. Ce processus a permis de protéger les interviewés pour bien s'exprimer ouvertement sur tous les aspects qui sont liés au processus de la politique du RAMED selon leur vécu. Nous avons également soumis notre protocole une fois finalisé au comité d'éthique dans le pays avant de commencer sa mise en œuvre.

# 5.4 ETAPE 4 : Recommandations pour le ministère de la santé pour évoluer vers une OA et réussir l'objectif de la CSU

Les différentes étapes précédentes de la thèse ont permis de collecter des informations sur les actions pratiques et contextuelles pouvant aider le ministère de la santé au Maroc à évoluer vers une OA. Cette étape constitue la finalité qui va donner du sens à tout ce qui a été développé dans cette direction de recherche. En effet, nous avons adopté une démarche spécifique pour concevoir des actions qui seraient les plus concrètes et les plus pratiques pour le ministère de la santé pour intégrer l'apprentissage organisationnel pour la CSU.

Nous avons utilisé plusieurs sources pour recueillir ces actions concrètes, nous les présentons dans les sections qui suivent :

#### 5.4.1 L'exploitation de la revue de littérature de l'étape 1

La revue de littérature que nous avons menée dans la première étape a permis de rassembler un ensemble d'ouvrage et d'articles pertinents pour élaborer des recommandations basées sur le concept d'OA. Particulièrement la revue a permis de produire des analyses sur l'applicabilité du concept d'OA au secteur de la santé. Ces différentes applications ont concerné plusieurs types d'organisations de santé et plusieurs contextes ce qui donne à leur usage une richesse pour le cas du Maroc.

Les cadres pratiques d'OA serviront de cadres génériques à adapter pour le cas du ministère de la santé. La contextualisation de ces cadres en analysant le système de santé marocain va permettre de sélectionner les recommandations qui s'adaptent le plus avec la particularité de la culture organisationnelle du ministère de la santé.

#### 5.4.2 L'exploitation des discussions des ateliers pays de l'étude de l'étape 2

L'étape 2 de cette recherche a consisté en une recherche multi-pays sur l'application du concept d'OA au système de la CSU. Cette étape constitue une importance fondamentale pour les recommandations à faire pour le ministère de la santé pour plusieurs raisons. En effet, l'adoption du concept de l'OA dans un cadre plus large qui est le système responsable de l'action de la CSU renforce les recommandations et leur donne une dimension système combien importante pour la cohérence de l'action de la CSU. Aussi, l'apprentissage entre les différentes organisations et composantes du système CSU doit être pris en considération par le ministère de la santé pour assurer que des mécanismes d'apprentissage avec les autres départements soient pris en considération.

Dans l'étape 2 nous avons également généré des rapports pays, dans lesquels les chercheurs pays analysent de façon détaillée les actions les plus faisables à mettre en œuvre pour l'application du concept de l'OA. Ces rapports pays ont été nourris par les avis des gens qui ont été interviewés et qui disposent d'une maitrise du contexte et des difficultés pour mettre en place des actions innovantes telle que celle de l'OA.

Le ministère de la santé dans tous les pays a participé dans cette étude et a eu la grande part en termes de participants, compte tenu de son rôle central dans l'agenda de la CSU. Par exemple dans le cas du Maroc la grande part des participants qui étaient interviewés dans cette étude est du ministère de la santé.

Les recommandations qui ont été faites lors des ateliers pays après la discussion des résultats de l'étude constituent donc une autre source pour les recommandations que nous formulerons dans cette étape.

#### 5.4.3 L'exploitation de l'étude qualitative sur le RAMED

L'étude qualitative sur le RAMED de l'étape 3 constitue une autre source de recommandations pour le ministère de la santé. L'avantage de cette étape est qu'elle se concentre spécifiquement sur le ministère de la santé en analysant sa culture organisationnelle et ces actions par rapport à l'adoption d'une attitude d'OA.

Nous avons également intégré des questions dans les interviews pour répondre plus clairement sur les recommandations à faire pour le ministère de la santé pour assoir une culture d'OA. Avant de commencer les interviews nous avons expliqué le concept d'OA à nos interviewés ce qui leur permet de comprendre le potentiel d'utilisation de ce dernier pour le ministère de la santé au regard de leur expérience dans le système.

#### **RÉFÉRENCES**

- (1) Snell, R.S.: Learning Organization, International Encyclopedia of Organization Studies. SAGE Publications, (2007). http://www.sageereference.com/organization/Article\_n77.html.
- (2) Ellinger AD, Ellinger AE, Yang B, Howton SW. The relationship between the learning organization concept and firms' financial performance: An empirical assessment. Human resource development quarterly. 2002 Mar;13(1):5-22.
- (3) Brown MM, Brudney JL. Learning organizations in the public sector? A study of police agencies employing information and technology to advance knowledge. Public administration review. 2003 Jan;63(1):30-43.
- (4) Barrados, M. and Mayne, J. Can public sector organisations learn?. OECD Journal on Budgeting, 20033(3), pp.87-103.
- (5) Argyris, C. and D.A. Schön. Organisational Learning II: Theory, Method and Practice, Addison-Wesley, 1996.
- (6) Easterby-Smith, M. "Disciplines of Organisational Learning: Contributions and Critiques", Human Relations, 1997, 50(9): 1085-1113
- (7) Senge PM. The fifth discipline, the art and practice of the learning organization. Performance+ Instruction. 1991 May;30(5):37-.
- (8) Senge PM. The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization. Crown Business; 2014 May 14.
- (9) Senge, P.M., Cambron-McCabe, N., Lucas, T., Smith, B. and Dutton, J. Schools that learn (updated and revised): A fifth discipline fieldbook for educators, parents, and everyone who cares about education. Crown Business, 2012
- (10) Senge P, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B, Guman EC. The dance of change: The challenges to sustaining momentum in learning organizations. Performance Improvement. 1999 May;38(5):55-8.
- (11) Garvin DA. Building a learning organization. July-August: Harvard Business Review; 1993 Jul 1.
- (12) Garvin, D.A., Edmondson, A.C. and Gino, F. Is yours a learning organization? Harvard business review, 2008; 86(3), p.109.
- (13) Garvin DA. Learning in action: A guide to putting the learning organization to work. Harvard Business Review Press; 2003 Mar 25.
- (14) Watkins KE, Marsick VJ. Sculpting the learning organization: Lessons in the art and science of systemic change. Jossey-Bass Inc., 350 Sansome Street, San Francisco, CA 94104-1310; 1993.
- (15) Swieringa J, Wierdsma A, Swieringa J. Becoming a learning organization: Beyond the learning curve. Wokingham: Addison-Wesley; 1992.
- (16) Marsick VJ, Watkins KE. Demonstrating the value of an organization's learning culture: the dimensions of the learning organization questionnaire. Advances in developing human resources. 2003 May;5(2):132-51.
- (17) Arksey, H., O'Malley, L., Baldwin, S. and Harris, J. (2002) Services to Support Carers of People with Mental Health Problems: Literature Review Report, Social Policy Research Unit, University of York, York.
- (18) Garvin, D.A., Edmondson, A.C. and Gino, F. Is yours a learning organization? Harvard business review, 2008 86(3), p.109.

- (19) Friedman C, Rubin J, Brown J, Buntin M, Corn M, Etheredge L, Gunter C, Musen M, Platt R, Stead W, Sullivan K. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning learning health system. J Am Med Inform Assoc. 2014;22(1):43–50. 11. Rubin JC,
- (20) Friedman CP. Weaving together a healthcare improvement tapestry: learning health system brings together health it data stakeholders to share knowledge and improve health. J AHIMA. 2014;85(5):38–43.
- (21) Amy Edmondson, David Garvin, and Francesca Gino. Learning organization survey. https://hbs.qualtrics.com/jfe/form/SV\_b7rYZGRxuMEyHRz
- (22) Kutzin, J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bulletin of the World Health Organization, 2012; 90(11), 867-868.
- (23) Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S., & Wiseman, V. Equity in health care financing in low-and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. PloS one, 2016; 11(4), e0152866.
- (24) Meessen, B., Shroff, Z. C., & Bigdeli, M. From scheme to system (part 1): notes on conceptual and methodological innovations in the multicountry research program on scaling up results-based financing in health systems. Health Systems & Reform, 2017; 3(2), 129-136.
- (25) Shroff, Z. C., Bigdeli, M., & Meessen, B. From scheme to system (part 2): findings from ten countries on the policy evolution of results-based financing in health systems. Health Systems & Reform, 2017; 3(2), 137-147.
- (26) Akhnif, E., et al. "Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system." Health research policy and systems 15.1 (2017): 16.
- (27) Solesbury, W. Evidence based policy: Whence it came and where it's going. 2001.
- (28) Pawson, R. Evidence-based policy: The promise of realist synthesis'. Evaluation, 2002; 8(3), 340-358.
- (29) Stein, C. Knowledge translation of health research: Using evidence for policy in health and well-beingClaudia Stein. European Journal of Public Health, 26(suppl\_1); 2016.
- (30) Ir, P., Bigdeli, M., Meessen, B., & Van Damme, W. Translating knowledge into policy and action to promote health equity: The Health Equity Fund policy process in Cambodia 2000–2008. Health Policy, 2010; 96(3), 200-209.
- (31) Rose, R. C., Kumar, N., & Pak, O. G. The effect of organizational learning on organizational commitment, job satisfaction and work performance. Journal of Applied Business Research, 2009; 25(6),
- (32) Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Med, 2010; 7(1), e1000089
- (33) Collins, Charles, Andrew Green, and David Hunter. "Health sector reform and the interpretation of policy context." Health Policy 47.1 (1999): 69-83.
- (34) Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of the literature 1994–2005. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 21–22 May 2007.
- (35) Gilson, Lucy, and Nika Raphaely. "The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007." Health policy and planning 23.5 (2008): 294-307.

### PARTIE 3: RESULTATS

#### INTRODUCTION

Dans cette partie nous présentons l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de cette recherche. Comme nous avons bien précisé dans la partie méthodologique, chaque étape de la recherche doctorale a constitué un projet de publication scientifique. La dernière étape (étape 4) n'a pas fait l'objet d'une publication mais il s'agit plutôt d'une réflexion globale qui s'appuie sur les trois premières étapes. L'articulation de chaque étape a été expliquée dans la partie méthodologique.

Le chapitre 6 est le premier résultat de cette recherche doctorale qui concerne une revue de littérature sur le concept d'OA. Cette première étape constitue une importance fondamentale pour la recherche et son fondement scientifique et surtout ce qui a permis de raffiner les choix de la direction de recherche avec une originalité de cette dernière. A travers cette étape nous avons pu explorer l'ensemble des définitions et cadres d'analyse du concept d'OA, ce qui a conduit à l'adoption d'un cadre d'analyse pour le cas des pays en voie de développement. La revue de littérature était aussi une occasion de cerner l'ensemble des publications sur le domaine, ce qui a renforcé les choix méthodologiques des prochaines étapes.

Le chapitre 7 est la deuxième étape de notre recherche doctorale. Il s'agit d'un article intitulé « Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries ». Dans cet article nous sommes passés de l'étape d'exploration du concept à une utilisation de ce dernier dans le contexte des pays en voie de développement. Cette étape a une grande importance dans l'enchainement logique de notre direction de recherche. En effet lors de cette étape nous avons confronté le concept et ses détails méthodologiques à un ensemble d'experts du pays en voie de développement et collectivement nous avons coproduit notre cadre d'analyse adapté. Cette adaptation est d'autant intéressante dans sa démarche participative que par la nature du processus de collecte des avis des acteurs dans les systèmes des pays qui ont été impliqué dans l'étude.

Le chapitre 8 traduit une application du cadre d'analyse déjà adaptée et testée lors de la deuxième étape dans le contexte du système de santé marocain. Notamment en ce qui

concerne le comportement de l'organisation du ministère de la santé dans le processus de développement d'une politique CSU (cas du RAMED). Cette étude a pu mettre l'emphase sur des éléments qualitatifs en rapport avec la relation mutuelle entre le processus de la politique et la capacité des organisations de santé à intégrer les attributs d'une organisation apprenante. Cette étude en particulier est un élément fondamental dans la chaine d'étapes de notre recherche comme elle a permis d'analyser et contextualiser le concept dans un cas pratique du Maroc.

L'ensemble des étapes abordées dans les trois chapitres se complètent pour alimenter une vision sur les enseignements que nous pouvons avoir à la fin de cette thèse. Ces enseignements sont aussi une base qui rassemble à la fois des éléments de la littérature sur des cas pratiques, où le concept d'OA a été appliqué, et une confrontation de cela avec l'avis des gens qui opèrent dans les organisations du ministère de la santé. Ce qui donnerait du sens à une utilisation des attributs d'OA dans toute réflexion de réforme des organisations du ministère de la santé pour aller vers une promotion de l'apprentissage, la connaissance et l'efficience dans l'utilisation de cela pour les aligner avec l'objectif de la performance.

# CHAPITRE 6: Revue bibliographique sur le concept de l'organisation apprenante

Scoping literature review on the Learning Organization concept as applied to the health system

(Publié)

Ref: Akhnif E, Macq J, Fakhreddine MI, Meessen B. Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system. Health research policy and systems. 2017 Dec;15(1):16.

REVIEW Open Access

## CrossMark

# Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system

E. Akhnif<sup>1,2,3</sup>, J. Macq<sup>2</sup>, M.O Idrissi Fakhreddine<sup>4</sup> and B. Meessen<sup>3,5</sup>

#### Abstract

There is growing interest in the use of the management concept of a 'learning organisation'. The objective of this review is to explore work undertaken towards the application of this concept to the health sector in general and to reach the goal of universal health coverage in particular. Of interest are the exploration of evaluation frameworks and their application in health.

**Method:** We used a scoping literature review based on the York methodology. We conducted an online search using selected keywords on some of the main databases on health science, selected websites and main reference books on learning organisations. We restricted the focus of our search on sources in the English language only. Inclusive and exclusive criteria were applied to arrive at a final list of articles, from which information was extracted and then selected and inserted in a chart.

**Results:** We identified 263 articles and other documents from our search. From these, 50 articles were selected for a full analysis and 27 articles were used for the summary. The majority of the articles concerned hospital settings (15 articles, 55%). Seven articles (25%) were related to the application of the concept to the health centre setting. Four articles discussed the application of the concept to the health system (14%). Most of the applications involved high-income countries (21 articles, 78%), with only one article being related to a low-income country. We found 13 different frameworks that were applied to different health organisations.

**Conclusions:** The scoping review allowed us to assess applications of the learning organisation concept to the health sector to date. Such applications are still rare, but are increasingly being used. There is no uniform framework thus far, but convergence as for the dimensions that matter is increasing. Many methodological questions remain unanswered. We also identified a gap in terms of the use of this concept in low- and middle-income countries and to the health system as a whole.

Keywords: Learning organisation, Health, Health systems, Universal health coverage

#### Introduction and background

The learning organisation (LO) is a relatively a new concept that owes a lot to The Fifth Discipline, the seminal publication by Senge [1]. The early works of Senge [1] and Garvin [2] gave rise to the first definitions and features of a LO. These authors, and others, also proposed frameworks and tools that made the LO concept operational and less abstract [3–6].

A lot of this early conceptualisation work was inspired by the analysis of the experiences of major private companies, which realised the importance of investing in knowledge and learning to reach higher levels of creativity and innovation. Ensuring that a company has the attributes of a LO is considered in today's fast changing environment as a source of competitive advantage. Therefore, the LO concept is embedded in the minds and visions of managers of leading companies, as well as smaller ones, worldwide.

The research agenda has followed this dynamic with interest, with researchers exploring several directions,

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2017 Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

<sup>\*</sup> Correspondence: akhnif@yahoo.fr

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Ministry of Health, Rabat, Morocco

including analysing the relationship between adopting a LO model and the financial performance of firms [7, 8]. For non-profit organisations, Wetherington et al. [9], in 2013, led a study that confirmed the relationships found in earlier studies between the dimensions of the LOs and financial, knowledge and mission performance. The lenses of the LO concept have also been applied to the public sector; for instance, Rose et al. [10] examined the relationship among the LO variables and other organisational variables by using a sample of public service managers in Malaysia. Organisational learning was found to be positively related to organisational commitment, job satisfaction and work performance [10]. In this review, public as well as private, for- and not-for-profit organisations are included. A systematic review conducted by Rashman et al. [11] examined aspects of organisational learning in public organisations and concluded frameworks for explaining processes of organisational learning at different levels need to be sufficiently dynamic and complex to effectively accommodate public organisations.

Learning from the private and non-health sectors that have applied and succeeded in getting some positive results from reorganising according to LO models should lead us to ask what those companies and a health system might have in common. Much like commercial companies, health systems face challenges related to patient satisfaction, improvement of health at individual and population level, and the scarcity of resources. These too require a creative approach to designing policies that maximise outcomes with the limited available resources. The health system also operates in a dynamic environment, be it epidemiological, demographical, financial or political.

Research is a key learning pathway for the health sector. The use of research is actually embedded in the concept of LO as one important source of knowledge. The types of knowledge essential to improve the performance, and more specifically, the learning capacities of an organisation or a system may however be broader than the ones traditionally generated by scientific work. The type of research that is promoted by the LO concept is linked to action, for example, the research can provide tools like the collective resolution of problems and the documentation of experiences to make stored implicit knowledge explicit. With well-organised knowledge translation mechanisms, research can play an important role to bridge the gap between knowledge produced from the action and the decision-making process.

There are many reasons for health sector actors to pay more attention to the concept of LOs, and we believe that the emerging global movement towards universal health coverage (UHC) only increases the need for better 'learning' health systems. UHC is defined as the capacity to provide all people with access to needed health

services (including prevention, promotion, treatment and rehabilitation) of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship [12]. The United Nations General Assembly resolution adopted on December 12, 2012, urged governments across the world to move towards UHC [13]. There is an emerging body of literature on the paths to UHC. For instance, a recent study looked at 24 countries [14] and highlighted the diversity of paths to UHC, both in terms of strategic choices and results. In fact, for any country, the road to UHC is inextricably linked to the complex process by which policy decisions take place. The quest to make progress towards UHC obliges countries to undertake major transformations to their health systems, especially in the area of healthcare financing. The technical nature of the reforms generates a fair amount of confusion, including the flawed perception that UHC is about introducing some specific arrangements such as social health insurance. In reality, each country has to find and follow its own path to UHC, starting from its current situation [15].

If there is one universal recommendation for UHC, it is that countries should be willing to engage in permanent learning [15]. Innovation, creativity and the capacity to learn from one's own experience, but also from experiences of other countries, become the key resources for development. Progressing towards UHC is mainly about making strategic choices, while simultaneously dealing with the complexity of the health system. This is why integrating systemic learning within health system organisations becomes the only path for countries to develop contextualised strategies inspired by internal and external experiences.

Over the last decade, a growing number of experts and global actors have recommended adaptive strategies to strengthening health systems [16, 17]. Strengthening health systems requires dealing with their complexity and taking into account not only their components but also their complex interrelations, and adopting new ways of thinking to close the knowledge–action gap, where each innovation in health systems constitutes a learning opportunity [18]. Within this context, some interest for the LO model has emerged, but mostly regarding the application of the model to specific healthcare organisations; there is a need to identify and analyse the results of these applications to date.

The main purpose of this paper is to identify and assess the body of literature on the application of the concept of a LO to the health system. We are interested to know more about the frameworks used in assessing the LO in the health system, the methodological approaches used and instances of applying the concept to move towards UHC. To achieve these objectives, we

performed a scoping review in order to gain a clear idea about how previous research has applied the concept of LO, and to which aspects or entities of the health system, using what analytical frameworks. The result of this research will add knowledge to the potential application of the LO concept to the health system by highlighting lessons, challenges and gaps. An additional complementary objective for us is to identify frameworks that can inform our future empirical work on the role of systemic learning capacities for low- and middle-income countries (LMICs) in their path to achieving UHC goals.

Our hypothesis is that the LO might have real analytical and prescriptive power, on the condition that it is adjusted to health system realities and particularly to the process of change on the path to UHC.

Therefore, our review focuses on identifying the applications of a LO to the health sector, and the tools and frameworks used so far for this.

#### Method

We undertook a scoping review of the literature. We followed the classical steps required for a scoping review of the literature [19], namely identifying the research question, identifying relevant studies, study selection, charting the data, and collating, summarising and reporting the results.

#### Identifying the research question

Taking into account the limited resources we had to perform this study, we adopted a pragmatic approach in order to get good results without unnecessarily broadening the scope of the review. Instead of exploring the history of the LO concept, its definitions and applications outside the health sector (work we have done in parallel, but which is not reported in this article), we decided to focus on assessing its use in the health sector. This choice was supported by an initial, quick research that highlighted the existence of literature reviews that have treated the LO and the organisational learning concepts in general [11]. During this preliminary non-systematic search, we found very little on the use of LO in the health sector, while the business sector has benefited from sufficient research in this area. Additionally, many articles examined organisational learning in general and the knowledge management, but very little was specific to LO, which is quite a recent concept, emerging in 1990 [1]. This research aims at assessing and analysing health organisations through the lens of a LO.

Therefore, we defined our main research question as follows: "How is the LO concept applied to the health sector, and more specifically in the context of the UHC agenda?"

The sub-questions related to this research question are presented as follows:

- 1. How is the LO concept applied to the health sector, in particular in assessing the existence of its characteristics or evaluating implemented experiments at different levels of the health system?
- 2. What are the frameworks used to assess the LO concept in the health sector (What dimensions are adopted? For what objective?)?
- 3. What practical approaches and empirical methods are used to assess LO in the health sector (documentation review, action research, surveys, etc.)?
- 4. What are the main findings of each application of a LO?
- 5. Are there any applied studies that have explored the link between the LO and progress towards UHC?

The hypotheses of the research are as follows:

The LO model will contribute to the development of health strategies and policies by promoting organisational learning.

Organisational learning cannot be maximised unless a LO structure is in place to make sure that the learning is promoted and used in the decision-making process.

The LO concept could help LMICs in structuring their own capacity to design, adapt and improve strategies to move towards UHC.

#### **Identifying relevant studies**

Electronic databases and identification of relevant studies First, we restricted our search to some of the main databases in the health field, namely PubMed and the Web of Science (formerly ISI Web of knowledge). We also used the Google Scholar web search engine, by limiting the search to the health field. The focus of the search was mainly on electronic articles. Indeed, we worked on the assumption that most of the articles on LO would be available in an electronic format online, as the history of the LO concept is relatively recent. We also, therefore, did not restrict our search criterion by any date or time. Our study protocol was completed, and the searching process finalised, by October 1, 2015. One co-author (MOIF) had already participated in several scoping reviews in other fields and helped the first author to define the chain of keywords. The following research equations were used for each search engine: "learning organisation" and "health"; "learning organisation" and "health system"; "learning organisation" and "health"; "learning organisation" and "universal health coverage"; "learning organisation and

Akhnif et al. Health Research Policy and Systems (2017) 15:16 Page 4 of 12

"universal health coverage". All literature database searches were restricted to the English language.

#### Website searching

In order to be more comprehensive in our search, we used the criterion to identify some main websites which focus on health and health policy, and some features of the LO concept. As the interest was in UHC and its links with the LO, we chose the WHO website because, in recent years, the WHO has been promoting UHC and health system strengthening. We also included the World Bank website for the same reasons.

Other literature sources outside the health sector

As mentioned earlier, the objective of this review was to inform our future empirical work. To complete the research on frameworks we selected three reference books [3–5] on the subject (for almost all the recent non-health sector research). The selection of those three books was based on the number of citations provided by Google Scholar. We also used other articles that are not covered by the keyword search to enrich the introduction to the subject, but these were not used in the summary.

#### Key informants and experts in the field

The research protocol was presented and discussed in a meeting gathering experts and professors at the Institute of Tropical Medicine. Their comments and suggestions were included in the final version of the research protocol.

#### **Article selection**

The selection of articles was performed in several stages. The first stage of the selection was based on the title, so the inclusion criteria were set to include only sources with clear indication about the LO concept and a mention of the health field. After title screening, we analysed the remaining articles, identified duplicated sources and merged different results into one database using Reference Manager. However, we also verified our hypothesis by randomly checking the rejected articles and found they did not contain models or assessment tools on LO. We then undertook a review of the abstracts to identify the sources with a clear mention and analysis of the LO as a concept and framework to exclude those referring to the subject without deep analysis or application. A final list of detailed reading was thus formulated. Further research using references cited in the selected sources was performed, particularly of the ones that analysed LO models. In the last stage, complete (full length) versions of the selected, relevant articles were read and reviewed. For this final stage, the inclusion and exclusion criteria were as follows: (1) the source has a clear mention of

the LO concept with reference to a definition of a framework, (2) there is a clear assessment approach in the method of a health organisation, (3) the article is directly related to the health sector. The review was not systematically conducted by more than one reviewer, as our criteria are straightforward, although we did discuss including some articles when ambiguity arose. Figure 1 presents the different stages of the selection.

#### Charting the data

Guided by the scoping methodology described above, the charting of data refers to the stage during which information was extracted from the selected sources (review of full articles).

The content of the charting tool includes: (1) the setting (the country where the research was conducted); (2) the level of application of the concept (health centre, hospital, the whole system, etc.); (3) the objective of the research; (4) the adopted definition of the LO; (5) the reference framework used; (6) the methodological approach and tools used for the study; (7) the link with the health system as a whole or with UHC; and (8) the main findings.

#### Results

The results will be presented according to a narrative synthesis with a focus on the application by levels of the health system as well as the main frameworks that were used.

## Collating, summarising and reporting the results

We initially retrieved 263 papers, out of which 50 were selected for their relevance to the research objectives. These 50 articles, 27 articles that directly analyse the application of the LO concept and discuss the applied frameworks were included in our summary. The remaining 23 articles treated the LO without deep analysis or use of frameworks and were therefore excluded; for the majority of these articles, the LO was referred to without using a clear approach to its analysis.

#### The settings

We analysed the settings related to our selected articles. The analysis by the level of income of countries indicated that 21 articles (78%) dealt with research conducted in high-income countries, five with research conducted in middle-income countries (18%), and only one article was related to a case in a low-income country (Nepal) (Table 1).

Year of publication of the selected articles

To analyse the possible growing interest for the subject we analysed the distribution of the included articles over three main periods of publication. We counted 6 articles

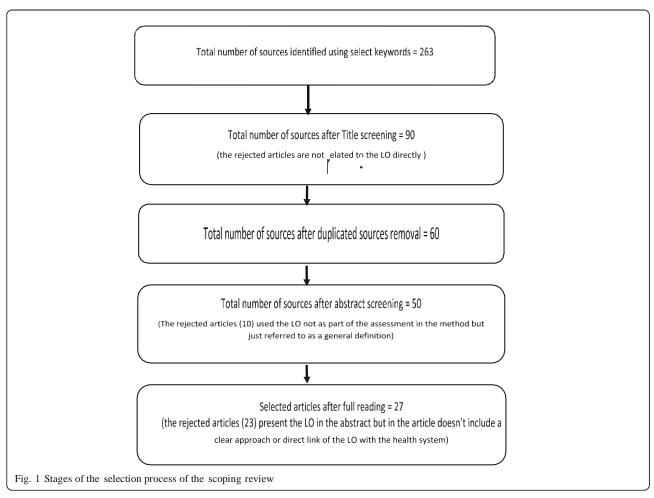


Table 1 Country distribution of studies on learning organisations conducted

Country	Number of articles	%		
United States of America	6	22%		
United Kingdom	8	30%		
Turkey	2	7%		
Iran	2	7%		
Australia	3	11%		
Nepal	1	4%		
Netherlands	1	4%		
Oman	1	4%		
Portugal	1	4%		
South Korea	1	4%		
Taiwan	1	4%		
Total	27	100%		

written in the period between 1998 and 2005, 9 for the period between 2006 and 2010, and 12 written in the period between 2011 and 2015. We acknowledge here that the number of articles is limited, but these results indicate that the LO concept is gaining interest among health sector analysts. The future will tell whether this was just a flash in the pan or a reflection of the early stage of a strong development.

#### Application of the LO by level of the health system

The LO concept can be applied to different organisational units. Our scoping review showed that the majority of articles were conducted in the hospital setting (15 articles, 55%), the second context to which the LO concept was applied was that of health centres (7 articles, 25%), and four articles discussed the application of the concept for the whole system (14%). The rest of the articles discussed the education process in medical schools or in health organisations in general.

We have paid a closer look to those applications of the LO concept in the health sector which use various frameworks and serve different objectives. The summary of our research is organised according to the use of the concept by level of the health system, and we try to capture the main frameworks that were used.

#### The health centres, primary healthcare level

In their article, Somunoglu et al. [20] analysed the perceptions of a LO application by workers at an oral and dental health centre in a city in Turkey [15]. They used a model based on the four blocks [21] of (1) the 'knowing organisation', (2) the 'understanding organisation', (3) the 'thinking organisation', and (4) the 'learning organisation'. They used a questionnaire with a scale from one to five and the researchers interviewed 193 health workers active at health centre level. They concluded that there was a weak understanding of the LO concept among staff of the oral and dental care centre and stated that, while their institutions used some of the applications of a LO, the process of becoming a LO was not fully completed.

In their study, Kelly et al. [22] assessed the 'collective learning capacity for change' by measuring the learning characteristics of a first-line services practice team in Scotland. Their approach was inspired by Senge's definition [1], as well as by other authors [23, 24]. A questionnaire was developed to collect 62 concepts related to the LO with a scale from one to ten and was administered to 85 staff members from five practices. The feedback collected through the questionnaire was considered interesting. All the five practices had median scores weighted towards the positive end of the scale for LO characteristics.

In their article, Schilling et al. [25] evaluated the implementation of a six-block model of the LO in 36 health centres of Kaiser Permanente in the United States of America. The study analysed the experience of implementing LO characteristics as an action research that used different data, including performance data, to evaluate the implementation of the LO. The six blocks were (1) real-time sharing of meaningful performance data, (2) formal training in problem solving methodology, (3) workforce engagement and informal knowledge sharing, (4) leadership structures beliefs and behaviours, (5) internal and external benchmarking, and (6) technical knowledge sharing. They concluded that the LO has the capability to develop structures and processes that facilitate the acquisition and sharing of knowledge. The study concluded that the six blocks have enabled Kaiser Permanente to become a LO.

Birleson et al. [26] evaluated an experience of applying the LO concept in a child and adolescent mental health service in Australia. The approach taken was action research, and consisted of reviewing the original organisational aims, analysing the performance of the service, examining the quality of clinical care recorded in external reports, and analysing structured interviews with directors of all metropolitan hospitals about the performance of their organisations and the achievement of the aims of the LO set in 1996. Their model is based on the early work of Birleson [27]. They looked at the dimensions of (1) leadership, (2) organisational design, (3) work design, (4) perception, (5) information processing, (6) communication, and (7) motivational systems. The authors reported that the implementation of LO enabled enhanced service delivery and improved quality of mental health services, based on the analysis of different indicators.

Cantle et al. [28] tried to identify the characteristics of a 'learning organisation' in a fundholding General Practice in the United Kingdom. They took an ethnographic approach written up as a case study using the dimensions of (1) policy, (2) operations, (3) action, and (4) ideas, drawn from the work of Pedler [23]. They concluded that the case study analysed contains the characteristics of a LO. Another review conducted by O'Connor and Kotze [29] analysed two frameworks and programs being conducted in New South Wales to conclude that the LO concept provides a useful conceptual framework and tools for individuals and organisations to apply in developing knowledge and affecting change. They analysed two models, namely model 1 (achieve your intended purpose, maximise winning and minimise losing, suppress negative feelings, behave according to what you consider rational, advocate your position, evaluate your own thoughts and actions and those of others, attribute causes for whatever you are trying to understand) and model 2 (valid information, informed choice, vigilant monitoring of the implementation of choice in order to detect and correct error, premises are made explicit, inferences from premises are made explicit, conclusions are crafted in a manner that can be tested by logic that is independent of the actor). Bunniss et al. [30] conducted action research on LO in a general practice in the United Kingdom using Senge's LO framework [1] to conclude that it is possible to support healthcare staff in learning together.

#### Hospital level

Leufven et al. [31] assessed the use of the dimensions of the LO questionnaire (DLOQ), initially developed by Watkins and Marsick [32], in one hospital in Nepal. The questionnaire was administered to 230 employees at all levels of the hospital, using a 6-point Likert scale (1 – almost never, 6 – almost always). They used a framework with the following blocks: (1) the individual level, which is composed of two dimensions of organisational learning, namely continuous learning, dialogue and inquiry; (2) the team or group level, which is reflected by team learning and collaboration; (3) the organisational level, which has

two dimensions of organisational learning, namely embedded systems and empowerment; and (4) the global level, which consists of two dimensions of organisational learning, namely systems connection and strategic leadership. The authors concluded that the DLOQ could be used and applied in hospital settings in low-income countries.

Mohebbifar et al. [33] aimed to specify the LO profile in educational hospitals in Iran, based on the LO blocks of Marquardt [4], which are (1) people, (2) learning, (3) organisation, (4) knowledge, and (5) technology. They administered a questionnaire of 50 items to 530 staff in those hospitals; the hospitals of two universities were found to be far removed from the characteristics of LO.

The relationship of the characteristics of the LO to registered nurses' beliefs regarding evidence-based practice in six acute care hospitals in the United States was analysed by Estrada et al. [34]. They used the DLOQ of Watkins and Marsick [30], with the six scales, and the following framework: (1) create continuous learning opportunities, (2) promote inquiry and dialogue, (3) encourage collaboration and team learning, (4) establish systems to capture and share learning, (5) empower people toward a collective vision, (6) connect the organisation to its environment, and (7) use leaders who model and support learning at the individual, team and organisational levels [35]. They administered the questionnaire to 594 respondents and the results showed that the nurses rated their organisations in the mid-range on the dimensions of LO and their perceptions of the LO were found to be significant regarding the importance of the LO dimensions as presented above.

Dias and Escoval [36] tried to provide an analytical understanding of hospitals as 'learning organisations' and the link between innovation and performance in Portugal. They used a survey with 80 questions that analysed organisational attributes, which are implicitly considered as an organisation's ability to learn. They collected responses from 95 administrators from hospital boards. The study concluded that hospitals classified as 'advanced learning organisations' are five times more likely to be innovative as compared to those classified as 'basic learning organisations'. Oudejans et al. [37] discussed the internal consistency and factor structure of a questionnaire measuring learning capacity based on Senge's five disciplines theory of LO in the context of substance-abuse treatment centres Netherlands. They used a questionnaire of 44 items according to the five disciplines of Senge's theory and five scales and they interviewed 293 employees from the outpatient department. The authors concluded that the proposed five-factor structure was confirmed in the LO questionnaire, with a six-level scale, which makes it useful to assess learning capacity in teams.

A study on tertiary medical hospitals in South Korea was conducted by Jeong et al. [38] to examine the effect of individual nurses' use of the principles of LO on organisational effectiveness based on Senge's model. They used four questionnaires: the LO scale, the Organisational Commitment Questionnaire (to assess nurses' characteristics based on job and demography), the General Satisfaction scale (employees' satisfaction based on six principal items) and the LO scale (23 items in five factors). The sample comprised of 629 nurses who had worked for more than 1 year as full-time employees in the general units of tertiary medical hospitals. The authors concluded that individual nurses' use of the principles of LO was a good method for enhancing organisational effectiveness in a healthcare setting.

Ugurluoglu et al. [39] conducted a study on hospitals in Turkey to analyse the relation between LO dimensions and innovation in healthcare, inspired by Watkins [40], Garvin [41] and Senge [1]. They interviewed 243 hospital managers working at 250 Ministry of Health (public) hospitals and used the DLOO with a six-point scale ranging from 'almost never' to 'almost always'. The blocks of this model were (1) continuous learning and continuous learning opportunities; (2) inquiry dialogue, a culture of questions, feedback and experimentation; (3) team learning, collaboration and collaborative skills, which support effective use of teams; (4) empowerment, namely the process to create and share a collective vision and have feedback from members regarding the difference between present and shared vision; (5) embedded system of collective efforts to establish and capture shared learning; (6) system connection; and (7) providing leadership to promote learning. Through the analysis of the scores, they concluded that LO practices appear to be important for healthcare organisations because they have the potential for contributing to innovation, organisational commitment and effectiveness.

Vassalou [42] tried to understand the role of the learning principles of the LO and identify the barriers to their application in United Kingdom and Greek hospitals through a comparative qualitative research. The study was based on a literature review approach and 22 semistructured interviews (one hour on average) with members of the Board, general managers, and staff of the United Kingdom and the Greek health organisations for the analysis. His framework covered the principles of (1) mission and vision, (2) leadership, (3) transfer of knowledge, (4) teamwork and cooperation and (5) an experimenting culture, and had two foundations, namely organisational design and employee skills and competencies. The study concluded that healthcare organisations in both countries encounter certain common barriers to the building of a LO.

Rowley [43] used the following framework in an acute care public hospital in Victoria, Australia, as a case study of a descriptive research to document the improvement of the commitment and satisfaction of its staff with the hospital's leadership and approach, using the principles of the LO. The research was based on the results of repeated surveys performed in 1999, 2002 and 2004. The blocks of the framework were (1) provide continuous learning opportunities, (2) use learning to reach their goals, (3) link individual performance with organisational performance, (4) foster inquiry and dialogue, (5) make it safer for people to share openly and take risks, (6) embrace creative tension as a source of energy and renewal, and (7) be continuously aware of and interact with their environment. The results of the survey showed a positive move from an organisational blame culture to a culture

Other studies also analysed the application of the LO concept to hospitals and stressed the role of the LO for hospitals [44, 45].

#### The health system as a whole

Sheaff and Pilgrim [46] conducted a study to analyse whether or not characteristics of the LO existed in the NHS, and the organisations constituting the NHS from 1998 to 2006. They conducted a literature review by snowballing references from the founding LO books and published papers. The method was an evaluation based on criteria to analyse to what extent NHS organisations have become like the LO model. They concluded that a LO approach could potentially thrive in a well-funded, unified and politically stable state bureaucracy, as well as a fully autonomous business in a competitive market, or in a single autonomous organisation operating within a competitive but publicly funded health system (a 'quasimarket'). The other important result coming out of this research was that the NHS as a whole health system cannot act as a global LO, but the organisations that constitute it could be LOs. Friedman and Rigby [47] conducted a descriptive research in the United States about the need to move towards a global learning system based on a review. They emphasised the need for a health system to adopt the characteristics of LO by learning from organisational models that have already proven successful. They argued that learning systems could be created and stressed the importance of an information system to move towards a LO.

Wilkinson et al. [48] compared and contrasted clinical governance, on the one hand, with organisational learning inspired by Senge's model on the other. The concept of clinical governance was first introduced in the Government's White Paper for the New NHS (1997) [49]. They found that there is much common ground between the two as well as significant areas of divergence, which

require consideration of the notion of a LO. A LO is one which is presented as a desirable notion, with a less well-defined aim and little formal implementation strategy; the LO comes from within the organisation itself with a bottom-up strategy. The introduction of clinical governance was a political act and thus may become associated with scrutiny and judgement from the Government as Trusts endeavour to achieve targets with a top down strategy.

Another study conducted by Timpson et al. [50] in the United Kingdom reviewed the challenges of the NHS's organisations to embrace tenets of a LO. They used a review on the utility of the concept of LO and concluded that the focus should be on systems that are deliberately designed to facilitate shared learning.

#### Other applications

Other studies have tackled the LO as applied to universities and medical education.

In their study, Rezaee et al. [51] compared two universities of medical sciences in Iran according to the LO concept. They used a LO questionnaire administered to 499 university staff (208 from Shiraz University and 291 from Shiraz University of Medical Sciences). They used the following framework: (1) personnel capability (commitment to constant learning and constant support), (2) common goals (an image of the expected future and practical ways of reaching it), (3) mental images (an image that reflects individual self-images, helping one to take action and form appropriate attitudes decisions), (4) group learning (teams gather their active energy, capabilities, and insights amounting to more than the sum of their individual skills), and (5) systemic thought (an approach to thinking in which the system takes priority over the individual). They concluded that, because of the mission of universities of medical sciences and educational and research affairs as well as the health and treatment responsibilities, these universities are considered LOs. The application of the LO concept to health education was also discussed by Al-Abri and Al-Hashmi [52] in Saltanat Ouman using the Senge Framework. They concluded that LOs encourage their members to improve their personal skills and qualities. Crites et al. [53] conducted a literature review about LO frameworks. They found seven frameworks (two organisational learning frameworks, the decision-execution cycle framework, the organisational knowledge creation framework, the organisational culture framework, the complex adaptive systems framework, and the diffusion and dissemination of innovation frameworks) and proposed one model that integrated them in the following dimensions: (1) inquiring (acquiring, informing, transforming), (2) deciding (deliberating, decision-taking, evaluating), (3) relating (sharing, cooperating advocating), and (4)

interpreting (judging, knowing, formulating). On the other side, Singer et al. [54] developed a short-form questionnaire for the application of LO in health organisations. The questionnaire is a simplified version of the Harvard questionnaire (55 items) based on the model of Garvin [6] and uses data from Veterans Health Administration personnel in the United States (11.336 interviewees via internet). The dimensions that have been used are (1) leadership that reinforce learning, (2) learning processes and practices (experimentation, information collection, analysis, education and training, information transfer), (3) supportive learning environment (psychological safety, appreciation of differences, openness to new ideas, time for reflection). They concluded that it is possible to reliably measure key features of the LO using a 27-item survey adapted from the 55-item Harvard survey.

#### Nature of the research

We were also interested in identifying the nature of the research conducted in this field. We defined seven non-exclusive categories for the nature of the research, namely (1) surveys based on scoring systems; (2) review of documents and literature (literature review, reports review, etc.); (3) mixed approaches (literature review or report review completed with interviews); (4) action research; (5) comparative study (where experiences of different settings are analysed according to the LO concept); (6) conceptual and descriptive (discussing a framework and concept definition or describing the LO in an organisation); and (7) diagnostic and assessment (with an objective to determine the level of implementation of LO characteristics. The distribution according to these categories is presented in Table 2.

The above results show that 56% of articles used scoring systems and surveys or mixed approaches to apply the LO concept to the health system. It is also important to mention that only one article used the LO to compare

two countries. Thirteen articles used diagnostic and assessment approaches.

#### Framework of analysis

Our literature review demonstrated that the bulk of the LO models used are rooted in the original models of Senge [1] and Garvin [6] (Table 3). We have analysed the main dimensions of the 13 identified frameworks, through the lenses of these two frameworks and according to their dimensions.

By analysing the different dimensions of each of the above frameworks, we found that the majority of the dimensions stress the importance of a learning environment and that learning processes should be embedded in the organisation. Team work and personal mastery were also common dimensions across all these frameworks. Most of the dimensions highlight the importance of the individual level and how personal mastery and individual empowerment can lead to a LO. The leadership role was also a common dimension for these frameworks. This review seems to indicate that there is some convergence towards Garvin's framework [6].

#### Discussion

We have covered a large number of articles and other sources that applied the LO concept to the health context. Most sources highlight the importance and the advantages of applying the LO as a new culture to improve organisational learning for health services. The different applications we reviewed either used a diagnostic tool for LO using qualitative methods, described conceptually the LO, or analysed the impact within an action research approach. Our study also shows that, so far, most of the research on the application of the LO concept in the health context has been undertaken in high-income countries, and mainly in Anglophone countries (Australia, United Kingdom and United States). The application of the LO in the hospital sector has

Table 2 Division of sources by nature of the research

References	Scoring system survey and qualitative interviews	Review of documents and literature review	Mixed approaches	Action research	Comparative study	Conceptual and descriptive	Diagnostic and assessment of the learning organisation
[20, 22, 30, 31, 33, 34, 36–39, 45, 51, 54]	13 (48%)						
[25, 26, 29, 42–44, 46, 47, 50, 52, 53]		12(44%)					
[27, 28]			2 (8%)				
[25–27, 30]				4 (15%)			
[42]					1 (4%)		
[28, 29, 44, 45, 47, 48, 50, 52, 53]						9 (33%)	
[20, 22, 32–34, 36–39, 43, 46, 51]							13 (48%)

Table 3 Analysis of the learning organisation frameworks according to the Senge [1] and Garvin [41] frameworks

		References in which each framework was used											
	Learning organisation dimensions	[20]	[31]	[51]	[25]	[26]	[37]	[33]	[53]	[43]	[42]	[28]	[54]
(Senge, 1990)	Personal mastery		X	X			X	X		X	X	X	
	Mental models	X		X		X	X						
	Shared vision			X	X		X		X		X		
	Team learning		x	x	x		x	X	x	X	x		
	Systems thinking	x		x			x						
(Garvin, 2008)	Leadership that reinforces learning		x		x	x		X			x		X
	Learning processes and practices	x	X		X			X	X	X	X	X	X
	Supportive learning environment	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X

received quite some attention in the reviewed sources. Indeed, characteristics of a LO were found in most well performing hospitals and services. The assessment of the LO in primary health services demonstrated its potential positive impacts to improve quality improvement and performance by improving the organisational learning. The results show that the first line health services, or health centres, have also explored the use of the LO concept and particular interest was expressed in its practical side. Indeed, health centres are the first point of contact for the population within a health system, and therefore satisfaction and the understanding of the changing environment, be it epidemiological or demographical, require learning capacities to better respond to the needs of the population. The above studies showed the existence of LO characteristics through the various approaches at the level of the health system. We also found some links between the LO and the health system when treated as one unit. There is a divergence between the conclusions of several works. On the one hand, one research article concluded that health systems could become learning ones [47] (through a better use of operational data with a partnership among patients, the population and the healthcare services), while another article stated that a health system could not act like an LO, but its component organisations could be LOs, as they are autonomous [46]. Two articles seem insufficient, however, to draw conclusions on whether or not health systems could be learning systems by behaving as one single organisation.

All the frameworks include dimensions related to knowledge and how it is used within the organisation. Research then becomes a tool to document and store knowledge, although not explicitly, in that it could support methodological approaches for collective problem resolution and storing knowledge [4]. Research can also help organisations to learn from the environment, an essential component in almost all the reviewed models.

This review also looked at the assessment process of health organisations using LO diagnostic tools. We have

shown that researchers use different frameworks when they apply LO lens in the health sector. Most authors refer to the seminal work by Senge [1, 3] and Garvin [5, 6], but on each occasion, researchers felt the need to adapt the framework to their specific contexts and objectives. In our review, we identified different uses of the LO concept. Some researchers use it to describe existing practices within an action research approach. Others use it to analyse a situation and establish causalities between respecting LO principles and a given performance - we refer to this approach as 'LO as an analytical framework'. Eventually, we saw some experiences where the LO concept has been used to guide action and change practices within a health service organisation - we can refer to this approach as 'LO as a prescriptive framework'.

We have also noted that the health research community has so far adopted three main tracks in their empirical investigation — many researchers conduct surveys with individual interviews based on a scoring system (e.g. Likert scale); some use a more ethnographic approach (in-depth interviews); and finally, some researchers, especially when their study target is very large (e.g. the NHS of United Kingdom), mainly review existing documents and publications.

One of the purposes of this review was to inform future attempts to apply the LO lens to health systems in LMICs, particularly with regards to their efforts to make progress towards UHC. Our scoping review confirms that (1) few authors have so far applied the LO lens to a health system as a whole; (2) none of these few 'health system' applications were related to LMICs (overall, we found only one LO study in a low-income country in a hospital setting); and (3) no one has so far established an explicit link between LO as a concept and UHC policies and the health system.

These observations should not be misinterpreted: they do not mean that the endeavour to link LO and UHC and other health system strengthening efforts is wrong, instead they indicate that this is an area of study which

is yet to be developed. We have noticed the versatility of the LO concept: it can be applied to different levels of the health system, it offers some descriptive, analytical and prescriptive power. Our review has shown that researchers have used different approaches, as far as research methods are concerned, and yet, some common practices also emerged (such as individual polls with scoring systems). What is very clear from our review is that the authors share a common view that the LO concept can be a powerful mode of organisational reform to promote learning within the health sector. This is, for the moment perhaps, more of a hunch than something backed by rigorous evidence, but there is good reason to further explore the power of this concept for health organisations to better achieve their goals.

#### Conclusion

Most of the applications of the LO concept in the health sector thus far are related to operational levels and to health facilities in particular. Very little attention has been paid to its application to the health system as a whole, or to health organisations with responsibility for developing policies and strategies (e.g. the central administration of a Ministry of Health). Health systems must be able to adapt and respond to their changing environments. This scoping review showed how the LO concept has been applied to the health sector and has summarised the most important frameworks used for this purpose. It has also documented the different tools used to assess whether or not an organisation is a learning one. We think that this article will help health organisations make choices as to the dimensions they should consider in trying to move towards a LO and integrating knowledge, action and organisational aspects. We intend to use these findings to explore a more holistic model applying LO concurrently at multiple levels within one system. This review reveals a gap in terms of research in this area and a need for more application of the LO con-cept to the health system as a whole and to the organisa- tions at national level in charge of steering it. Our own hypothesis is that LMICs will not make the progress they want towards UHC without strong autonomous learning capacities. Developing one's learning capacity may actually be one of the few recommendations valid for all countries as far as UHC is concerned. In this

sense, the current momentum for UHC offers a wonderful opportunity to test the power of the LO for enhancing performance of health systems. If researchers support this process, this is a research program which demonstrates

potential for further development.

We also encourage further research to explore how to make the LO model more practical and feasible in health

systems. Indeed, research needs to be linked to actions

being undertaken in health organisations and should bring solutions and serve as a means to store knowledge.

#### Endnote<sup>1</sup>

The management literature has its own codes. For instance, Marquardt [4], a leading scholar in this field, provides in his book many examples of private firms where the application of the LO concept was found successful and with an important added value for the performance. Obviously, in the business world, the key test for validating an idea is the extent to which it led to profit – in this respect, a testimony from a senior CEO may be enough. The approach to evidence in the health sector is different and more systematic.

#### Abbreviations

DLOQ: dimensions of the learning organisation questionnaire; LMICs: low- and middle-income countries; LO: learning organisation; UHC: universal health coverage

#### Acknowledgements

We thank Allison Kelley for her help in revising the final version of this article.

#### Funding

The funding of this research was done through a PhD scholarship from the Institute of Tropical Medicine of Antwerp, it includes the travel fees from Morocco to Antwerp and the access to some articles.

#### Authors' contributions

EA contributed to the design, the full reading of articles, the analysis and the writing of the article. BM is the director of the research and contributed to the design, the analysis, and the writing and final editing of the article. JM contributed to the design, the analysis and the discussion of final results. MOIF contributed to the design of the scoping approach and the final editing of the article. All authors read and approved the final manuscript.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Ethics approval and consent to participate

Not applicable.

#### Author details

<sup>1</sup>Ministry of Health, Rabat, Morocco. <sup>2</sup>Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium. <sup>3</sup>Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. <sup>4</sup>Ecole National de Santé Publique, Ecole Nationale de Santé Publique, Rabat, Morocco. <sup>5</sup>Community of Practice "Performance Based Financing", Antwerp, Belgium.

Received: 23 March 2016 Accepted: 3 February 2017 Published online: 01 March 2017

#### References

- 1. Senge PM. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning
- 2. Garvin DA. Building a learning organisation. Org Dev Trng. 1985;6E(lae):274.
- . Senge PM. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organisation. Secondth ed. New York: Broadway Business; 2006.
- Marquardt MJ. Building the Learning Organisation. New York: McGraw-Hill Companies: 1996.
- Garvin DA. Learning in Action: A Guide to Putting the Learning Organisation to Work. Cambridge: Harvard Business Press; 2000.
- Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organisation? Harv Bus Rev. 2008;86(3):109.

- Akhnif et al. Health Research Policy and Systems (2017) 15:16
- Ellinger AD, Ellinger AE, Yang B, Howton SW. The relationship between the learning organisation concept and firms' financial performance: An empirical assessment. Hum Resour Dev Q. 2002;13(1):5–22.
- Hussein N, Mohamad A, Noordin F, Ishak NA. Learning organisation and its effect on organisational performance and organisational innovativeness: A proposed framework for Malaysian Public Institutions of Higher Education. Procedia Soc Behav Sci. 2014;130:299–304.
- Wetherington JM, Daniels MK. The relationship between learning organisation dimensions and performance in the nonprofit sector. J Nonprofit Manag. 2013;16(1):90– 107.
- Rose RC, Kumar N, Pak OG. The effect of organisational learning on organisational commitment, job satisfaction and work performance. J Appl Bus Res. 2009;25(6):Rose.
- Rashman L, Withers E, Hartley J. Organisational learning and knowledge in public service organisations: A systematic review of the literature. Int J Manag Rev. 2009;11(4):463–94.
- 12. Etienne C, Asamoa-Baah A, Evans DB. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
- United Nations General Assembly Sixty-Seventh Session Global Health and Foreign Policy. Adopted 12 December 2012. https://ncdalliance.org/sites/ default/files/resource\_files/Global%20Health%20and%20Foreign %20Policy%20resolution%202012 67th%20GA. 16 Feb 2017.
- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage from the bottom up. World Bank. 2015. https://openknowledge.worldbank.org/ bitstream/handle/10986/22011/9781464806100.pdf?sequence=4&isAllowed=y, 16 Feb 2017.
- Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867–8.
- World Health Organization. Everybody's business-strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
- Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Med. 2010;7(1):e1000089.
- Pappaioanou M, Malison M, Wilkins K, Otto B, Goodman RA, Churchill RE, et al. Strengthening capacity in developing countries for evidence-based public health: the data for decision-making project. Soc Sci Med. 2003; 57(10):1925–37.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19–32.
- Somunoğlu S, Erdem E, Erdem Ü. A study on determining the perception of learning organisation applications by health sector workers. J Med Syst. 2012;36(6):3925–31.
- Pelit E, Keleş Y, Çakır M. The perceptions of the employees in hotel business concerning learning organisations: a study on the domestic and international chain hotel businesses. J Organ Admin Sci. 2010;2(2):59–68.
- Kelly DR, Lough M, Rushmer R, Wilkinson JE, Greig G, Davies HT. Delivering feedback on learning organisation characteristics using a learning practice inventory. J Eval Clin Pract. 2007;13(5):734–40.
- Pedler M, Burgoyne JG, Boydell T. The learning company: a strategy for sustainable development. New York: McGraw-Hill; 1996.
- Argyris C, Schön DA. Organisational learning: a theory of action perspective. Reading: Addison-Wesley; 1978.
- Schilling L, Dearing JW, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, Part 4: Creating a learning organisation. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2011;37(12):532.
- Birleson P, Brann P. Reviewing the learning organisation model in a child and adolescent mental health service. Aust Health Rev. 2006;30(2):181–94.
- Birleson P. Learning organisations: a suitable model for improving mental health services? Aust N Z J Psychiatry. 1998;32(2):214–22.
- Cantle F. What is a 'learning organisation' in general practice? A case study. Health Serv Manage Res. 2000;13(3):152-5.
- O'Connor N, Kotze B. 'Learning Organisations': a clinician's primer. Australas Psychiatry. 2008;16(3):173–8.
- Bunniss S, Gray F, Kelly D. Collective learning, change and improvement in health care: trialling a facilitated learning initiative with general practice teams. J Eval Clin Pract. 2012;18(3):630–6.
- 31. Leufvén M, Vitrakoti R, Bergström A, Kc A, Målqvist M. Dimensions of Learning Organisations Questionnaire (DLOQ) in a low-resource health care setting in Nepal. Health Res Policy Syst. 2015;13:6.

- Marsick VJ, Watkins KE. Demonstrating the value of an organisation's learning culture: the dimensions of the learning organisation questionnaire. Adv Dev Hum Resour. 2003;5(2):132–51.
- Mohebbifar R, Hashemi HJ, Rajaee R, Najafi M, Etedal MG. Learning organisation profile of educational hospitals in Iran: practice of organisational interlocking systems. Glob J Health Sci. 2015;7(5):51.
- Estrada N. Exploring perceptions of a learning organisation by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. Worldviews Evid Based Nurs. 2009;6(4):200–9.
- Watkins KE, Marsick VJ. Sculpting the learning organisation: lessons in the
- art and science of systemic change. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1993.
- Dias C, Escoval A. Hospitals as learning organisations: fostering innovation through interactive learning. Qual Manag Health Care. 2015;24(1):52–9.
- Oudejans SCC, Schippers GM, Schramade MH, Koeter MWJ, Van den Brink
- W. Measuring the learning capacity of organisations: development and factor analysis of the Questionnaire for Learning Organisations. BMJ Qual Saf. 2011;20(4):307–13.
- Jeong SH, Lee T, Kim IS, Lee MH, Kim MJ. The effect of nurses' use of the principles of learning organisation on organisational effectiveness. J Adv Nurs. 2007;58(1):53–62.
- Ugurluoglu O, Ugurluoglu Aldogan E, Dilmac E. The impact of managers' perceptions of learning organisations on innovation in healthcare: sample of Turkey. Int J Health Plann Manage. 2013;28(2):158–68.
- Watkins KE, Marsick VJ. Dimensions of the Learning Organisation Questionnaire. Warwick: Partners for the Learning Organisation; 1997.
- 41. Garvin DA. Building a learning organisation. Harv Bus Rev. 1993;71(4):78–91.
- Vassalou L. The learning organisation in health-care services: theory and practice. J Eur Ind Train. 2001;25(7):354–65.
- Rowley SD. The journey of a teaching hospital to become a learning organisation. Aust Health Rev. 2006;30(2):232–40.
- 44. Cathon DE. The learning organisation: adapted from the fifth discipline by Peter Senge. Hosp Mater Manage Q. 2000;21(3):4–10.
- Tsai Y. Learning organisations, internal marketing, and organisational commitment in hospitals. BMC Health Serv Res. 2014;14:152.
- Sheaff R, Pilgrim D. Can learning organisations survive in the newer NHS.Implement Sci. 2006;1:27.
- Friedman C, Rigby M. Conceptualizing and creating a global learning health system. Int J Med Inform. 2013;82(4):63–71.
- Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HT. Clinical governance and the learning organisation. J Nurs Manag. 2004;12(2):105–13.
- Department of Health (1997) The New NHS Modern and Dependable. The Stationery Office,
   London.https://www.gov.uk/government/uploads/system/ uploads/attachment data/file/266003/newnhs.pdf, 16 Feb 2017.
- Timpson J. The NHS, as a learning organisation: aspirations beyond the rainbow? J Nurs Manag. 1998;6(5):261–72.
- Rezaee R, Yazdani Z, Shokrpour N. Comparison of learning organisation indicators in 2 universities in Shiraz as viewed by the personnel. Health Care Manag. 2014;33(4):342–8.
- Al-Abri RK, Al-Hashmi IS. The learning organisation and health care education. Sultan Qaboos Univ Med J. 2007;7(3):207.
- Crites GE, McNamara MC, Akl EA, Richardson WS, Umscheid CA, Nishikawa J. Evidence in the learning organisation. Health Res Policy Syst. 2009;7:4.
- Singer SJ, Moore SC, Meterko M, Williams S. Development of a short-form learning organisation survey: the LOS-27. Med Care Res Rev. 2012;69(4):432–59. doi:10.1177/1077558712448135.

## Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- · We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- · Thorough peer review
- · Inclusion in PubMed and all major indexing services
- · Maximum visibility for your research





# CHAPITRE 7. Adaptation d'un cadre d'analyse au contexte des pays en voie de développement pour le système CSU

Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries

## (Publié)

Akhnif<sup>1,2,3\*</sup>, J. A. Kiendrebeogo<sup>4</sup>, A. Idrissi Azouzzi<sup>1</sup>, Z. Adam<sup>5</sup>, C. P. Makoutode<sup>6</sup>, S. Mayaka Manitu<sup>7</sup>, Z. Njoumemi<sup>8,9</sup>, A. Gamble Kelley<sup>10</sup> and B. Meessen<sup>3,11</sup>

RESEARCH Open Access



# Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries

E. Akhnif<sup>1,2,3</sup>, J. A. Kiendrebeogo<sup>4</sup>, A. Idrissi Azouzzi<sup>1</sup>, Z. Adam<sup>5</sup>, C. P. Makoutode<sup>6</sup>, S. Mayaka Manitu<sup>7</sup>, Z. Njoumemi<sup>8,9</sup>, A. Gamble Kelley<sup>10</sup> and B. Meessen<sup>3,11</sup>

#### **Abstract**

Background: If there is one universal recommendation to countries wanting to make progress towards Universal Health Coverage (UHC), it is to develop the learning capacities that will enable them to 'find their own way' – this is especially true for countries struggling with fragmented health financing systems. This paper explores results from a multi-country study whose main aim was to assess the extent to which UHC systems and processes at country level operate as 'learning systems'.

**Method:** This study is part of a multi-year action-research project implemented by two communities of practice active in Africa. For this specific investigation, we adapted the concept of the learning organisation to so-called 'UHC systems'. Our framework organises the assessment around 92 questions divided into blocks, sub-blocks and levels of learning, with a seven scale score in a standardised questionnaire developed during a protocol and methodology workshop attended by all the research teams. The study was implemented in six francophone African countries by national research teams involving researchers and cadres of the ministries involved in the UHC policy. Across the six countries, the questionnaire was administrated to 239 UHC actors. Data were analysed per country, per blocks and sub-blocks, by levels of learning and per question.

**Results:** The study confirms the feasibility and relevance of adapting the learning organisation framework to UHC systems. All countries scored between 4 and 5 for all the sub-blocks of the learning system. The study and the validation workshops organised in the six countries indicate that the tool is particularly powerful to assess weaknesses within a specific country. However, some remarkable patterns also emerge from the cross-country analysis. Our respondents recognise the leadership developed at governmental level for UHC, but they also report some major weaknesses in the UHC system, especially the absence of a learning agenda and the limited use of data.

**Conclusion:** Countries will not progress towards UHC without strong learning systems. Our tool has allowed us to document the situation in six countries, create some awareness at country level and initiate a participatory action-oriented process.

**Keywords:** Universal health coverage, Health system, Learning organisation, Participatory research, Capacity-building, Africa

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2018 Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

<sup>\*</sup> Correspondence: akhnif@yahoo.fr

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Ministry of Health, Rabat, Morocco

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Université Catholique de Louvain, Rabat, Morocco

#### Key messages of the paper

- Countries need more guidance as to how they could develop systemic learning capacities to support Universal Health Coverage (UHC). This requires first that we develop know-how for the measurement of these capacities.
- We have developed a framework and an assessment tool based on the learning organisation concept.
   The assessment raises sensitive questions. A participatory approach seems particularly appropriate.
- Our pilot application in six African countries indicates that involving UHC actors in the evaluation process enhances the chance of corrective collective actions in the follow-up of the assessment.

#### **Background**

Over the last few years, Universal Health Coverage (UHC) – defined as the capacity to provide all people with access to needed health services of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship [1] – has gained momentum at global level. If the goal is clear, the path to get there is proving not to be easy for many low- and middle-income countries (LMICs).

There is an emerging body of literature on the paths to UHC [1, 2]. For instance, a recent study looked at 24 countries and highlighted the existence of diversity in paths, in strategic choices and, obviously, in results. In fact, for any country, the road to UHC is inextricably linked to the complex process by which policy decision takes place [3]. Thus, the transferability of experiences from one country to another is somewhat limited [3, 4]: "each country will have to find its own way to reach UHC". This statement actually hints at what might be the only generic recommendation to countries, that each must develop its capacity to find its own way to attaining UHC, i.e. to learn.

Over the last decade, global experts have recommended active strategies to strengthen health systems, with several stressing the need for better learning [5, 6]. Health systems are complex systems [7]; under such configurations, deterministic causal models have their limitations and the capacity to learn from emerging phenomena is key [8]. It has also been recommended to adopt new ways of thinking to close the knowledge–action gap; each innovation in health systems should constitute a learning opportunity [9].

However, to our knowledge, no one has thus far provided clear guidance as to how countries could develop learning capacities to support systemic goals such as UHC. One does not even know how to measure these capacities. This gap may have several reasons, including the tendency by some actors to promote solutions for specific priorities instead of strengthening core capacities at system level [9]. As experts from the south or working on southern health systems, we believe that learning capacities at system level should receive much more attention, both by countries and their partners.

Together, we launched a multi-country collaborative project to measure the extent to which what we propose to call the 'UHC system' is actually a learning system (LS). By 'UHC system' we mean the set of actors and organisations directly involved in the development of the UHC agenda at country level. This set of actors differs from one country to another; but traditionally, it will be comprised of the Ministry of Health, together with other actors such as aid partners, other relevant ministries, private sector, civil society organisations and academia. The concept of LS refers to a translation of the concept of the learning organisation (LO) to a larger system. It incorporates both the dynamic between its constituting organisations and the interactions that happen within each organisation.

So far, few researchers adopted the lenses of LSs to look at the health sector. However, interest is growing, especially in high-income countries. For instance, Friedman et al. [10] proposed the following attributes of a learning health system (LHS): the LHS is (1) trusted and valued by all stakeholders, (2) economically sustainable and governable, (3) adaptable, self-improving, stable, certifiable and responsive, and (4) LHS capable of engendering a virtuous cycle of health improvement. In another work, Rubin et al. put forward a nice metaphor: "The LHS can be seen as the tapestry that emerges from weaving together efforts across the health information management, health IT, patient engagement, clinical care, research, and public health arenas aimed at utilizing data, information, and knowledge to improve health" [11]. This paper deals with this issue of LHS in low-income countries, especially in French-speaking Africa. It presents the history of the project, underlying concepts, the framework, our tool to assess whether a country's 'UHC system' is a LS, its implementation and our findings. The tool was structured in a way to assess the extent to which learning capacities and processes are in place, whether the environment is conducive for learning and leader-ship promotes learning. In this research, we focused on the types of learning that are related to the UHC

actions. We use our six countries study as an opportunity to validate our tool and the implementation process.

In the next sections, we first present how we have adapted the concept of LO for an application to audit 'country UHC systems'. We then share insights collected in the six countries where the research was carried out. We identify areas of weaknesses that impede progress towards a LS. We conclude the paper with a general reflection on the approach and the instrument we have developed and provide guidance for further work in this area.

Since 2009, the multi-agency platform Harmonisation for Health in Africa has supported several communities of practice (CoPs) – each CoP is made up of experts committed to advancing, through exchange and co-production, thematic knowledge identified as key for better performing health systems in Africa [12, 13]. A strength of these CoPs, beside their size (most of them have more than 1000 expert members), is that they bring together experts working at different levels of the knowledge–policy chain, at country, regional and international levels [14].

In 2013, experts from two CoPs (Financial Access to Health Services and Performance-Based Financing) agreed that the fragmentation of healthcare financing was a major problem in their countries and a real challenge for progressing towards UHC. The CoPs developed a collaborative research project (sponsor: UNICEF/Fonds Français Muskoka). The first phase of the collective work documented the reality of this fragmentation in 11 countries (23 schemes on average per country) [15]. The documentation process also revealed the high fragmentation and inadequacy of information at national level – clearly, a key bottleneck for any steward attempting to bring order to the existing patchwork of financing schemes to expand UHC.

The research team henceforth decided that the next phase of the project should focus on assessing the capacity of each country to handle this complexity, and more particularly the learning capacities of what researchers decided to call the 'country UHC systems', i.e. the group of key organisations and stakeholders involved in UHC dynamics and implementation, with the recognition that some organisations have a central role and others a more peripheral one.

After a rapid examination of the literature, we found that the concept of LO could be a powerful way to approach how countries manage knowledge to progress towards UHC. In business and organisational studies, there is today a vast literature on LO. The concept has been developed to acknowledge that learning is key for any organisation to thrive or even survive in a fast

changing and competitive environment. There are various definitions of a LO [16–19]; in a nutshell, a LO is an organisation continuously using the three key steps of any learning process, namely (1) intelligent collection of new information, (2) combination of the new information with its pre-existing stock of knowledge and interpretation, and (3) conversion of the new enriched knowledge into action.

To inform our research, the first author of this paper carried out a scoping review with a focus on the applications of LO to the health sector. It revealed that the concept of LO was receiving growing attention in the health sector, yet there were few applications to LMICs [20]. The review also showed that most of the applications were at the level of hospitals and health centres, with only two applications of the LO concept to health systems and none to UHC. We thus had to develop our own approach, including designing a new research instrument. The review gave us an overview on possible frameworks and research methods. Most of the LO frameworks converge towards the models of Senge [16] and Garvin [17]. One of the main findings from the review was very consistent with our own long-term objective, namely that managers of the health organisations that have used the LO frameworks found it an important added value to improve the overall performance of their organisation by linking the learning to the action and by creating a learning dynamic.

#### Methods

In this section, we report how we applied the LO concept to the 'UHC system'.

## Design stage

The process of the study was collaborative and participatory from the beginning. Through the online platforms of the CoPs, the research coordinators (BM, AGK and HEA) invited countries to apply to participate in the multi-country research and to meet two conditions, namely to have a mixed team composition (one researcher, one cadre of the Ministry of Health and one cadre of another ministry involved in UHC) and have an official backing at the ministerial level. Delegations from 11 countries successfully applied and were invited to a launching meeting in Rabat, Morocco, in order to contribute to the development of the protocol and methodology, including the data collection tool. Together, we agreed that the main objective of the research would be to audit the 'UHC systems' to assess to what extent they function as LSs. By applying the tool in several countries, it was expected that benchmarking across participating

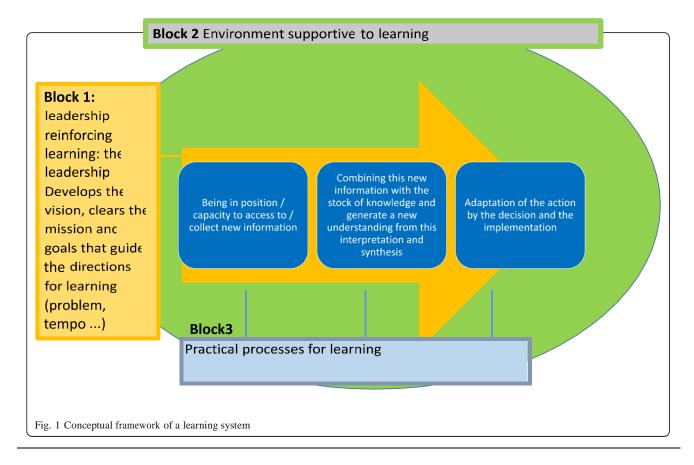
countries would allow us to identify areas for which there could be cross-country learning (i.e. areas for which one country performs better than others) at a later stage, but also possible areas for regional intervention (i.e. areas in which most countries perform poorly). These were two actions for which the CoPs could play a constructive role.

Our hypothesis is that, in order to progress towards UHC in a specific country, actors and organisations involved in the UHC agenda must operate as a coordinated and LS in order to adopt and adapt effective strategies to achieve the UHC goal. The first output of the workshop was therefore a common strategy for mapping actors and organisations of the national 'UHC system'. They would be the organisations under scrutiny and covered by the sampling of key informants. We agreed that the actual composition of a 'UHC system' was partly country specific and that its boundaries were fuzzy.

The second output of the workshop was our framework and the questionnaire itself. Among the different existing LO frameworks [21–29], we opted for the one proposed by Garvin et al. [28]. We found it comprehensive, well organised and adaptable to the 'UHC system'. This decision was consistent with our literature review [20], indicating that

Garvin's LO framework was indeed one of the most commonly used in health sector studies. With workshop participants, we adapted the original version of the framework to take into account the characteristics of a 'UHC system' and the specific context of LMICs. Our final version of the framework is organised around Garvin's three main blocks of (1) leadership reinforcing learning; (2) environment supportive to learning; and (3) practical processes for learning (for our own graphic representation of the framework) (Fig. 1).

We have opted for a research design already validated by other LO empirical studies [20], involving the cross-sectional administration of a standard question-naire tool to persons who are familiar with the case under investigation (for applications to health centres or hospitals see, for instance, Kelly et al. [30], Leufvén et al. [27], Mohebbifar et al. [31]). Our own survey tool is inspired from the tool developed by Garvin et al. [28]. At our workshop, for each of the three blocks, participants were tasked to develop questions depicting an attribute one can expect from the 'UHC system' if it is in a learning mode. A few weeks later, the research team finalised a list of 92 statements on which key informants were requested to give their opinion (the survey tool is available on request from the last author).



Under block 1, 20 statements measure whether leadership by authorities is supportive to learning for UHC. Under block 2 (supportive environment), six statements assess the autonomy of individuals and teams (sub-block 2.1), six relate to the ability to integrate required expertise (sub-block 2.2.), seven measure the collaborative culture (sub-block 2.3), five deal with the openness to new ideas (sub-block 2.4) and seven assess whether there is the technical culture required to develop UHC (sub-block 2.5). Under block 3 (processes enhancing learning), our instrument checks whether the 'UHC system' has a learning agenda (sub-block 3.1, eight statements), whether there is room for experimentation block 3.2, five statements), whether experience is valued (subblock 3.3, eight statements), how intelligence is organised (sub-block 3.4, 16 statements) and whether learning is translated into action (sub-block 3.5, four statements).

#### Box 1 Examples of questions for each block

#### Block 1: Leadership that reinforces learning

The political level is aware that success of Universal Health Coverage (UHC) requires the mobilisation of many ministries, agencies and stakeholders, including non-public or international; it has set required dialogue platforms and mechanisms

The current leaders in my organisation support the priority given to UHC and adhere to the distribution of roles decided by the political level

## **Block 2: Supportive learning environment**

In my organisation, personal development is a concern of supervisors – with their staff, they behave not as bosses but as coaches

In my organisation, the teams have enough flexibility to reorient their action on the basis of new information they have collected (e.g. following a field visit, information from the decentralised level)

The analytical contributions by Financial and Technical Partners are useful to inform progress towards UHC

#### **Block 3: Practical processes for learning**

In my organisation, the content of the learning agenda is fuelled by the needs identified by the individuals themselves or the deliberations and self-evaluations conducted at the team level

The leaders of my organisation recognise the importance of quantitative data to lead the country towards UHC In our organisation, we have a mechanism to identify and promote good practices. We also identify mistakes and we make sure not to repeat them

Our tool thus tries to capture the multidimensional reality of learning for UHC, by acknowledging the various types of relevant knowledge, the distribution of roles within the community of actors, the efforts to be done by some key players, the capacity issues, the importance of dedicated processes and resources, including platforms bringing different knowledge holders around a common learning agenda.

Learning can occur at four levels – individual, team, organisation or system. To each question, we attributed one of these levels. We added the system level to the initial definitions we found from the literature to take into account the specificities of the UHC system [21].

Similarly to Garvin et al. [28], we used a 7-level scale for each question; the interpretation of each score is given as follows: 1 = I find this statement highly inaccurate, 2 = moderately inaccurate, 3 = slightly inaccurate, 4 = hesitate between accurate and inaccurate, 5 = slightly accurate, 6 = moderately exact, 7 = strongly exact. There was also the possibility to express no opinion.

### **Implementation**

The first task assigned to country research teams was to map their 'UHC system' by identifying organisations with an important role in the UHC agenda – this was rather easy as many countries were busy with this agenda, sometimes with established multi-actor bodies (e.g. steering committee, taskforce) (for country lists, see country reports available at request).

As for the administration of the survey tool, it was requested to select at least 30 persons from the organisations and actors mapped as part of the 'UHC system'. Research teams were encouraged to target staff members playing a key role in the systemic efforts for UHC (e.g. persons in coordination bodies). We set as a rule that there should also be persons from the decentralised level among the informants. Organisations with a dominant role in the country 'UHC system' (e.g. Ministry of Health) should be more represented than those with a minor role. In accordance with ethical requirements, it was agreed with the research teams that the administration of the questionnaire should ensure the anonymity of the respondent as well as the confidentiality of the collected information.

While we had a small core funding for the coordination of the research, resources for country work were very limited. Each team was requested to raise funds for its work at country level – this was also seen as a strategy to increase buy-in by the country 'UHC system'. From the 11 teams present in the launching workshop, six were actually able to implement the research. Among these six country teams, a principal investigator was identified; they acted as a focal point in the interaction with the coordination team based at the Institute of Tropical Medicine and the five other teams. Throughout the whole development

and implementation process, exchanges between principal investigators facilitated learning across teams.

The research protocol was approved by the Institute of Tropical Medicine institutional review board (number 996/15). Ethical clearance was also obtained at country level when it was required. The study started in June 2015 and data collection was finalised in early 2016. A last international meeting was organised in January 2016, where we shared our respective findings and devised a standardised analysis approach to adopt for the national reports of the study.

The findings presented in this article are extracted from the database, but also, for the qualitative part, from the reports produced by the six country teams. For three of the six countries, the report was enriched by national validation workshops, which deepened our understanding of the learning capacity of the UHC system. In these workshops, country UHC system actors were invited to participate, including most of those interviewed.

#### Results

First, we present the principal findings from each country according to the main elements of the framework, and then we conduct a cross-country comparison according to the sub-blocks of the framework. We collected a sample of responses from 239 interviewees (in alphabetical order: 31 for Benin, 40 for Burkina Faso, 45 for Cameroon, 43 for Democratic Republic of the Congo, 40 for Morocco and 40 for Togo). For Benin, the size is smaller than all other countries because of the presidential elections; yet, the main organisations of the UHC system were represented.

We have calculated and analysed average scores and their variations for each country and sub-block of the framework (Table 1) and the average by level of learning (individual, team, organisation and system) (Table 2).

We will first analyse these findings country per country and will then carry out some cross-country comparisons.

#### **Analysis for Benin**

The data collection in Benin took place during a national electoral campaign. This complicated the interaction with the identified key informants. Although the size of the sample was relatively small as compared to the other five countries, the dynamic of the study was interesting. In general, most of the scores were above 4.5 (Table 1). The validation workshop allowed UHC actors to air several major frustrations with the UHC dynamic in the country under the previous government (a period marked by the failure to roll out a promised Universal Health Insurance). Among other things, they pointed at the poor coordination between ministries (especially on communicating about UHC) and the insufficient involvement of national technical experts, with several key positions entrusted to persons with political profiles. The scores were evaluated as reflecting the reality in the country and sometimes even too positive (participants suggested that the fact that the survey was administrated during the electoral campaign period probably biased scores upward for a few sensitive questions). Participants mentioned that, in their country, information is a source of power, which can thus hinder the sharing and the spreading of knowledge at all levels of the UHC system. Participants listed some possible actions to strengthening the learning capacity of the UHC system, including (1) the creation of a national community of practice platform to share knowledge; (2) some training on leadership for leaders of UHC organisations; (3) the creation of a group of experts

**Table 1** The scores and their variation by country and by sub-block

	Benin		Burkina Faso	Burkina Came Faso		oon	Democratic Republic of the Congo		Morocco		Togo	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1.1. Leadership that reinforces learning	4.9	1.4	5	1	4.7	1.4	4.9	1.2	5.1	1.2	4.9	1.1
2.1. The autonomy of individuals and teams	5	1.7	5	1.4	4.9	1.5	5	1.4	4.8	1.4	5	1.1
2.2. Ability to integrate the necessary and appropriate expertise	5.4	1.2	5.2	1.3	5.1	1.4	5.3	1.2	5.3	1	5.1	1.1
2.3. Collaborative culture	5.2	1.2	5.3	1.1	4.7	1.4	5.1	1.1	5	1.4	5.2	1.2
2.4. Openness to knowledge and ideas held by individuals	4.9	1.7	5.4	1.1	4.8	1.3	5.1	1.2	4.7	1.4	4.9	1.2
2.5. Technical culture required to develop UHC	4.6	1.5	5	1.2	4.2	1.4	4.8	1.3	5	1.3	4.6	1.3
3.1. Learning agenda	4.9	1.3	4.5	1.3	4.1	1.5	4.1	1.3	4.1	1.5	4.2	1.5
3.2. Experimentation	4.5	1.7	5.4	1	4.5	1.6	4.7	1.5	4.9	1.3	4.7	1.5
3.3. Experience	4.9	1.4	4.9	1.3	4.3	1.4	4.8	1.3	4.6	1.3	4.8	1.4
3.4. Intelligence and expertise	5	1.3	5.1	1.1	4.6	1.3	5.1	1.1	5	1.1	4.7	1.4
3.5. Synthesis and action	5	1.8	4.9	1.4	4.5	1.6	5	1.1	4	1.5	4.7	1.5

**Table 2** The scores and their variation by levels of learning

		Benin	Burkina Faso	Cameroon	Democratic Republic of the Congo	Morocco	Togo
Individual level	Mean	4.7	5.3	4.8	5.5	4.8	4.9
	SD	1.5	1.1	1.3	1.2	1.6	1.3
Team level	Mean	4.9	4.9	4.7	5	4.4	4.9
	SD	1.5	1.2	1.4	1.3	1.3	1.1
Organisation level	Mean	4.9	5	4.6	5.1	4.9	4.8
	SD	1.4	1.1	1.3	1.2	1.1	1.2
System level	Mean	4.9	5	4.6	4.5	5	4.8
	SD	1.3	0.9	1.2	1.1	1	1

to promote the LS culture; and (4) auditing the existing strategies to identify bottlenecks and suggest corrective actions. The 'Hub Benin' is in place and its online forum is already an active place of discussion about UHC.

#### Analysis for Burkina Faso

Our study indicates that among the six countries, Burkina Faso was the most advanced in establishing a LS for UHC. Indeed, the average score hovered around the level of 5 (Table 1), often with a small standard deviation - an indication that there was a high consensus among respondents. Participants of the validation workshop confirmed this general picture. They identified some of the specific strengths of their 'UHC system', as follows: (1) The creation of a sectoral framework for dialogue on health and nutrition (cadre sectoriel de dialogue santé et nutrition) under the leadership of the Ministry of Health. This is a platform for broad exchanges between actors on major issues of the health sector. It somehow is fostering knowledge sharing and strengthening the coordination for the 'UHC system'. (2) The relative high number of health research institutes (at least five in the public sector) that produce considerable scientific knowledge, and in the recent past significant research in the field of UHC. (3) The existence of highly qualified executives within ministries and departments involved in UHC. This has led to the emergence of a whole supportive ecosystem.

The study and workshop also gave UHC actors an opportunity to identify areas of weaknesses. This was mainly based on a review of questions with relatively lower scores (15 statements). Among other things, participants of the workshop agreed that the coordination among UHC actors could be improved and a better use of knowledge by the lower levels of the system is required to get concrete results. Seven of the 15 questions that had low scores were related to the lack of a UHC learning agenda and to the capacity to integrate the right expertise and scientific knowledge into the system. Inspired by our assessment, participants proposed the following elements of action: among

others, developing a strategy for knowledge management in the system, creating a platform for sharing knowledge, giving more autonomy to teams and individuals in the public administration, and better involving research organisations in the development and implementation of policies.

#### **Analysis for Cameroon**

In Cameroon as well, the study received high-level support from the National Task Force Group on UHC and the Ministry of Health. The discussion of the results in a meeting involving a representation of almost all UHC actors confirmed that the levels of the scores for each block and sub-block reflect the reality in the country. The standard deviation varied between 1.3 and 1.6, indicating a good level of consensus among interviewees. The study highlighted some strengths in the UHC system in Cameroon, especially regarding the capacity to integrate the necessary expertise into the system, the autonomy of individuals and teams, and the existence of a collaborative culture (Table 1). This might be catalysed by the existing political willingness to move towards UHC, as evidenced by the creation of a National Task Force Group for UHC. The study put the spotlight on areas of weaknesses such as (1) learning agenda, (2) synthesis and action, and (3) the process of sharing experiences among individuals. The research team, on the basis of discussions which occurred during the validation workshop, proposed a list of concrete actions to further move the UHC system towards a LS. These included (1) the creation of a platform for exchange and sharing that involves all actors, including the civil society, (2) the development of policy briefs to promote a LS culture, and (3) capacity-building and the development of a learning agenda. It is important to mention that, despite the novelty of the LS concept, participants in the validation workshop showed interest as to the use of the tool for diagnosing and evaluating actions aiming at developing a UHC LS. In October 2016, the exchange platform was set up (the 'Hub Cameroon').

Analysis for the Democratic Republic of the Congo In the Democratic Republic of the Congo, analysis by main blocks showed that the UHC system has quite good scores (around 5) for the blocks related to leadership and a supportive learning environment (block 1 and 2). The analysis of scores by levels of learning (individual, team, organisation and system) provided an interesting pattern, wherein the highest scores were found for learning at the individual level (5.47) while learning at system level had the lowest score (4.5) (Table 2). This observation led us to speculate that, in loosely regulated countries Democratic Republic of the Congo, there could be a trade-off between these two levels of learning, in the sense that experts are able to seize many opportunities for individual learning (thanks to aid projects) but without a benefit or even to the detriment of the whole system. The capacity to integrate new expertise in the UHC system scored high (5.28), which indicate the openness of the system to use the expertise in its environment.

The study also highlighted some areas of weaknesses (Table 1); for instance, the learning agenda (sub-block 3.1) and experimentation (sub-block 3.2) scored lower than the others. It provided a diagnostic of the level of development of the LS, which could be used in future projects.

#### **Analysis for Morocco**

Our study in Morocco benefited from particular momentum. The Secretary General of the Ministry of Health was very aware of the need to improve the learning capacities of the national health system. This study was actually a major source of inspiration for a new project developed by the Ministry focusing on knowledge management for health system strengthening. It has indeed provided areas of strength and weaknesses that could further be used to plan actions to develop a LS.

Several weaknesses were identified (Table 1), notably around (1) the learning agenda, (2) synthesis and action, and (3) the development of teamwork. The results of the study showed a good score for the leadership level. A primary explanation of the good score for the leadership block (Table 1) is the high level of involvement of the government in UHC issues. Indeed, the creation of a high interdepartmental committee chaired by the head of government has strengthened the leadership for learning because of the generated need to prepare the meetings of this committee. One of the reasons for the low score for the 'synthesis and action' sub-block is the limited development of strategic purchasing in Morocco. This 'backwardness' was confirmed at a regional workshop organised by WHO and the same CoPs in Rabat, in late September 2016.

The national team has already identified actions to be considered to move towards LS, mainly creating a platform for sharing knowledge by using the latest technology, broaden the occasions and spaces for meetings to share knowledge among actors, and better position research to ensure more use of the synthesised knowledge in the policy-making process.

#### Analysis for Togo

The study demonstrated the relevance of our tool to portray to what extent the UHC system in this country performs as a LS. The validation workshop confirmed the scores for each block and sub-block with a high level of consensus evidenced by the low value of The standard deviations. scores showed strengths in terms of existing attributes of a LS, but also many areas where much progress still needs to be made. Globally, the study showed that the blocks of leadership and supportive learning environment scored around 5 (Table 1), which we deem puts it above the threshold where one begins to see the attributes of a LS (4.5). This relatively higher score might be explained by several system-level efforts such as improvements in the information system and awareness about the necessity to improve the coordination and the governance of the UHC system. The study also highlighted areas of weaknesses, especially for the 'learning agenda' and the 'synthesis and action' sub-blocks, which could result from the existence of parallel but poorly coordinated information systems and the lack of a clear agenda for knowledge sharing. national validation workshop facilitated in-depth analysis of results and a discussion of an action plan for the next phase of the study. These actions mainly focus on (1) the creation of a platform for knowledge sharing (set up early 2017), (2) the capacity-building of all actors involved in the UHC process, and (3) the development of a roadmap to further move towards a UHC LS.

#### The comparison among the six countries

Our study does allow comparison of the situation across the six countries, but with several caveats. First, the instrument was implemented by different research teams in the six countries, sometimes with variance in terms of administration techniques and, second, responses may be culturally biased – one could imagine that some societies are more open to self-criticism than others. Still, the comparison is interesting; it indicates that the UHC systems have shortcomings, some common across the six countries.

To test the sensitivity of our questions we first analysed the frequencies of the score '0' (answer 'no opinion') across our 92 statements. Our hypothesis is that, if

a question has many 0 scores across countries, this may indicate a poor formulation or inappropriate question. This seems to be the case with question 57 (The state budget takes into account the learning for the UHC system), where the total number of 0 scores in the 239 questionnaires collected was 53. If one observes more 0 scores in a country than in another, this may indicate that the respondents received less information to understand its meaning or that the respondents were less comfortable with answering this question (or not knowledgeable enough). For instance, it is in Benin that respondents provided the greatest number of 0 answers for block 1 (leadership) - this may be due to the fact that the surveys were administrated during an electoral period. For further analyses on average scores, all the 0 scores were removed. For the 92 questions, the highest average number of questions with a 0 score was observed in Benin (11 out of 92 per interviewee on average), while the lowest average was observed in the Democratic Republic of the Congo (4 out of 92 per interviewee on average).

In this paper, we propose to focus our comparison mainly on the sub-blocks of the framework, which give a clear vision about how the attributes of a LS are developed in a given country. When relevant, we also report on item questions, as they capture very specific issues.

In general, all average scores were above 4 and most of them above 4.5 (Table 1). The vast majority of respondents in each country assessed their UHC systems positively overall, which can be interpreted as a constructive view on the emergence of learning capacities in their system.

Some sub-blocks scored better across countries. The best one was 'ability to integrate the required expertise' (sub-block 2.2), under which one can find some of the highest scores from the 239 respondents. Some examples are question 30 (The analytical contributions from technical and financial partners are useful for informing progress towards the UHC) (average: 5.96) and question 28 (In the absence of in-house expertise, subcontracting of expertise is possible on own funds or on the resources of technical and financial partners) (average: 5.51). It also seems that respondents were quite satisfied with the collaborative culture (sub-block 2.3) – this was particularly true at the organisation level. This sub-block received a particularly high score, varying from 5 for Cameroon to 5.57 for Benin (organisational level varies from 4.95 for Cameroon to 6.09 for Morocco with an average across countries of 5.47).

There were also sub-blocks and items that were weak across countries – such a finding is particularly interesting because it helps clarify priority areas for regional

action. This is certainly the case for sub-block 3.1 related to the learning agenda, wherein most countries have a score of around 4. Three of the five questions with the lowest score of the whole questionnaire actually belong to this sub-block.

Some cross-cutting and interesting patterns were also observable at the question level. While question 1 (on the importance of coordination across ministries and actors for succeeding UHC) ranked second in terms of score (average score on 239 respondents: 5.74), the fifth worst score related to the coordination among the same actors in terms of communicating the UHC agenda to the general public (average score on 239 respondents: 4.1). Therefore, it seems that today, in Francophone Africa, there is a strong dynamic of organising actors around the UHC agenda, but the group as a whole communicates in a very confused manner externally.

Our survey also revealed a real structural problem with the triad 'technology, data and decision making'. From the whole set of 92 questions, the question with the lowest score (3.63) was the 80th (In our UHC system, every player, even at decentralised level, has access to up-to-date data and to an analytical interface enabling them to assess their own performance). Interestingly enough, this answer retrospectively validates the focus of a workshop recently organised by another CoP on health systems delivery [32] - a reassuring sign of the aptitude of this other CoP to identify and address real problems. In reality, the problem with data is broader; the scientific culture of using quantitative data (the 45th question) got low scores as well, with a minimum average score of 4.15 for Cameroon and a maximum average score of 4.84 for Burkina Faso (average on the 239 questionnaires: 4.5). According to respondents, there is also an issue at the level of proactive integration of innovative information and communication technology (46th question, minimum: 4.46 in Togo; maximum: 5 in the Democratic Republic of the Congo; average on the 239 questionnaires: 4.61). Similarly, respondents deem that mechanisms for rapidly integrating information about health facility performance into action (such as strategic purchasing) are under-developed, with a minimum average score of 3.12 for Morocco and a high score of 4.89 in the Democratic Republic of the Congo (which is rolling out Performance-Based Financing as a national strategy).

Our instrument also identified sub-blocks or areas for which there is variation across the six countries. Again, this is interesting, as it indicates areas for possible cross-country learning, for instance, through a joint learning network. Within our sample, Burkina Faso was the most advanced country in terms of the development of its 'UHC system', surpassed by another country only for three sub-blocks (Table 1).

Each country can also identify blocks or sub-blocks in which it lags behind the others. Cameroon seems to have a general problem with all of block 3 (practical processes for learning), with its score being indeed very low (4.4) as compared to other countries. One could also identify, for each sub-block, pairs of countries with the largest spread. For instance, if Cameroon wants to improve its leadership for UHC, Morocco would be the country to visit; if Togo and the Democratic Republic of the Congo want to learn how to systematically learn from experimentation, Burkina Faso is the country to visit.

The analysis by level of learning (Table 2) is crucial to identify areas of weaknesses of a system in order to be a learning one. For the individual level, the scores range from 4.7 (Benin) to 5.5 (Democratic Republic of the Congo); this score is more than five for four countries. For the team level, the scores range from 4.4 (Morocco) to 5.0 (Democratic Republic of the Congo), with a value above 5.0 for five countries. The organisational level was identified with scores varying from 4.6 (Cameroon) to 5.1 (Democratic Republic of the Congo), with a value above 5 for the remaining countries. For the system level, the scores ranged from 4.5 (Democratic Republic of the Congo) to 5.0 (Burkina Faso and Morocco). We notice that there is room for developing learning capacities at the four different levels of the system. Indeed, there is no country that scored high in all levels at the same time. Through our participation in the process we have made some observations. Some countries have specific dynamics and the way the learning is developed and shared could be attributable to the organisational culture and the strategies put in place. These learning strategies could be shared among countries.

#### Discussion

We pursued two objectives with this participatory study, namely (1) to adapt a framework to assess the extent to which a 'UHC system' has the attributes of a learning system and (2) to test this framework in a sample of countries after translating it into a tool to audit 'UHC systems' as LSs.

After its completion, we are confident that we have progressed on both objectives. We have been able to generate an informative snapshot of the status of UHC systems in the six countries under investigation. The workshops organised to analyse the results of the study at national levels confirmed the potential of our tool to increase the awareness of decision-makers about the importance of systemic learning for the UHC agenda. The whole process of the research also triggered a rich learning across our countries.

#### Box 2 Lessons learnt from the comparison

Each country could be singled out for some smart ideas on how to advance learning for Universal Health Coverage (UHC). Let us just flag a few. In Morocco, the creation of an inter-ministerial steering committee for UHC allowed a strategic positioning of the UHC agenda at the level of the government, with a clear benefit in reducing the gap between knowledge and strategic decision-making. Burkina Faso shows that even low-income countries can build strong learning ecosystems. Constant investment in health system research capacity pays off.

During our data collection, we realised the heuristic power of our framework: the process revealed some actors the different elements needed for a leadership supportive to systemic learning. The national workshops encouraged countries to take some concrete actions (with eventual variable success), for instance, by setting up knowledge platforms. Country reports were rich in recommendations.

The collective analysis of the study results in an international meeting showed that each country has something to share with others in terms of successes but also weaknesses. The dynamic we created throughout this research has triggered an exchange between countries as to how to better learn to achieve the UHC objectives.

Each country could be singled out for some smart ideas on how to advance learning for UHC. Let us just flag a few. In Morocco, the creation of an inter-ministerial steering committee for UHC allowed a strategic positioning of the UHC agenda at the level of the government, with a clear benefit in reducing the gap between knowledge and strategic decision-making. Burkina Faso shows that even low-income countries can build strong learning ecosystems. Constant investment in health system research capacity pays off.

During our data collection, we realised the heuristic power of our framework, wherein the process revealed to some actors the different elements needed for a leadership supportive to systemic learning. The national workshops encouraged countries to take some concrete actions (with eventually, variable success), for instance, by setting up knowledge platforms. Country reports were rich in recommendations.

The collective analysis of the study results in an international meeting showed that each country has something to share with others in terms of successes but also weaknesses. The dynamic we created throughout this research has triggered an exchange between countries as to how to better learn to achieve the UHC objectives.

The study may contribute to international research on UHC in two ways. First, to the best of our knowledge,

this is the first attempt to measure the extent to which countries have systemic learning capacities for UHC. Our framework tries to embrace a comprehensive view of the attributes that matter for systemic learning, including how knowledge can be converted into action and how actions can feed the collective memory of the system knowledge. The comparison within countries, and to a lesser extent across countries, confirms the merits of our tool. Second, we have adopted an original approach that has maximised participation across and within countries. We involved national UHC actors systematically and deeply, from the identification of the broad research question of the overall project to data analyses and interpretation through the validation workshops. With this project, we have ourselves practiced what we recommend, that is to implement activities in such a way that they consolidate the autonomous learning capacity of the national UHC system.

During the implementation of the study, we observed how the tool helped our informants to think about the importance of learning for UHC. At country validation workshops, we were particularly impressed by the capacity of the tool to orient discussions (especially when they are organised around high and low scores among the 92 statements).

Still, our methodological approach can be improved. Many respondents complained about the length of the questionnaire. An effort to reduce the number of questions based on a careful analysis of these six country survevs may then be needed. Some new guidance could also be provided for the administration of the survey. The approach adopted in Burkina Faso - to first invite all the respondents to a 1-day workshop to explain the key concepts (including Universal Health Coverage, which may be understood very differently across actors), the framework (for all our respondents, the LO was a new perspective) and review each question (to avoid misunderstandings) seems particularly interesting. It could also be relevant to reduce the degree of anonymity. Our choice to protect respondents was a real constraint at the analytical stage; for instance, we were not able to compare opinions from Ministry of Health staff versus those affiliated with other organisations.

In terms of causality analysis, we think that it would be interesting to apply the instrument in countries known to have made good progress towards UHC as a contrast to others performing less well. This could be a way to establish a stronger association between the LS and the UHC objective and to improve the validity of the whole instrument.

These questions related to the validation of the evaluation tool are important; still, according to us, these should not be at the cost of the process itself. Rather, the overall objective of the exercise should be to increase

the commitment of UHC actors to learning. So new adaptations (shorter list of questions, simplification of the scoring system, administration through an online survey) should be assessed on this basis.

We must indeed keep in mind the inherent limits of the methodology. A first one is the elusive nature of our concept of 'UHC system'. Our main concern was to embrace actors beyond the health sector - this is key for this agenda; but for future work, it could be interesting to come with a stricter definition, maybe established on some key functionalities identified as central to the UHC agenda. For example, the 'UHC system' could be identified as the set of actors who take an active role in the collective deliberation and action to improve the resource mobilisation, pooling of risks, purchasing and delivery of health services to the national population. A second limit is that our measurement tool gathers opinions, not facts. This approach, which is practiced for other cross-country benchmarking (see, for instance, the corruption perception index produced by Transparency International), is subject to the information held by the respondents and their critical perspective. It is possible that some informants are simply unaware of some strengths of their 'UHC system' or, conversely, over-estimate the presence of some processes or practices. To get a more comprehensive picture, an interesting option would be to collect some factual information and to carry out some case studies (for instance, a review of significant situations where learning occurred or did not occur). We have not found a clear method on how to handle the possible fact that some respondents may be more critical in one country than in another.

Our samples were small – the main reason is that the number of experts directly involved in the UHC agenda is never large at country level. We have not tried to calculate confidence intervals; much more than 'statistical power,' our approach is to build on empowerment through participation. We believe that this action-research approach is legitimate, but our readers must keep in mind its obvious limits. Taking, for instance, just the measurement part of our approach without integrating the participatory and interventional components would seriously reduce its value.

A key feature of our tool is indeed its capacity to identify areas for action. For instance, across countries, we noticed weaknesses in the sub-block 'learning agenda'. This is not surprising since this has not been a priority recommendation of the international community so far. Today, at country level, learning on UHC is very fragmented. In our view, a national learning agenda on UHC would be beneficial to countries as it would organise actors around the UHC objective. In countries with a stronger knowledge ecosystem (e.g. Burkina Faso), the main issue will probably be to coordinate the many actors. In countries where the scientific ecosystem is not

completely in place (e.g. Togo), such a learning agenda would help prioritise the very limited qualified resources. In a country like Morocco, where there are capacities but where attention to UHC is not developed, the learning agenda could be a tool to convince researchers to focus more on UHC.

As reported in our results section, it also seems that our tool (and our study more generally) may contribute to setting momentum around learning at the country level. Indeed, in the six countries, the study was a much-needed first step in a long journey to move towards UHC. In this respect, only time will tell if our work had an impact. The study showed that there are many things to improve in our six countries. After awareness raising, we will have to set up a structured approach to learning at country level. For this endeavour, we can refer to our building blocks, value learning through exchanges between countries (as we already do with our communities of practice), and dare to identify, through comparisons, strengths and weaknesses of various practices.

We believe that our study also sets out an interesting direction for other countries. Progress towards UHC will require that national actors work together and develop enough collective intelligence to ensure that strategic decisions are grounded in knowledge. This vision implies a new culture and other ways of organising health systems. The ambition should be to create environments, practical processes and a leadership supportive to systemic learning.

Beyond the case of the six countries, our work, thus provides a generic roadmap to work on the key elements and conditions for a 'UHC system' to become a LS. Indeed, behind each block and sub-block of the conceptual framework, there can be a series of actions to take to progress towards a LS. Decision-makers can check if the ingredients needed to reinforce systemic learning are in their systems; our study also suggests them to explore how other countries have done to consolidate learning capacities in their UHC systems. This research also draws attention to the fact that the journey towards UHC will not just be an endeavour of building explicit knowledge: data analysis and evidence are key for a LS, but learning is much more than that. In fact, it is important that system actors create practical processes for a learning cycle that stretches from the production of knowledge to its storage, sharing and use in action and problem solving. Our hope is that this first work will encourage more countries to audit the learning capacities at the level of their health system. The dynamics initiated through this small network of six countries may inspire other groups. We do not doubt that this agenda will keep many actors busy for the next decade.

Finally, our research illustrates that some of the challenges recurrently discussed within the global

health system research community (such a better involvement of decision-makers throughout the research process and a greater attention to implementation issues [33]) can be addressed. We believe it is mostly a matter of openness, innovation and commitment. As CoPs experts, we strongly believe that participatory approaches [34] is the way to go, if one wants to consolidate a LS culture.

#### Conclusion

Our ambition was to test and validate a tool to help countries to assess whether their 'UHC system' is progressing towards a LS, and to identify areas and actions for improvement. We believe that this is a new field for operational research, especially for LMICs. We hope that our findings will stimulate other teams to conduct similar studies in other contexts.

The journey to UHC will be a long one. This pilot study does not provide direct answers or recipes to develop a LS, but it has kicked off a reflection, at regional and country level, and also suggests future directions for research and action. By its participatory nature from the outset, the large involvement of key stakeholders for the interviews and the organisation of validation workshops, the whole study process has constituted a good opportunity to engage with national UHC actors on issues they had not reflected on before.

The study was also an opportunity for the CoPs to validate their own ability to undertake research alongside the participatory and inclusive values they promote. The study process and recommendations stemming from national workshops also confirmed that the new culture the CoPs are promoting at regional level is getting strong resonance at country level.

The enriching experience of this action-research is being shared within the CoPs. It has strengthened our conviction that there is space for more innovation in developing and leading knowledge agendas at the global, regional, sub-regional and country levels.

#### Abbreviations

CoPs: Communities of practice; LHS: Learning health system; LMICs: Lowand middle-income countries; LO: Learning organisation; LS: Learning system; UHC: Universal health coverage

#### Acknowledgements

This research has involved many more experts than those listed as co-authors. The analytical framework and questionnaire have been co-developed with all the participants of the first workshop in Rabat. We are also grateful to our co-investigators at country level, especially for Benin: Edgard-Marius Ouendo, Justin Adanmavokin Sossou, Evelyne Akinocho, Prince Adjovi, Rodrigue Hounty; for Burkina Faso: Yamba Kafando, Alfred Tiendrébéogo et Arzouma Ouédraogo; for Cameroon: Owono Longang Virginie, Naoussi Sadeu Jean Calvin, Tsafack Jean Pierre, Fadimatou Altiné, Habiba Abdoulaye Samira; for DRC: Michel Muvudi, Jean- Pierre Lokonga and Raphaël Nunga; for Morocco: Hassan Semlali and Abdalillah; for Togo: Palakimyem Bignandi, Baba Amivi and Minzah Etienne Pekele. The study would not have been possible without the patience and the dedication of the respondents in the six countries; it also benefited from the feedback provided by the national workshop participants. We believe that the work is a clear testimony

of the openness of national authorities in charge of UHC – we have really appreciated their support throughout the research process. We also thank the various sponsors of this research: France (through the Muskoka French Fund oper- ated by UNICEF WCARO and P4H/WHO), the Belgian Development Cooperation, Support was also provided by FP7-PE0PLE-2013-IRSES Marie Curie Actions project funded by the European Union Grant Agreement No. 612216, Cordaid, P4H/GIZ, the UNICEF Togo country office and the Ministry of Labour, Civil Service and Social Protection of Burkina Faso. Thanks for believing in the Communities of Practice!

#### **Funding**

This research benefited from the support of The Muskoka French Fund operated by UNICEF WCARO and P4H/WHO), the Belgian Development Cooperation, Cordaid, P4H/GIZ and the UNICEF Togo country office.

#### Availability of data and materials

The questionnaire of the study is available under request to the last author.

#### Authors' contributions

EHA contributed to the design, the coordination of the research and the writing of the article. JAK is the focal point researcher in Burkina Faso, contributed in coordinating and administering the questionnaire, in adapting the framework and the questionnaires, and the writing of the article. AIA is the focal point researcher in Morocco, contributed in coordinating and administering the questionnaire, in adapting the framework and the questionnaires, and the writing of the article. ZA is the focal point researcher in Togo, contributed in coordinating and administering the questionnaire, in adapting the framework and the questionnaires, and the writing of the article. CPM is the focal point researcher in Benin, contributed in coordinating and administering the questionnaire, in adapting the framework and the questionnaires, and the writing of the article. SMM is the focal point researcher in DRC, contributed in coordinating and administering the questionnaire, in adapting the framework and the questionnaires, and the writing of the article. ZN is the focal point researcher in Cameroon, contributed in coordinating and administering the questionnaire, in adapting the framework and the questionnaires, and the writing of the article. AGK contributed in the design, the coordination of the project activities and the writing of the article. BM director of the research contributed to the design, the analysis, and the writing and final editing of the article. All authors read and approved the final manuscript.

#### Ethics approval and consent to participate

N° 996/15 of the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, Institutional Review Board.

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### **Publisher's Note**

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

#### **Author details**

<sup>1</sup>Ministry of Health, Rabat, Morocco. <sup>2</sup>Université Catholique de Louvain, Rabat, Morocco. <sup>3</sup>Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. <sup>4</sup>University Ouaga 1 Professor Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso. <sup>5</sup>Ministry of Health, Rabat, Morocco. <sup>6</sup>Regional Public Health Institute Comlan Alfred Quenum, Cotonou, Benin. <sup>7</sup>School of Public Health, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. <sup>8</sup>Health Economics Research and Evaluation for Development Results Group, Yaoundé, Cameroon. <sup>9</sup>Department of Public Health Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, University of Yaoundé, Rabat, Morocco. <sup>10</sup>Results for Development, Washington, DC, USA. <sup>11</sup>Community of Practice "Performance Based Financing", Antwerp, Belgium.

Received: 19 October 2017 Accepted: 22 June 2018 Published online: 06 August 2018

#### References

- World Health Organization. The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
- Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867–8.
- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. Going Universal: How 24
  Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage from
  the Bottom Up. Washington, DC: World Bank Publications; 2015.
- McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. Value Health. 2013;16(1):S39–45.
- World Health Organization. Everybody's Business Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: WHO: 2007.
- Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Med. 2010;7(1):e1000089.
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. BMJ. 2001;323(7313):625.
- Carroll JS, Edmondson AC. Leading organisational learning in health care. Qual Saf Health Care. 2002;11(1):51–6.
- Pappaioanou M, Malison M, Wilkins K, Otto B, Goodman RA, Churchill RE, et al. Strengthening capacity in developing countries for evidence-based public health: the data for decision-making project. Soc Sci Med. 2003; 57(10):1925–37.
- Friedman C, Rubin J, Brown J, Buntin M, Corn M, Etheredge L, Gunter C, Musen M, Platt R, Stead W, Sullivan K. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning learning health system. J Am Med Inform Assoc. 2014;22(1):43–50.
- Rubin JC, Friedman CP. Weaving together a healthcare improvement tapestry: learning health system brings together health it data stakeholders to share knowledge and improve health. J AHIMA. 2014;85(5):38–43.
- Meessen B, Kouanda S, Musango L, Richard F, Ridde V, Soucat A. Communities of practice: the missing link for knowledge management on implementation issues in low-income countries? Tropical Med Int Health. 2011;16(8):1007–14.
- Meessen B, Malanda B. No universal health coverage without strong local health systems. Bull World Health Organ. 2014;92(2):78–78A.
- Bertone MP, Meessen B, Clarysse G, Hercot D, Kelley A, Kafando Y, et al.
   Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. Health Res Policy Syst. 2013;11:39.
- 15. Kelley A, Sieleunou I, Gashubije L, Felicien Hounye H, Samake AM, Mayaka MS, Samba M, Garba, Tchang S, Moha M, Yé M, Mbessan P, Adam Z, Meessen B. Une vue d'hélicoptère: Cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone, Rapport Phase 1. Muskoka: Recherche Collaborative CdP; 2014.
- Senge PM. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organisation. New York: Currency Doubleday; 1990.
- 17. Garvin DA. Building a learning organisation. Org Dev Trng. 1985;6E(Iae):274.
- Senge PM. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organisation. New York: Broadway Business; 2006.
- Marquardt MJ. Building the Learning Organization. New York: McGraw-Hill Companies: 1996
- Akhnif E, Macq J, Fakhreddine MI, Meessen B. Scoping literature review on the learning organisation concept as applied to the health system. Health Res Policy Syst. 2017;15:16.
- Watkins KE, Marsick VJ. Sculpting the Learning Organization: Lessons in the Art and Science of Systemic Change. San Francisco: Jossey-Bass Inc.; 1993.
- $22. \ \ Garvin\ DA.\ Building\ a\ learning\ organisation.\ \ Harv\ Bus\ Rev.\ 1993; 71(4):78-91.$
- Pedler M, Burgoyne JG, Boydell T. The Learning Company: A Strategy for Sustainable Development. New York: McGraw-Hill; 1996.
- Watkins KE, Marsick VJ. Dimensions of the Learning Organization Questionnaire. Warwick, Rl. Partners for the Learning Organization, 1997.
- Garvin DA. Learning in Action: A Guide to Putting the Learning Organization to Work. Boston: Harvard Business Press; 2000.
- Vassalou L. The learning organization in health-care services: theory and practice. J Eur Ind Train. 2001;25(7):354

  –65.
- Cathon DE. The learning organisation: adapted from the fifth discipline by Peter Senge. Hospital Mat Manag Q. 2000;21(3):4–10.

- 28. Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? Harv Bus Rev. 2008;86(3):109.
- Leufvén M, Vitrakoti R, Bergström A, Kc A, Målqvist M. Dimensions of learning organization s questionnaire (DLOQ) in a low-resource health care setting in Nepal. Health Res Policy Syst. 2015;13:6.
- Kelly DR, Lough M, Rushmer R, Wilkinson JE, Greig G, Davies HT. Delivering feedback on learning organization characteristics using a learning practice inventory. J Eval Clin Pract. 2007;13(5):734–40.
- Mohebbifar R, Hashemi HJ, Rajaee R, Najafi M, Etedal MG. Learning organisation profile of educational hospitals in Iran: practice of organisational interlocking systems. Glob J Health Sci. 2015;7(5):51.
- Toure et al. From health information system to collective intelligence: refocusing the health district on the population through ICT. Report of the CoP HSD workshop. Community of Practice Health Service Delivery. 2016. https://www.health4africa.net/wp-content/uploads/Cotonou-Workshop-note-12-oct.pdf.
- Vancouver Statement for the Fourth Global Symposium on Health Systems
  Research Vancouver, Canada 18 November 2016. http://www.ddcf.org/
  globalassets/african-health-initiative/vancouver-statement-final.pdf. Accessed
  18 July 2018.
- Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso LSZ. Participatory Action Research in Health Systems: A Methods Reader. Harare: EQUINET, TARSC, AHPSR, WHO, IDRC; 2014.

#### Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- $\bullet$  gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

#### At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions





CHAPITRE 8. Analyse de la place de l'apprentissage organisationnel dans les politiques CSU, cas du RAMED

The place of learning in a universal health coverage health policy process: the case of the RAMED policy in Morocco

E Akhnif, 1,2,3 J Macq,2 Bruno Meessen3,4

(Publié)

Ref : Akhnif E, Macq J, Meessen B. The place of learning in a universal health coverage health policy process: the case of the RAMED policy in Morocco. Health Research Policy and Systems. 2019 Dec;17(1):21.

RESEARCH Open Access

# The place of learning in a universal health coverage health policy process: the case of the RAMED policy in Morocco



E. Akhnif<sup>1,2,3</sup>, J. Macq<sup>2</sup> and Bruno Meessen<sup>3,4</sup>

#### Abstract

Background: To progress towards universal health coverage (UHC), each country will have to develop its systemic learning capacity. This study aims at documenting how, across time, learning can feed into a UHC policy process, and how the latter can itself strengthen (or not) the learning capacity of the health system. It specifically focuses on the development of a major health financing policy aligned with the UHC goal in Morocco, the RAMED, a health financing scheme covering hospital costs for the poorest segment of the population.

**Methods:** We conducted a retrospective analysis of the RAMED policy for the period between 1997 and 2018, along with a case study design. For the data collection and analysis, we developed a framework combining Garvin's learning organisation framework and the heuristic health policy analysis framework. We gathered data from key informants and document reviews.

**Results:** The study confirmed the importance of learning during the different stages of the RAMED policy process. There is evidence of a leadership encouraging learning, the introduction and adoption of knowledge management processes, and the start of a transformation of the administrative culture. Yet, our study also showed some major shortcomings, especially the lack of structure of the learning, and insufficient effort to systemise and sustain a transformation of practices within the health administration. Our study also confirms that the learning changes in nature across the different stages of the policy process.

Conclusion: The policy decisions and the implementation strategy create a learning dynamic, though not structured in all cases. Despite the positive interaction between learning and the RAMED policy, the opportunity to push forward a more structural transformation towards a learning system has not been fully seized. Hierarchical logics still largely prevail in the Moroccan health administration. The impact of future health policies for both the target beneficiaries and the health system will be bigger if their design integrates purposeful and structured actions in favour of organisational learning. This recommendation probably applies beyond Morocco.

Keywords: Universal health coverage, health system, learning organisation, health financing

## Key messages

Country systemic learning capacities will be key to progress towards Universal Health Coverage.

<sup>2</sup>IRSS - Clos Chapelle-aux-champs 30 bte B1.30.13 à 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Université Catholique de Louvain (UCL)

Ottignies-Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium

Full list of author information is available at the end of the article



## **Background**

Universal health coverage (UHC) is a topic of concern at the global level. It is defined as the capacity to provide all people with access to health services of sufficient quality, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship [1]. In

© The Author(s). 2019 Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Learning capacities enhance policy development, but can also benefit from the latter.

Learning should receive more attention in health policy analyses.

<sup>\*</sup> Correspondence: akhnif@yahoo.fr

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>School of Public Health, Rue Lamfadel Cherkaoui, Madinat Al Irfane, BP-6329 Rabat, Morocco

many low- and middle-income countries (LMICs), progress towards UHC will require strengthening of the health system [2, 3] and the introduction and rollout of medical coverage schemes for under-covered groups such as very poor households or people working in the informal sector [4].

A growing number of scholars and actors are studying the path to UHC [5]. A recent study looked at 24 countries and highlighted the existence of diversity in paths in terms of strategic choices that led to different results [6]. In fact, for any country, the road to UHC is strongly linked to the complex process by which policy decisions take place. Thus, the transferability of experiences from one country to another is deemed to be somewhat limited [5, 6], wherein each country will have to find its own way to reach UHC. This statement suggests a key recommendation to countries, namely that to progress towards UHC, each country must develop its capacity to learn from its own experience [7]. However, so far, how to develop systemic learning capacities has been given little importance by the health sector actors, especially in LMICs [8].

For this research programme at the crossroads of UHC, policy and learning processes, the research community does not start from scratch. For instance, the heuristic stage framework [9] pays particular attention to the stage of monitoring and evaluation, and acknowledges the feedback loop between the policy and the emerging learning. There is also a huge literature on the uptake of evidence to inform UHC policies [10, 11], together with a growing recognition that learning should not stop at research findings [12]. More recently, scholars have started to look at health systems as complex systems not complying with deterministic causal models [13, 14]. A recommendation emerging from this recognition is that investing in learning capacities is key [15]. It has also been recommended to adopt new ways of thinking to close the knowledge-action gap; innovation in health systems should constitute learning opportunities [16].

The importance of looking at learning processes in health financing development in a comprehensive way is also attracting more attention. Some health policy analysts have tried to look at how knowledge contributes to shaping and affecting health financing policies [17–19]. For instance, Ir et al. [20] used a knowledge translation framework to analyse the development of health equity funds in Cambodia. Their study shows how lessons from the pilot experience helped feed into national policy. More recently, Meessen et al. [21] put knowledge as one of the key dimensions where progress should take place during the scale-up process of a health financing strategy, with the recognition that this progression is itself multidimensional (e.g. from hypothesis to evidence, from

theory to practice, from a few persons to many) and benefits from purposeful processes (e.g. experimentation via pilot projects). However, this does not say much on how to structure learning capacities within the health system, and the administration in particular.

It is only very recently that health system researchers have realised that they should tap the important body of knowledge developed on organisational learning in business studies [7]. Organisational learning has been described in several ways. It is said to be the cumulative product of learning in small groups or teams [9]. It determines the capacity for organisations to learn from experience and to exploit the knowledge of others to contribute to organisational intelligence [22]. Organisational learning is also defined as the collective learning triggered in an organisation by creating a capacity to impact its performance [23, 24]. Sharing knowledge that remains in the organisation, regardless of changes in healthcare teams or members, contributes to organisational effectiveness and efficiency [25]. A learning organisation can then be defined as an organisation where conditions for organisational learning are in place [26].

This study aims at documenting how, across time, learning can feed into a UHC policy process, and how the latter can itself strengthen (or not) the learning capacity of the health system. Despite weaknesses in terms of learning at the level of the Moroccan health system [27], the RAMED (Régime d'Assistance Médicale), a health coverage scheme for the poor, provides an interesting case - it is indeed considered one of the structurcontributed to health ing policies that development and allowed Morocco to make significant progress towards UHC (9 million were covered by this scheme in 2015) [28]. Furthermore, the fact that several LMICs (e.g. Thailand, Cambodia and Mexico) made important progress towards UHC by the rollout of a scheme targeting the (important) poor segment of their population and that a country like India is about to take the same road at a massive scale [29] indicates that the RAMED policy is of interest beyond the strict case of Morocco.

The objective of this research is to focus on the nature of an assumed bi-directional relationship between policy development and organisational learning. The two research questions focus on assessing how pre-existing (organisational) learning contributed to the development of the RAMED policy and how the RAMED policy contributed to strengthening the attributes of organisational learning within the Ministry of Health of Morocco.

The financing of the Moroccan health system and RAMED According to the latest Moroccan national health accounts, the total health expenditure in 2013 reached approximately 52 billion dirhams (\$US 6 billion at the

2013 exchange rate), amounting to nearly \$US 188 per capita. This total health expenditure represents 5.9% of the GDP. The sources of financing of the health system are tax revenue (24.4%), households (50.7%), health insurance (22.4%), employers (1.2%), and international cooperation and others (1.3%). The scale of the solidarity is thus still limited, with the most significant part of health financing being out-of-pocket.

The main objective of the RAMED scheme is to provide financial protection for the poor and the near poor in their use of public hospitals. For enrolment, an identification system based on 'means scores' was developed. The RAMED is mainly subsidised by the government through resources allocated to the Ministry of Health (MoH). The RAMED started with a pilot experiment in 2008 and was generalised in 2012. Today, it covers 28% of the population.

#### **Methods**

We used a case study as the design for this research. We conducted a retrospective analysis of the RAMED policy for the 1997–2018 period using a specific framework and collecting data from key informants and document reviews.

#### Conceptual framework

For our analysis focused on learning, we have opted for an adapted version of the framework developed by Garvin et al. [30, 31], which is one of the most commonly used in the health system literature [8]. We have used and appreciated its power in a previous cross-country empirical study [7]. Our adapted version of the framework is organised around Garvin's three main blocks, namely (1) leadership reinforcing learning (encourages the use of knowledge from learning and practice); (2) an

environment supportive of learning (space for new ideas to emerge, to be tested, analysed and discussed collectively before adoption and scale-up); and (3) practical processes for learning (sustained and systematic mechanisms of the production of learning and knowledge) (Fig. 1).

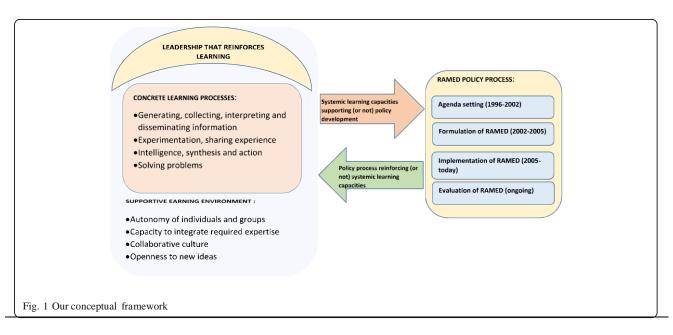
We have combined this framework with the so-called 'stage heuristic framework' [9, 32], which structures a health policy into four main sequential stages, namely agenda-setting, policy formulation, policy implementation, and policy evaluation [33]. This sequential approach to the policy process helps with both the description and the analysis of what happened.

Our conceptual framework therefore emphasises the interrelation between the organisational dynamic and policy development. However, our choice of focusing on the learning has an opportunity cost – in our analysis, we had less space to discuss the other dimensions of the policy process such as the context and the role of actors [34].

#### Source and methods for data collection

For the data collection, we designed a grid that takes into account the elements of learning as explained in our framework and allows analysis of each of the stages of the RAMED policy. This led to a semi-structured questionnaire used for the interviews and a tool for document data extraction. The questions in our questionnaire were inspired by a survey tool developed for our previous cross-country analysis [7].

To answer our two main objectives, we organised our documentation of the RAMED policy process into four sub-research questions, as follows:



- 1. What are the factual elements that demonstrate effective learning for a better RAMED policy? What are their characteristics? At what level of the health system did these different learnings take place?
- 2. How did learning occur during the major phases of policy development? Did learning take different forms for the different heuristic stages of the policy? What mechanisms and routines have been implemented to ensure learning?
- 3. What were the barriers or facilitating factors of learning for the RAMED policy, at the level of the actor (including leadership), context (including organisational culture), process and content?
- 4. Is it possible to identify mechanisms or processes by which the development of the RAMED policy itself would have led to a strengthening of the health system capacity to learn? (progress towards the learning organisation).

#### **Document review**

In order to understand the RAMED policy elements we conducted a documentation review [35-42]. To identify the more important documents, we set the selection criteria of including the documents most used by decision-makers and those most recommended by actors involved in the policy implementation; we also used our knowledge of the policy to choose the most relevant documents. We searched these documents through the websites of the National Agency for Health Insurance, the National Observatory of Human Development and the reports available in the archives of the MoH and of financial and technical partners (WHO, European Union, World Bank, etc). We also contacted resource personnel at the MoH. The document review contributed to shaping the timeline of the policy (Additional file 1) and helped to give a documented introduction to each phase of the policy.

#### **Key informant interviews**

For our case study, data collection was also based on semi-structured interviews. The key informants were

selected among people who had participated in at least one phase of the RAMED policy and had played an important role in this process. For the agenda-setting and policy formulation, people at the central level were interviewed; for the implementation of RAMED, in addition to people at the central level, there were also people from the regional and local levels of the MoH. Given the cross-sectoral nature of the policy, a few people outside the MoH were also interviewed. The sample was determined according to the importance of each phase (number of years and complexity of the phase); we started with a number of interviewees and continued recruiting until saturation was achieved for the phase.

The interviews were conducted by the first author. All our interviewees agreed to conduct the interviews in French, agreed to be recorded and gave verbal consent. The duration of each interview varied from 1 to 1.5 h.

Table 1 describes the sample of the study according to the profile of the interviewees and the stage of the policy in which they were involved. For the policy formulation, we interviewed three people from the MoH who were involved in the inter-ministerial committee; we noticed from the second interview that they shared very similar answers as they had worked in the same group. The policy implementation took place from 2008 to 2018 and still continues; therefore, we devoted a great number of interviews to this phase to capture all aspects and achieve saturation.

#### Data analysis

After conducting and recording all interviews, we transcribed them into Word documents. We then coded the transcripts based on the elements of our framework using NVivo to organise our codes and an Excel sheet to structure our summary of the results.

The document review provided an introduction documenting each phase in the result section. It also allowed us to finalise the timeline (Additional file 1).

Table 1 Description of participants' profiles (n = 18)

Policy stages	Senior officials, high level decision- makers	Heads of department or divisions involved in RAMED policy (including one from the Ministry of Finance)		Regional director	Hospital director	Technical and financial partners	National observatories' researchers	Senior advisers on UHC	
Agenda-setting and policy formulation	1	2							
Policy implementation	1	3	2	1	2			1	1
Policy evaluation						2	2		

#### **Ethical considerations**

The study protocol was approved by the ethical committee of the Institute of Tropical Medicine of Antwerp in Belgium (decision number 1212/18). Prior to each interview, the first author presented the objectives of the study and obtained verbal approval and consent to record the interview.

#### **Results**

We have structured the presentation of our results by stages of the policy (agenda-setting and policy formulation, implementation and evaluation). Agenda-setting was merged with policy formulation because the focus of this article is mainly on learning within the MoH; the agenda-setting was actually very political, with a limited role for the MoH. For each stage of the policy, we present the results according to the three blocks of the Garvin framework. There are, of course, relationships between the three blocks, so some phenomena are reported in more than one block for different purposes.

# The agenda-setting and policy formulation phase (1996–2002)

The history of basic medical coverage in Morocco dates back to the 1990s (see timeline in Additional file 1). Prior to that, the poor had access to health services through so-called 'indigence certificates'. The first draft on compulsory health insurance was formulated between 1990 and 1992, and was followed by an announcement of the principles of the basic medical coverage in a royal speech in 1993. In 1995, the government proposed the law of compulsory health insurance (Assurance Maladie Obligatoire; AMO) for formal employees in the private and public sectors. However, this law was not approved by parliament (at that time, the opposition was dominated by the socialist party) because it did not foresee coverage for the poor. Between 1996 and 1997, an inter-ministerial commission was created to co-produce a draft of the basic medical coverage law in Morocco. The political transition of this period (1998) [43] contributed to prioritising RAMED.

# How the policy process contributed to strengthening the learning elements

## Leadership that reinforced learning

The first stage of the policy was characterised by direct involvement of the Prime Minister in strategic discussions on technical proposals of the policy. This high-level involvement in the policy played a role in stimulating a leadership dynamic in the ministries involved in the inter-ministerial committee and, more importantly, contributed to reducing divergences between ministries. The need to have creative ideas pushed policy-makers to encourage learning within their teams.

In this sense, the leadership of the MoH was strengthened by its involvement in this committee and contributed to value learning for RAMED. The ministers and senior officials involved in the policy formulation encouraged their teams to work hard, gather knowledge and search for the best ideas. For example, teams involved in RAMED were sent to visit other countries like France, Belgium, Tunisia, Algeria and Latin American countries to learn from their experiences to make proposals for the case of Morocco.

"The Prime Minister... introduced a learning dynamic on RAMED and he himself raised relevant questions during the discussions ... in 1998, the Prime Minister himself chaired the RAMED meetings and decisions were taken immediately during these meetings on the types of study to be initiated" (Informant 3).

"High-level meetings were organised to discuss the options, including political leaders: there was a high political commitment" (Informant 4).

#### An environment supportive of learning

The dynamic that was created within the inter-ministerial committee contributed to the emergence of an environment supportive of learning. The policy formulation process, although imposed by the rules of the administration and hierarchy, had some positive results in creating a collaborative dynamic. As it was a new policy, it gave importance to the use of knowledge and factual data. Individuals from each department had some autonomy in proposing new ideas, although not all were accepted. The inter-ministerial committee integrated expertise from the country, but also involved experts from other countries in consultancies. Additionally, members of the committee were obliged to work in teams and groups to ensure a 'complementarity' in the reflection. A culture of structured and documented meetings was adopted, which was also a way of formalising the commitment of each department to the policy. The study visits that were organised contributed to creating an openness to new ideas from other contexts. The dynamic also created informal relations between members of the committee that went beyond the hierarchy which enhanced the learning.

"RAMED has contributed to better individual and team-level development, but lacked work at the institutional level" (Informant 2).

For the technical work that was performed within the government departments (inter-ministerial group), the effect of hierarchy played a positive role in reducing

resistance from some departments who opposed some technical choices, especially the Ministry of Finance.

"More and more, RAMED has contributed to the development of a collaborative culture between actors and departments involved in the policy" (Informant 1).

#### Concrete processes for learning

The policy decisions at a high level in the organisation of the formulation process created and improved some practical processes of learning, for example, internalising the environment experience through study tours in different countries; this enhanced the knowledge of individuals involved in the policy. The practice of structured meetings and sharing the minutes was also a practical process for learning that characterised this phase (generating knowledge). Universities were also involved in this dynamic through research projects concerning specific issues related to the policy (collecting, interpreting and disseminating information). In this period, resources were available for departments to develop processes for learning. Learning from experience in the field and experimentation was also developed through the testing of ideas in the field prior to presenting them in high-level meetings and taking decisions (experimentation). For example, before formulating the eligibility criteria, a series of tests were carried out by members of the committee in the field.

"We had scholarships to develop research related to the policy and even had the opportunity to publish articles" (Informant 1).

# How the learning dynamic contributed to developing the policy

The learning dynamic created by the policy formulation process had as an objective the development of a draft of the law submitted for government and parliament approval. The learning initiated by members of the committee strengthened the capacity of policy-makers regarding the content of UHC. This helped to defend the draft of the law through the complex government and parliament approval process. As stated by one member of the committee:

"In the beginning, during the technical meetings of the committee when I talked about adverse selection, people didn't know what I was saying, but now there are many people who know a lot about the policy" (Informant 1).

Many interviewees acknowledged that the learning dynamic through teamwork and the collaborative culture

improved the quality of the technical dimension of the draft. For example, thanks to the learning and group discussions, members of the committee agreed that, in order to increase access, there should be no user fees for RAMED beneficiaries. In this example, we see clearly that learning from each other (teamwork) and the exchange of technical arguments can lead to positive decisions.

"The discussions between the members of the committee led to ideas for the benefit of the beneficiaries of the RAMED. For example, in the beginning, some members wanted to establish a user fee for the beneficiaries, but the consensus was to remove it to improve access for the poor" (Informant 2).

#### The implementation phase of RAMED (2008-today)

After the adoption of Law 65-00 [44] in 2002, with its two components AMO and RAMED, all political attention focused on the AMO scheme, which had much stronger political backing (unions and formal sector employees). The implementation of the RAMED compo- nent was delayed until 2008, the decision to start with a pilot experiment was taken, and which eventually took a little longer than planned (almost four years, 2008–2011) [35– 37]. From 2008, the government developed the regu- lations of the RAMED [45], which continued to evolve until 2015. In February 2011, the Arab Spring [46] struck Morocco, with the 'February 20' social movement [47]. The King reacted swiftly with a constitutional reform in 2011 that granted more power to the government and declared the right to access to health services for all the population. In 2012, the King decided to generalise the RAMED. The generalisation came at a time when the first evaluations of the pilot experiment had taken place in 2010 [35]. In 2013, a new inter-ministerial committee was set up for the follow-up of the scheme's generalisation. In 2016, the inter-ministerial committee produced an interdepartmental action plan for medical coverage including the RAMED scheme. In 2017, the same committee examined the decision to create an independent body for management of the RAMED resources and regulations.

This stage of RAMED was considered by our interviewees as the phase where the learning was the most important and concerned a large number of people, unlike the formulation phase, which was restricted to a small group.

# How the policy (implementation) contributed to strengthening the learning elements

Leadership that reinforces learning for policy implementation The implementation phase was

characterised by the development of leaders at different levels of the organisations involved in the RAMED policy. After the social movements of the Arab Spring, problems with access to health services were identified by the authorities as one of the triggers for social protests in Morocco. RAMED was therefore considered an issue of security and political stability across the government apparatus. This importance, and the high expectations of the population, forced leaders to be more sensitive in examining options and strategies before implementing them and so helped trigger a learning dynamic to solve problems. Indeed, as mentioned by a regional director, because of the role given to the Ministry of Interior, local governors played the role of coordination and promotion of the use of knowledge and learning within the rules of the administration. The successive Ministers of Health who managed the implementation phase also played a leadership role and promoted learning at different levels of the Ministry. Additionally, the pilot experiment was an opportunity for emerging local health leadership at the operational level such as regional directors, provincial medical officers and hospital directors who adopted and encouraged the learning dynamic.

"The Minister of Health has formed a group of directors to reflect on basic medical coverage with working sessions even in his home" (Informant 5).

Leadership that is supportive of learning was also encouraged and inspired by the attitude of leaders at the central level, who encouraged regional leaders to be sensitive to the use of learning. In their own words:

"We were lucky to have a secretary general who supported us and helped us in the learning on the RAMED" (Informant 5).

"The governor of the Ministry of Interior involved me in many meetings which were sources of learning" (Informant 6).

Leadership that reinforced learning was illustrated by the large number of meetings and the commission of many studies, along with the dynamic that was created at the operational level to promote learning. Thus, with the implementation of the policy, health system managers started to adopt a participative approach to making decisions.

**Supportive environment for learning in the policy implementation** phase The interviewed actors acknowledged the importance of RAMED as an issue of national debate which generated an environment conducive to

learning. Firstly, managers at different levels had some freedom and autonomy to propose ideas and strategies in meetings at the central level, even if not all ideas were taken into account. Additionally, a dynamic of exchange was created between the central and regional levels (openness to new ideas from the field). During the implementaseveral consultancies involving national international expertise were launched to develop organisational tools and procedures. This environment was illustrated by dynamic meetings and seminars, with shared reports, in which a multisectorial collaboration culture was developed. The creation of many committees, some of them strategic, contributed to sharing knowledge and the institutionalisation of teamwork. In this dynamic, managers were encouraged to innovate in relation to the strategies and solutions to problems encountered.

"A member of my team from my department went home during a weekend to work on the eligibility criteria to develop a computer application. No one asked him to do this. It is an example of innovation" (Informant 8).

"The culture of sharing was there at the central level. We were always involved in bodies and committees. At the level of the region, I created evaluation committees. We collect information and create a group dynamic, and we take decisions with an improvement plan" (Informant 5).

At the regional level, other regions created unofficial networks to learn from the experience of the pilot region through visits or phone calls to ask about how they dealt with some implementation problems (sharing experiences). Further, a dynamic of solving problems at the regional level was created with the participation of the civil society (collectively solving problems). The organisation of an international symposium to share the experience of RAMED and learn from other countries' experiences confirmed the environment for exchange and learning [48].

Concrete processes for learning in the implementation phase of the policy Experimentation was conducted through the testing of tools and organisational mechanisms in the field before the formulation of laws or strategies. The eligibility criteria for the pathway of care for RAMED beneficiaries were tested during the pilot experiment and evaluated and updated. The sharing of experiences between levels, regions or hospitals was developed, but was not systematic or integrated within health organisations' procedures. Systematic meetings at different levels and sharing their minutes were other practical processes that contributed to developing learning for the RAMED policy.

"We received calls from our colleagues in other hospitals to learn how to deal with problematic situations, but they were limited to friendly relationships, not initiated by the central level for all hospitals to learn from the pilot experience" (Informant 12).

The development of cooperation projects with technical assistance (with the European Union, World Bank, WHO and African Development Bank) was also considered as a process of learning that exposed managers to other experts' opinions and evaluations (generating, collecting, interpreting and disseminating information). The RAMED also favoured exchanges between managers of regions and hospitals, but this was not systematic and depended on the manager's profile and motivation. The training on a large scale that accompanied the policy was considered a practical process. Additionally, the institutionalisation of an annual report about the achievement of RAMED through the creation of an observatory at the level of the hospital directorate contributed to initiating intelligence, synthesis and action functions.

The annual national meeting to share the progress of the policy was also a practical process, because it allowed confrontation of different opinions, information, reports and critiques, and was described by implementation actors as very interesting and a rich source of learning [48]. These meetings led to the adjustment of some strategies and the correction even of regulations through amendments. For example, meetings about the RAMED eligibility criteria led to changing them based on the evaluation of the pilot experiment.

"Individual level learning exists and it is daily. Collective sharing remains dependent on the dynamics of the local team. The major problem is the systematisation of learning" (Informant 15).

How learning elements contributed to developing the policy The learning dynamic that was created by the RAMED policy built the capacity of leadership at the regional level to make suggestions regarding the implementation of the policy. Indeed, before the policy implementation, the process of making decisions was vertical and not based on participation; this only started to change with the RAMED. The most important aspects were related to the creation of a collective problem-solving dynamic, as stated by one informant at the regional level:

"The culture of sharing was there at the central level. We were always involved in bodies and committees. At the regional level, I created evaluation committees. We collect information and we create a group dynamic, and we take decisions with an improvement plan" (Informant 6).

The learning environment that was created through the policy enhanced the implementation by creating a climate for developing technical guidelines and documented organisational procedures (many guidelines were edited), especially during the pilot experiment. Further, the learning dynamic within the inter-ministerial committee led to taking some strategic decisions, like creating an independent fund for RAMED resources to ensure the separation of the financing function from the service delivery function in 2017.

"Several debates on the RAMED between all the departments on governance, the sustainability of the scheme ... etc. – the exchanges were quite positive, otherwise we would not have made the decision to go to an independent management body of RAMED" (Informant 5).

The learning from the experimentation process, including the discussion dynamic that was created, contributed to reviewing many organisational aspects. The evidence produced urged the government to allocate resources for the infrastructure of hospitals for 5 years, although this was not enough. On the other side, the new inter-ministerial committee was created in 2013 after the lessons learnt from the first years of RAMED implementation to improve governance through an interdepartmental learning dynamic. This new dynamic led to an action plan in 2017 for the generalisation and improvement of medical coverage, including RAMED.

"RAMED has contributed to developing a culture of producing leaflets and policy briefs, the synthesis of which has been shared through forums and meetings organised at central level" (Informant 17).

# $\label{eq:continuous} Organisational \ learning \ within \ the \ evaluation \ phase \\ (2011-today)$

Our presentation of the result does not follow the same structure as the former sections, as it was not directly led by the MoH as an activity of its organisations.

Since 2011, different evaluations have been conducted to generate lessons for the generalisation and implementation of RAMED. The first evaluation was conducted on the pilot experiment in 2010, which summarised the main achievements and pitfalls of this phase [35]. In 2013, 1 year after the scale-up, another evaluation was conducted with the support of the European Union [38]. Finally, in 2017, another evaluation, which concerned

the whole policy of RAMED, was performed by the National Observatory of Human Development [39]. Additionally, a few other evaluations were carried out by other groups [49, 50].

The contribution of the evaluation phase consisted in stimulating communication between the departments involved in RAMED, and showed that the RAMED leadership was aware of the importance of learning for the policy. Further, in the evaluations, innovation was encouraged to recommend solutions for each of the problems with RAMED. To illustrate the success of RAMED, the evaluation actors mentioned that the experience of RAMED has enriched other social policies (debate on the creation of a national social registration system).

The negative aspects that remain unsolved are mainly human resources and financing of the health system. Although almost all actors agreed that the financing of RAMED has to increase, the Ministry of Finance is still not strongly committed to this.

"The Ministry of Health and Ministry of Interior are aware of the constraints, but the Ministry of Finance still has to follow the recommendations and has to improve the financing of RAMED" (Informant 16).

"Now, in Morocco, to make a decision you are obliged to justify it by studies of recommendations. For example, when we recommended revising the eligibility criteria, the Ministry of Interior followed" (Informant 4).

# Variation of learning development along the policy stages

We noticed that the learning process that was developed along the policy stages was different from one stage to the next; these differences have been summarised in Table 2.

# Limitations to developing organisational learning in each stage of the RAMED policy

As we have seen, there were plenty of positive interactions between the RAMED policy and the health system learning capacities. Still, our informants highlighted several limitations that prevented the achievement of optimal levels of organisational learning. Table 3 summarises the main limitations that hampered the development of organisational learning for each of the stages of the RAMED policy.

#### Discussion

The main findings of this study are, firstly, that learning did exist in the policy process, although this was not well structured. Secondly, the actors involved in the RAMED policy acknowledged the importance of organisational learning but highlighted the lack of knowledge management mechanisms that could have made the learning more efficient. Thirdly, we have documented the fact that written materials on the RAMED policy were rather sparse; the fact that we had to rely largely on interviews indicates that Morocco lacks mechanisms to transform the abundant tacit knowledge into explicit knowledge through documentation. Fourthly, RAMED benefited from the core team that initiated the policy formulation staying involved in the

Table 2 Evolution of organisational learning according to each stage of the policy

	Leadership that reinforces learning	Environment supportive to learning	Purposeful learning processes	Levels of learning
Agenda-setting and policy formulation	The leadership valued learning, with a focus on high strata of the public administration, through the inter-ministerial committee chaired by the Prime Minister	Persistence of a hierarchical administrative culture, with openings to technical participatory processes such as group work	Structured meetings, study tours to other countries, testing ideas in the field; however, many of these processes were not systematised and generated mainly tacit knowledge	Restricted to the individual level, mainly the committee members
Policy implementation	Emergence of leadership at the regional level with a multisectoral action. National leadership continued to value learning	The dynamic of group work extended to regional and local levels, with a focus on operational issues. Openness to 'outsiders' (national and international meetings). Hierarchical logic still present, but maybe less than before the policy	Structured meetings at local, regional and national levels. Experimentation through a pilot project. Development of an information system for follow-up of the policy implementation. Training, study visits, yet absence of a systematic approach to knowledge management	Learning occurred at group and team levels, mostly thanks to the work around guidelines and procedures
Policy evaluation	A central role is entrusted to the National Observatory of Human Development (ONDH)	Sustained effort to organise meetings and discussions including all departments involved in the RAMED policy	Organisation of meetings and workshops. The evaluation report is shared on the website of the ONDH	As for the Ministry of Health, learning mainly at the individual level (especially those involved in the evaluation)

Table 3 Limitations of learning by stage and by blocks of learning

	Leadership that reinforces learning	Environment supportive to learning	Purposeful learning processes
Agenda-setting and policy formulation	Continued influence of the hierarchical structure of public administration     Sometimes a top-down approach in decisions	Difficulty in expressing all the points of view     Learning more at the individual level with weak organisational learning     The sharing was not for all aspects (some retention among departments)	Practical processes were not systematised     Most developed knowledge was tacit     The learning agenda was episodic and ephemeral, and not integrated into the routine of organisations     Problems storing the knowledge for further use
Policy implementation	Weak autonomy of hospital directors     Lack of resources to encourage learning at the local level     Continued influence of the hierarchical structure of the public administration	Weak integrated information system     Weak sharing with other departments at regional level     People were not reassured enough to express their opinion regarding the design of guidelines and regulations     Openness to expressing ideas depended on the profile of the manager     There were overlapping roles of entities involved in RAMED (conflicts)	Learning processes were quite ephemeral     Unshared reports (lack of platforms for sharing)     The practical processes of learning were not systematic (lack of systematic knowledge management strategy)
Policy evaluation	• The Ministry of Finance did not adopt the recommendations of the evaluation to increase resources for health	Participation in the evaluation was limited to a few persons from the Ministry of Health, not a large participation in the discussion of recommendations	• Weak translation of the evaluation's recommendation to action in the field for the implementation of RAMED

implementation; this helped the policy to benefit from the tacit knowledge accumulated through the whole process. Finally, the RAMED case (especially the lag between some decisions and actions and the very long duration of the pilot experiment) reminds us that, although learning is important in health policies, it is not sufficient — other conditions like resources or political willingness determine the results of the policy.

Our results are consistent with findings from previous research in Morocco [7]. There may be some progress, but the process of health policy design in Morocco remains characterised by verticality in the decision-making imposed by the rules of hierarchy. Early work on learning in public organisations highlighted that decision -making authority could be positively related to improved organisational learning [51]. In their study in Morocco, Blaise et al. [52] highlighted the existence of two conflicting logics in the Moroccan health administration, namely a normative logic, in line with public policy implementation on the one hand, and a creative logic responsive to emerging needs on the other. At that time, the latter was best addressed from outside the command and control of the line ministry (for instance, through projects). Blaise et al. [52] mentioned the improvement and evolution of scientific guidance in the Moroccan health system. Our findings confirm this positive evolution and show that the hierarchy has valued learning not only because it was an objective as such,

but also – and maybe more – because it has emerged as a means of positioning oneself and climbing the administrative ladder. Although at the beginning of the RAMED policy learning was not planned and did not concern everyone in the health organisations, the policy process had a positive effect later on, spreading a culture of learning in support of health policies.

We found the policy implementation phase to be the most important phase. It is the one where the learning was developed in a more structured and scalable manner to reach the decentralised level. Even if not all the possible opportunities from the pilot project were seized (for instance, some of the lessons from the pilot region could have been better used for other regions), experimentation was key to prepare the scale-up of the RAMED. This is consistent with findings from a study of a similar scheme targeting the poorest in Cambodia [20] or with experiences of other health financing strategies [53]. The decentralised way of managing the implementation of RAMED through the pilot experiment helped to favour learning at the decentralised level. This finding is consistent with a study in South Africa emphasising that a centralised, mechanistic structure tends to reinforce past behaviours, whereas an organic, more decentralised structure tends to allow shifts of beliefs and actions [54]. The same study reported that hierarchy could be a barrier to organisational learning, and a lack of good leadership was mentioned as

impediment to organisational learning. A study in Burkina Faso reminds us that leadership is indeed crucial—if there is limited interest among national level decision-makers in the worst off, multiple efforts with knowledge processes may be made in vain [19].

Our assessment is that the RAMED policy evaluation contributed to some extent to giving factual data a stronger place in the decision-making at different levels of the health system in Morocco. However, this is an aspect which still needs much more reinforcement, as evidenced in our cross-sectional study [7]. A strong point is that most of the evaluation was done by an independent national observatory, which helped to gather different actors in the learning dynamic.

One fact mentioned was the limited effectiveness of learning when many other problems are not solved. Indeed, the lack of autonomy of hospitals impacted the effectiveness of learning in contributing to performance improvement. The learning dynamic thus missed its objective while arriving at the last link in the process, which is developing learning at the operational level. We conclude that learning is important, but not sufficient — resources, autonomy and power delegation should follow, too.

This research focuses on an aspect of the policy process that has received limited attention so far: therefore, our study has certain inherent limitations. We should be cautious about ascertaining causalities. Herein, we based the most important part of our information on interviewees' opinions. There is maybe some influence of the power of hierarchy on our interviewees to express their opinions freely. To reduce the effect of this, we reassured participants on the ethical aspects of the study and tried to create a trusting environment during the interviews. The structure of the questionnaire also helped to triangulate and validate the information obtained. Recall bias could also be a limitation, but this was reduced by choosing people with a long-term involvement in the policy so that they could easily remember details. Finally, the study benefited from the fact that the first author, through his past and present positions in the MoH, has observed some of the reported processes.

Through this study, we hope to have shown the relevance of dedicating more attention to the issue of learning during a UHC policy process. More research work is needed for learning in health systems [8]. We see two priorities; one is to accumulate case studies like this one. This will allow, among other things, (1) a better understanding of the emergence and effectiveness of leadership supportive of learning; (2) identification of the best strategies when organisational cultures are not necessarily supportive of change; (3) appreciation of the strengths and weaknesses of different knowledge management approaches and techniques, including the exploitation of scientific and operational knowledge; and

(4) better understanding of how a learning dynamic created by a specific political process can lead to more structural transformations in public health administrations. The second priority would be to better anchor this empirical knowledge in analytical frameworks that help us to establish causalities. We hope this article and the framework we have developed will inspire other researchers.

#### Conclusion

This study has shed light on the strengths and weaknesses of organisational learning and knowledge management in the Moroccan health system as a necessary condition to improve organisational learning. From study of the RAMED policy, it emerges that this policy's actions contributed to developing learning in the MoH and its different levels. Further, the policy actions benefited from the production of this learning through the design of the policy and the implementation tools. However, there was a discontinuity in terms of the pace of learning and conditions of learning after the pilot experiment. Therefore, the learning at the operational level has not contributed to achieving the best performance levels to improve the service for the population.

It is thus not sufficient to develop learning mechanisms, but rather we need to put in place conditions that will create learning leverage to improve the service. It is also clear that, by improving organisational learning without improving the other aspects that determine health organisations' functioning (financing, human resources, autonomy, etc.), the effect of organisational learning will remain limited. For better organisational learning for UHC, countries have to invest in knowledge management entities to facilitate the sharing of knowledge on a large scale. Managers of health services need to have training on the role of learning in improving health system performance and increase their awareness of the importance of the practical process of learning. The use of digitalisation will better enhance the sharing of the vision, but also allows the creation of communication between operational and central levels of the MoH. In order to encourage dialogue and collaborative work, the MoH could launch a series of forums for discussion as communities of practice that have to be linked to the decision-making process.

We hope that this study will draw the attention of decision-makers to the importance of investing in a structured manner in learning for UHC. Use of the organisational learning framework in a learning organisation suggests directions for future actions to improve learning in health organisations — it is a matter of supportive leadership, a culture favourable to learning and appropriate learning processes. Some of these are in place in Morocco, but there is still some work to be done in this direction.

#### Additional file

Additional file 1: Timeline of RAMED policy. (DOCX 43 kb)

#### Abbreviations

AMO: Assurance Maladie Obligatoire; LMICs: low- and middle-income countries; MoH: Ministry of Health; RAMED: Régime d'Assistance Médicale; UHC: universal health coverage

#### Acknowledgements

We are grateful to Vincent de Brouwere, Bruno Marchal and Joël-Arthur Kiendrebeogo for having read and commented on this article. Their inputs were helpful. We thank Ibukun Abejirinde for her comments.

#### Funding

This research benefited from the support of the Belgian Development Cooperation.

#### Availability of data and materials

The questionnaire for the study is available on request to the last author.

#### Authors' contributions

EHA developed the protocol, carried out the data collection and the analysis, and wrote the article. JM contributed to the design, analysis and discussion of the article. BM was the director of the research, and contributed to the design, analysis, writing and final editing of the article. All authors read and approved the final manuscript.

#### Ethics approval and consent to participate

 $\mbox{N}^{\circ}$  1212/18 of the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium, Institutional Review Board.

#### Consent for publication

Not applicable.

### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### **Publisher's Note**

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

#### Author details

<sup>1</sup>School of Public Health, Rue Lamfadel Cherkaoui, Madinat Al Irfane, BP-6329 Rabat, Morocco. <sup>2</sup>IRSS - Clos Chapelle-aux-champs 30 bte B1.30.13 à 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Université Catholique de Louvain (UCL) Ottignies-Louvain-la-Neuve, Brussels, Belgium. <sup>3</sup>Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. <sup>4</sup>Community of Practice 'Performance-Based Financing', Antwerp, Belgium.

**Received:** 23 November 2018 Accepted: 5 February 2019 Published online: 21 February 2019

#### References

- World Health Organization. The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
- Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ. 2017;95(7):537.
- Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Med. 2010;7(1):e1000089.
- Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867–8.
- McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. Value Health. 2013;16(1):S39–45.
- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. Going Universal: How 24
  Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage from
  the Bottom Up. Washington, DC: World Bank Publications; 2015.

- Akhnif E, Kiendrebeogo JA, Azouzzi AI, Adam Z, Makoutode CP, Manitu SM, Njoumemi Z, Kelley AG, Meessen B. Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries. Health Res Policy Syst. 2018;16:78.
- Akhnif E, Macq J, Fakhreddine MI, Meessen B. Scoping literature review on the learning organisation concept as applied to the health system. Health Res Policy and Syst. 2017;15:16.
- Lasswell H. The Decision Process. College Park: University of Maryland Press; 1956.
- Orem JN, Mafigiri DK, Marchal B, Ssengooba F, Macq J, Criel B. Research, evidence and policymaking: the perspectives of policy actors on improving uptake of evidence in health policy development and implementation in Uganda. BMC Public Health. 2012;12:109.
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. Lancet. 2003;362(9396):1667–71.
- Meessen B, Kouanda S, Musango L, Richard F, Ridde V, Soucat A. Communities of practice: the missing link for knowledge management on implementation issues in low-income countries. Tropical Med Int Health. 2011;16(8):1007–101.
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. BMJ. 2001;323(7313):625.
- De Savigny D, Blanchet K, Adam T. Applied Systems Thinking for Health Systems Research: A Methodological Handbook. McGraw-Hill Education; 2017. http://researchonline.lshtm.ac.uk/4646083/. Accessed 20 Feb 2019.
- Carroll JS, Edmondson AC. Leading organisational learning in health care. Qual Saf Health Care. 2002;11(1):51–6.
- Pappaioanou M, Malison M, Wilkins K, Otto B, Goodman RA, Churchill RE, et al. Strengthening capacity in developing countries for evidence-based public health: the data for decision-making project. Soc Sci Med. 2003; 57(10):1925–37.
- Stein C. Knowledge translation of health research: using evidence for policy in health and well-being. Eur J Pub Health. 2016;26(Suppl 1):ckw173.070.
- 18. Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, Kadio K, Ouedraogo M, Sanfo M, et al. Challenges of scaling up and of knowledge transfer in an action research project in Burkina Faso to exempt the worst-off from health care user fees. BMC Int Health Hum Rights. 2011;11(Suppl 2):S9.
- Ridde V, Leppert G, Hien H, Robyn PJ, De Allegri M. Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: evidence from a cross-sectional survey. Int J Equity Health. 2018;17(1):5.
- Ir P, Bigdeli M, Meessen B, Van Damme W. Translating knowledge into policy and action to promote health equity: the Health Equity Fund policy process in Cambodia 2000–2008. Health Policy. 2010;96(3):200–9.
- Meessen B, Shroff ZC, Bigdeli M. From scheme to system (part 1): notes on conceptual and methodological innovations in the multicountry research program on scaling up results-based financing in health systems. Health Syst Reform. 2017;3(2):129–36.
- 22. Levinthal DA, March JG. The myopia of learning. Strat Manag J. 1993;14:95-112.
- Bapuji H, Crossan M. From questions to answers: reviewing organizational learning research. Manag Learn. 2004;35:397–417.
- Peirce JC. The paradox of physicians and administrators in health care organizations. Health Care Manag Rev. 2000;25:7–28.
- Krejci JW. Imagery: stimulating critical thinking by exploring mental models. J Nurs Educ. 1997;36:482–4.
- Marquardt MJ. Building the Learning Organization: Mastering the Five Elements for Corporate Learning. London: Hachette UK; 2011. https://www. amazon.fr/Building-Learning-Organization-Mastering-Corporate/dp/ 1904838324.
- Dkhimi F, Noirhomme M, Meessen B. Rapport de Consultation sur le Projet d'Apprentissage par l'Action. Rabbat: IMT, WHO Country Office Morocco; 2015.
- Rapport d'Activites de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Anam) au Titre de l'Annee 2015 Régime d'Assistance Médicale (RAMED). 2016. http:// www.anam.ma/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-dactivit%2D%2Ds-de-IANAM-volet-RAMED-exercice-2015.pdf. Accessed 18 Feb 2019.
- Brennani D. India is Introducing Free Health Care for 500 Million People 2018. https://www.newsweek.com/india-introducing-free-healthcare-500-million-people-1075607. Accessed 18 Feb 2019.
- Garvin DA. Learning in Action: A Guide to Putting the Learning Organization to Work. Boston: Harvard Business Press; 2000.

- Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? Harv Bus Rev. 2008;86(3):109.
- Brewer G, deLeon P. The Foundations of Policy Analysis. Monterey: Brooks/ Cole; 1983.
- Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy Plan. 2008;23(5):308–17.
- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353–70.
- Évaluation du Test Pilote du Régime d'Assistance Médicale dans la Région Tadla-Azilal. Rapport d'Évaluation. Ministère de la Santé. 2010. http://www. ondh.ma/fr/publications/rapport-levaluation-regime-dassistance-medicaleramed. Accessed 18 Feb 2019.
- Rapport de l'Étude Actuarielle Relative au RAMED. Programme Financé par l'Union Européenne. Rabat: Ministry of Health; 2013.
- Analyse des Prestations Sanitaires Produites dans les Quatre Hôpitaux de la Région Pilote en Faveur des Bénéficiaires du RAMED. Programme Financé par l'Union Européenne; 2012.
- Etude d'Évaluation des Renouvellements de l'Éligibilité au RAMED et de Récupération des Cartes par les Personnes en Situation de Vulnérabilité. Programme Financé par l'Union Européenne; 2013.
- Rapport de Synthèse sur l'Évaluation du RAMED. Observatoire National du Developpement Humain; 2017.
- 40. Manuel des Procedures RAMED. Agence Nationale de l'Assurance Maladie; 2010.
- Rapport d'Évaluation du RAMED. Programme Financé par l'Union Européenne; 2011.
- Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED): Une Composante Fondamentale de l'Équité dans l'Accès aux Soins de Santé et de L'Objectif de la Couverture Sanitaire Universelle. Maroc: OMS: 2015.
- Bendourou O. Transition démocratique et réformes politiques et constitutionnelles au Maroc. http://aan.mmsh.univ-aix.fr/Pdf/AAN-2000-2001-39\_32.pdf. Accessed 18 Feb 2019.
- 44. Dahir nº 1–02-296 du 25 Rejeb 1423 (3 Octobre 2002) Portant Promulgation de la Loi nº 65–00 Portant Code de la Couverture Médicale de Base (257.47 ko). https://www.cnss.ma/sites/default/files/loi-65-00-amo\_0.pdf. Accessed 18 Feb 2019.
- 45. Décret n° 2–08-177 du 28 Ramadan 1429 (29 Septembre 2008) Portant Application des Dispositions du Livre III de la Loi n° 65–00 Relatives au Régime d'Assistance Médicale (790 Kb). http://www.anam.ma/ reglementation/couverture-medicale-de-base/ramed/decrets/. Accessed 18 Feb 2019
- Willis M. Politics and Power in the Maghreb: Algeria, Tunisia and Morocco from Independence to the Arab Spring. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Molina IF. The monarchy vs. the 20 February Movement: who holds the reins of political change in Morocco? Mediterr Polit. 2011;16(3):435–41.
- General Report of the International Symposium of RAMED.2015. http:// ramed2015.sante.gov.ma/Pages/default.aspx. Accessed 18 Feb 2019.
- Rapport du Conseil Économique et Social. 2016. http://www.ces.ma/ Documents/PDF/Rapports%20annuels/2016/SRA2016f.pdf. Accessed 18 Feb 2019
- La Protection Sociale au Maroc Revue, Bilan et Renforcement des Systèmes de Sécurité et d'Assistance Sociales. Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental. 2018. http://www.ces.ma/Documents/PDF/Autosaisines/2018/AS34-2018/Rp-AS34-VF.pdf. Accessed 18 Feb 2019.
- Moynihan DP, Landuyt N. How do public organizations learn? Bridging cultural and structural perspectives. Public Adm Rev. 2009;69(6):1097–105.
- 52. Blaise PJ, Dujardin B, Kegels G. Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé: une évaluation réaliste de projets de qualité en Afrique; 2004.
- Shroff ZC, Bigdeli M, Meessen B. From scheme to system (part 2): findings from ten countries on the policy evolution of results-based financing in health systems. Health Syst Reform. 2017;3(2):137–47.
- Majila VT. Organizational Learning in the Public Sector: A Study with Reference to the Eastern Cape Department of Human Settlements. Doctoral Dissertation. Stellenbosch: Stellenbosch University; 2012.

#### Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- $\bullet$  gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

#### At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



## PARTIE 4 : DISCUSSION

## **CHAPITRE 9: Discussion générale**

Avec cette thèse, nous nous sommes penchés sur une question de recherche principale : « comment le ministère de la santé peut-il avancer sur le chemin de la couverture universelle en santé en adoptant un mode d'OA ? ». Il fallait dans un premier temps comprendre le concept des OA et apprécier comment ce dernier peut apporter une valeur ajoutée pour les organisations de santé relevant du ministère de la santé en particulier, et améliorer l'action en santé en général. Aucune revue de la littérature sur le concept d'OA n'était disponible dans le domaine de santé ; l'originalité de notre « scoping review » réside dans la synthèse scientifique qu'elle a produite et la présentation détaillée de l'ensemble des applications du concept d'OA dans le domaine de la santé.

La revue que nous avons menée (1) a mis l'accent sur les principaux cadres d'analyse qui étaient adoptés à travers les différentes applications du concept d'OA dans le monde et dans le secteur de la santé. Plusieurs cadres d'analyse ont été identifiés dans cette phase de recherche. Nous avons fait une analyse croisée de ces cadres d'analyse en les confrontant et nous avons observé une convergence de l'ensemble des sous-dimensions vers les deux modèles de Peter Senge et celui de David Garvin (2-3). Nous avons ensuite choisi le modèle de Garvin qui explicite plus de caractéristiques qui sont applicables à des organisations semblables à celles actives dans la santé dans le contexte des pays pauvres. Par ailleurs, une seule étude a été identifiée sur l'application de ce concept dans les pays en voie de développement, ce qui confirme l'originalité de notre question de recherche dans le contexte de cette catégorie de pays et plus particulièrement le contexte marocain.

Le cadre choisi met l'emphase sur l'importance du leadership pour garantir un environnement favorable à l'apprentissage. Cette importance nous l'avons vécu nous-même en tant qu'acteur dans le système de santé pendant 16 ans. L'effet de la temporalité et le changement des leaders dans le système de santé impacte énormément la dynamique d'apprentissage au ministère de la santé marocaine. A titre d'exemple un projet sur l'apprentissage a été lancé par le ministère de la santé et qui été basé essentiellement sur le leadership d'un haut responsable, ce dernier, une fois a quitté le ministère le projet a été abandonné et la

dynamique a été ralentie voir même arrêtée. L'importance aussi des processus pratiques d'apprentissage qui seraient intégrés dans la routine des organisations de santé a été mise en relief par notre revue.

Le niveau des soins de santé primaire a occupé une importance dans l'ensemble des applications réalisées dans le monde (4-14). Presque toutes les études réalisées à ce niveau du système de santé ont montré l'efficacité des attributs d'une OA dans l'amélioration de la performance et l'organisation du travail au niveau des soins de santé primaires. Certaines études ont démontré l'apport d'adopter un mode d'OA sur la satisfaction, la motivation et l'engagement des ressources humaines dans une organisation de santé. Cette information est importante, tant pour son utilité pour l'articulation des enseignements pour le Maroc que pour son éventuelle contribution aux réflexions en cours sur la structuration du système de santé. En effet, les services de proximité au Maroc sont arrivés dans une impasse qui les a poussés plus haut dans l'agenda politique du pays. A cet effet, le roi Mohammed VI a souligné la défaillance du système de santé dans sa capacité à offrir des services de qualité dans le respect de la dignité de la population (15). Le souverain, a ordonné une refonte du système de santé qui positionnerait le service au citoyen et sa qualité au centre de ses réflexions. L'apprentissage des expériences qui se sont servie des attributs des OA pour se développer peut aider dans la réflexion du modèle d'organisation des centres de santé dans le pays. En, effet les centres de santé sont le premier contact du citoyen avec le système de santé et c'est à ce niveau que son parcours dans le système se définit.

L'hôpital à son tour a eu la grande part des applications du concept d'OA dans le monde (la moitié des articles analysés dans notre *scoping review* portaient sur ce dernier) (16-30). Le concept d'OA est venu justement pour faire face à la situation de complexité de l'organisation et propose l'apprentissage comme solution d'adaptation permanente à ces situations. L'ensemble des articles a montré un résultat satisfaisant en termes d'amélioration de la dynamique du travail et la performance dans les hôpitaux suite à l'adoption d'une démarche d'organisation permettant d'intégrer les caractéristiques d'une organisation apprenante. Cette information ainsi que les leçons acquises à travers la synthèse de la littérature sur l'application du concept au niveau de l'hôpital peuvent alimenter les réflexions sur la réforme du réseau hospitalier. En effet, si les réformes passées avaient joué un rôle important pour

développer un mode d'organisation hospitalier (31), une attention très faible a été accordée à l'aspect des resssources humaines et le mode d'organisation autour de l'action au niveau de l'hôpital public. L'OA peut constituer une occasion de créer une dynamique mobilisatrice dans une dynamique d'apprentissage et de là vers un engagement sur la santé de la population.

Cette revue nous a permis de cerner le potentiel de ce concept pour améliorer le fonctionnement des organisations de santé en valorisant l'apprentissage organisationnel. Elle a également mis l'emphase sur la dimension argumentaire autour des résultats positifs que les organisations de santé ont eus en développant les attributs d'une OA. Au-delà du cadre de cette recherche, les résultats de cette revue pourront servir de base pour d'autres recherches et faciliteront ainsi la tâche d'autres chercheurs pour aborder d'autres questions de recherche en lien avec les OA. Ces résultats constitueront également une base argumentaire pour les gestionnaires qui veulent introduire un mode d'OA dans leurs établissements au niveau opérationnel, et leur fourni un éventail de modèles.

Pour nos travaux empiriques, nous avons retenu le cadre d'analyse de Garvin, déjà fort utilisé dans le monde de l'entreprise et dans les systèmes de santé comme montré dans notre scoping review (1). Nous l'avons adapté grâce à une démarche participative et ensuite testé dans six pays. Ceci a constitué la deuxième phase de notre recherche (32). Avec cette étude, nous avons utilisé ce cadre et avons développé une grille d'évaluation des OA. Cette grille d'évaluation ainsi que le cadre conceptuel ont fait l'objet de tout un processus de concertation. Nous avons d'abord présenté et analyser ensemble le potentiel du concept avant d'embarquer dans un processus de coproduction pour élaborer la grille. La dynamique de l'étude nous a permis de cerner la complexité d'appliquer le concept d'OA aux systèmes de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire. Par ce processus, nous avons aussi testé la recevabilité de ce concept chez les décideurs dans ces pays. Avec cette deuxième phase, nous avons pu créer une dynamique autour du concept et son applicabilité, et ce, à travers l'ensemble des ateliers que nous avons organisés dans ces pays. Un résultat secondaire de cette phase de recherche est donc qu'elle a contribué à attirer l'attention des décideurs des systèmes de santé sur l'importance de l'apprentissage organisationnel et sur les processus pratiques à mettre en place pour le supporter et le rendre plus structuré et efficient. Sur un

plan plus méthodologique, la version adaptée du cadre de Garvin constitue, en soi, une contribution scientifique. La démarche de coproduction a aussi été originale : (environ 35 experts de la CSU actifs dans 11 pays de l'Afrique francophone ont en effet contribué à son adaptation). Ce processus participatif d'adaptation du cadre d'analyse facilitera son utilisation par d'autres chercheurs pour explorer davantage cette direction de recherche. L'étude multi-pays a aussi permis de recueillir un ensemble de recommandations pratiques et contextuelles pour assoir un modèle d'OA dans ces pays incluant le Maroc (objet principal de cette recherche). En effet, des questions sur les recommandations en action ont été abordées en détails lors des ateliers nationaux au niveau de chaque pays. Dans ce sens, un rapport par pays a été élaboré pour documenter la recherche dans les pays (33-38). On peut donc constater que durant toute cette étude multi-pays, nous avons pratiqué les grands principes de l'apprentissage collectif. En ce qui concerne la CSU, l'importance de l'apprentissage organisationnel et la nécessité d'intégrer des attributs des OA dans les organisations de santé en sont ressortis renforcés. Même un pays pauvre, et peut-être surtout un pays pauvre, peut se servir de l'apprentissage à son propre avantage.

Dans cette étude multi-pays nous avons abordé la dimension systémique de la CSU qui veut dire qu'un seul département comme le ministère de la santé ne peut à lui seul mener une action complète visant la CSU. En effet, plusieurs ministères et départements sont impliqués dans ce processus qui constitue un projet de société. Nous avons adopté la définition du « système apprenant » justement pour tenir compte de cet aspect, et nous l'avons défini comme un ensemble d'organisations et d'acteurs qui œuvrent pour l'objectif et l'action de la CSU. En le définissant de la sorte, nous confortons notre proposition que le ministère de la santé puisse se développer comme OA et influencer le reste des organisations dans ce système à le devenir pour réussir l'objectif de la CSU. Dans le système national marocain et dans les cinq dernières années la dynamique de la CSU a été marquée par l'apport du ministère de la santé pour influencer la dynamique globale vers la CSU. En effet, en ayant travaillé sur la CSU pendant cette période nous avons observé les situations où le développement de la connaissance au niveau du ministère de la santé peut contribuer à activer des décisions au niveau du gouvernement.

L'étude multi-pays a mis l'emphase sur l'insuffisance de la composante « agenda d'apprentissage » comme sous-dimension des OA dans les pays étudiés. Dans le contexte marocain en particulier, il y a un processus très intéressant en termes de développement de la connaissance pour la santé mais ce dernier reste non structuré. L'étude comparative a confirmé cette faiblesse que nous même, à travers notre expérience dans le système, avons vécu et observé. Lors de notreintégration comme nouvelle recrue, nous avons été témoin du faible dispositif dans l'organisation pour assurer une intégration rapide des connaissances implicites de l'organisation. Nous avons aussi observé que le départ à la retraite d'une personne peut déstabiliser la marche du travail et se répercuter sur la performance de l'organisation. Grâce au concept d'OA, les décideurs dans les six pays ont eu l'opportunité de comprendre le rôle qu'ils doivent jouer pour faire le meilleur usage de la connaissance dans un apprentissage systémique.

Dans la troisième phase de cette recherche, nous avons utilisé tous ce que nous avions produit et testé comme outils et cadre d'analyse pour examiner le cas du Maroc par rapport à l'adoption des attributs des OA dans les organisations de santé (39). L'adaptation du cadre d'analyse et de la grille des OA a facilité le processus de conception méthodologique de cette troisième phase. En utilisant le traceur d'une politique de santé alignée avec l'objectif de la CSU au Maroc (RAMED) nous avons pu suivre les différentes étapes de mise en œuvre de cette politique et examiné l'apprentissage et son développement suite à l'introduction de la politique mais aussi comment ce dernier a contribué à renforcer les actions de la politique. L'originalité scientifique de ce travail réside dans la combinaison de l'analyse de l'apprentissage organisationnel de façon concomitante avec l'analyse de politique de santé. Cette phase de la recherche constitue une analyse de la connaissance tacite sur la politique du RAMED et les déterminants de l'apprentissage organisationnel dans les politiques de santé. Les résultats de cette étude ont montré la relation entre le processus de développement de la politique et l'apprentissage. Si la plupart des interviewés ont témoigné de l'existence de l'apprentissage et de son développement au sein des organisations de santé, ce dernier reste moins développé aux niveaux opérationnels et ce pour de nombreuses raisons. La faible autonomie des établissements de soins fait en sorte que malgré l'existante conscience de l'importance de l'apprentissage ce dernier n'est pas bien développé. Cette phase de recherche a mis l'accent sur l'importance de développer des mécanismes de gestion des connaissances

dans le système pour appuyer systématiquement les décisions sur les politiques de santé. A travers cette étude nous avons aussi mis l'emphase sur les obstacles de réussite d'un apprentissage organisationnel. L'importance de l'apprentissage pour les organisations du système de santé a aussi émergé comme élément crucial (selon les acteurs du système) pour le développement du système de santé. L'apport scientifique de cette partie de la recherche réside aussi dans l'ouverture d'une nouvelle piste de recherche qui explore davantage le « comment » réussir pour faire des OA un levier de développement et d'amélioration de la performance des organisations de santé au sein du ministère de la santé.

#### Forces de la recherche

La première force de cette thèse est sans doute son originalité. A notre connaissance, nous sommes les premiers à avoir mis la problématique de l'apprentissage organisationnel au cœur de l'agenda de la CSU. L'enchainement d'introduction de ce concept a aussi été original qui va de l'explication détaillée du concept et le recensement de l'ensemble des modèles appliqués jusqu' à l'application d'un modèle adapté. Les résultats de chaque phase de la recherche ont eu un intérêt et ont suscité la curiosité de la communauté des chercheurs dans le domaine. Nous espérons que cela a pu démarrer une piste de recherche spécifique à la question de l'apprentissage organisationnel comme atout du développement des systèmes de santé. Cela a été visible à travers l'ensemble des rencontres internationales et nationales dans lesquelles nous avons présenté le travail de cette recherche.

Une autre force de la thèse est qu'elle a été construite sur le corpus des travaux de la communauté des chercheurs travaillant sur l'OA. Il était important de prendre appui sur ces travaux antérieurs : le domaine de la recherche sur les organisations est, à cause de ses contraintes (ex. difficulté d'établir des échantillons larges ou d'établir des causalités), pas toujours aussi rigoureux que d'autres sous-domaines de la recherche en systèmes de santé. Il était crucial que notre propre contribution puisse s'ériger sur les travaux les plus reconnus.

La troisième force est que nous avons pu tester nos propositions de façon empirique de plusieurs façons. D'abord, lors de la rencontre internationale dans un atelier à Rabat en 2014 réunissant 35 experts de la CSU. Cette première rencontre de discussion de l'introduction du

concept comme direction de recherche a permis d'avoir l'avis de ces experts sur la pertinence de ce domaine de recherche. L'intérêt que ces experts ont accordé à ce concept a encouragé leur implication dans une démarche participative pour adapter le cadre d'analyse. Cette démarche en soi constitue un point fort qui renforce la validité et augmente les chances d'utiliser les résultats de notre recherche dans la pratique des pays à revenu faible et intermédiaire. La dynamique de discussion des résultats et les réflexions sur l'utilisation de ces derniers dans la prise de décision politique sur la CSU a donné plus de force aux conclusions que nous avons obtenues. La force de l'étude du RAMED réside dans l'exploration de la connaissance tacite sur la politique longtemps restée sans partage. Cette étude a permis d'étudier le cas du Maroc en particulier et surtout le rôle des organisations du ministère de la santé dans le développement de l'apprentissage organisationnel et son utilité dans les actions de santé. Les trois phases dans leur enchainement donnent une solidité aux différentes recommandations que nous faisons pour le ministère de la santé (voir chapitre 10). Ces recommandations sont des leçons à la fois recueillies de la littérature, de réflexions dans les pays et basées sur l'avis des gens interviewés dans le système national de santé au Maroc.

#### Limites de la recherche

Comme tout travail de recherche notre recherche n'est pas à l'abri des faiblesses malgré les efforts déployés pour les atténuer. Il est important de les mentionner car ces limites pourront peut-être inspirer d'autres chercheurs. Nos lacunes délimitent en partie leur propre espace d'innovation.

La recherche sur l'OA n'est pas une science exacte. Il reste très difficile d'établir des causalités fortes entre les phénomènes étudiés. Le chercheur se retrouve donc confiné dans des études de cas, au mieux, comparatives. Notre travail s'inscrit dans cette tradition. Notre premier souci consistait à mettre l'emphase sur l'importance du sujet et le potentiel que cela peut fournir aux organisations de santé en matière de création des dynamiques d'apprentissage.

Nous n'avons pas abordé de façon spécifique le lien entre l'OA et la CSU comme lien de causalité-effet mais nous nous sommes parti de la définition même de la CSU qui exige d'avoir un service bien développé pour atteindre l'objectif de la CSU. Et pour avoir un service développé cela exige d'avoir des organisations de santé performantes.

Nous n'avons pas non plus établi une causalité entre l'OA et l'atteinte de l'objectif de la CSU. Cela ne constituait pas notre objectif de recherche mais il est évident qu'un travail plus approfondi à cet égard serait précieux. Il y a différentes pistes pour aller dans ce sens. Une piste serait de reconduire notre étude comparative sur un plus grand nombre de pays. Il est dommage par exemple que les 6 pays de notre étude multi-pays étaient dans des configurations relativement proches à la fois en tant que système apprenant et de CSU. Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon plus hétérogène, avec des pays comme le Rwanda (dont les représentants étaient à Rabat pour l'atelier, mais qui n'ont finalement pas pu trouver le financement pour leur étude pays), la Thaïlande, le Mexique ou la Turquie par exemple. Les moyens et le temps limité de cette recherche ne permet pas d'aller dans ce niveau de profondeur et de détail.

Notre analyse du processus du RAMED à nouveau aurait bénéficié de plus de points de comparaison. Il aurait été intéressant de comparer ce processus avec d'autres processus au Maroc, dans la santé bien sûr, mais aussi, pourquoi pas, dans un autre secteur social. L'objectif assigné pour cette recherche n'a pas permis d'élargir malheureusement la portée de cette étude vers d'autres secteurs sociaux mais il reste une question importante pour d'autres recherches.

Une direction non prise pour cette thèse est celle de la recherche-action. Pour aborder les aspects opérationnels, il serait certainement intéressant de tester le modèle proposé dans la réalité, sous forme d'une intervention sur plusieurs années. Cela serait certainement riche en leçons.

Il faut être clair que l'effort que nous avons fourni dans cette recherche ne constitue pas un travail complet. Au contraire nous avons exploré un terrain de recherche relativement vierge. Cela suggère d'explorer un maximum de pistes dans cette direction.

Le fait de choisir une approche méthodologique de donner plus d'importance au niveau central du ministère de la santé a peut-être influencé la recherche plutôt dans une vision plus globale et stratégique au détriment d'un focus sur le niveau opérationnel. Bien que le niveau opérationnel ait été abordé dans notre troisième article, nous estimons que cela nécessiterait plus d'effort qui peut être poursuivi dans d'autres recherches. Pour réduire l'impact de cette faiblesse nous avons mis le niveau opérationnel au centre des recommandations que nous avons proposées. En effet, le modèle que nous proposons pour le ministère de la santé passe par une inversion de la pyramide classique du système pour donner plus d'importance au niveau opérationnel. Le niveau opérationnel non seulement devrait devenir une source de recommandations des politiques de santé mais aussi devrait devenir un décideur dans l'autonomie pour répondre adéquatement aux besoins de la population.

#### Perspectives et pistes de recherche futures

Ce projet de recherche a initié un programme de recherche relativement original dans le contexte des organisations de santé dans les pays en voie de développement. Nous pensons important de continuer l'examen de cette question dans d'autres recherches. La nature de l'apprentissage au niveau opérationnel dans une organisation de santé (hôpital ou centre de santé) nécessite une analyse approfondie pour comprendre ses déterminants de changement. Cela contribuerait à faire de l'apprentissage un levier d'amélioration de la performance. Notre « scoping review » a montré des résultats de l'application du mode d'OA dans le contexte des pays développés, il est important d'examiner cet alignement (entre application et résultat en performance) dans le contexte des pays à revenu faible ou intermédiaire. Est-ce que par exemple on peut toujours prioriser l'apprentissage dans le contexte de rareté des ressources? est-ce que ce dernier peut permettre l'émergence des solutions innovantes pour permettre une amélioration de la performance malgré les contraintes ? Quels sont les déterminants sur lesquels il faut agir pour rendre l'apprentissage efficient et aligné avec les priorités et le but de la performance dans les organisations de santé? A cela s'ajoute la question sur le modèle du changement vers une OA qui ne peut être examiné de façon détaillée, selon nous, que dans le cadre d'une recherche action.

Par ailleurs, nous avons initié une introduction de l'analyse de l'apprentissage organisationnel tout au long d'une politique de santé dans l'exemple du RAMED. Il est important d'examiner cette direction de recherche avec plus de profondeur. L'apprentissage peut être dans l'analyse des politiques de santé soit dans le cadre des recherches actions où des analyses rétrospectives. La question de structuration de l'apprentissage pour l'aligner avec le besoin en matière de connaissances pour les politiques est aussi une autre direction qui, à notre avis, requiert plus d'attention dans le futur.

### CHAPITRE 10 : Enseignements pour le ministère de la santé du Maroc en matière d'OA

Pour atteindre l'objectif de la couverture universelle en santé au Maroc, le ministère de la santé, qui est le responsable de ce chantier, se retrouve face à de nombreux défis. Ces défis sont soit de nature organisationnelle, de gouvernance, de manque de ressources ou de la discontinuité et l'incohérence des politiques. Derrière ce grand nombre de défis, il y a souvent une défaillance de l'apprentissage dans l'ensemble des organisations de santé, d'un centre de santé à une direction centrale.

Le financement de la santé est le principal défi auquel est confronté le ministère de la santé pour assoir un système durable de la CSU. On peut retrouver des enjeux liés à l'apprentissage organisationnel au niveau de chaque grande fonction du financement de la santé.

Prenons la première fonction du financement de la santé, la mobilisation des fonds. Déjà à ce niveau, l'apprentissage peut être bien utile. En effet, apprendre des expériences des pays en matière de stratégies pour collecter et mobiliser les fonds nécessaires à l'offre d'un paquet de soins peut aider à guider les orientations, pas seulement à l'échelle du ministère de la santé mais aussi dans une perspective de développer une stratégie nationale à l'échelle du gouvernement. Rassembler de la connaissance et apprendre de l'expérience du pays mais aussi des autres pays peut aider à préparer un dossier solide fort en plaidoyer pour stimuler des décisions courageuses en vue de renforcer le financement de la santé. L'apprentissage organisationnel devient un levier de renforcement du plaidoyer et surtout de renforcement de la solidité des propositions qui seront formulées.

Du domaine de l'apprentissage aussi on trouve l'ouverture sur la société civile et la population pour apprendre d'eux, comme acteurs, pour ce qui est des propositions et recommandations. Cela peut à la fois servir à créer des alliances en faveur de la cause de la santé mais aussi servir de force de pression pour faire aboutir une stratégie sur le financement de la santé. Apprendre de l'expérience internationale, en analysant ces stratégies, les déterminants de réussite et les freins et défis permettrait d'intérioriser des bonnes pratiques. Ces bonnes pratiques une fois confrontées à la capacité collective d'analyse au niveau de

l'organisation leader (ministère de la santé) va permettre d'améliorer davantage l'intelligence collective du ministère de la santé pour faire le tri et le choix des stratégies qui s'adaptent le plus au contexte du pays.

D'un autre côté, les problèmes vécus par les autres pays dans la fragmentation du financement de la CSU doivent faire l'objet d'un apprentissage organisationnel. Cet apprentissage ne concerne pas uniquement le ministère de la santé mais aussi tous les acteurs qui doivent comprendre que s'ils se focalisent sur l'intérêt individuel de chaque catégorie ils rateront l'opportunité d'assoir une solidarité à grande échelle dans le pays. La plupart du temps la prise de position par rapport à la question de la fragmentation du financement est liée au fait que les organisations œuvrant dans ces domaines n'ont pas une vision systémique, élément indispensable dans les OA. Le développement de la connaissance pratique, le partage de cette connaissance et la communication autour servirait à assurer une chaine complète de production de l'information jusqu'à influencer la prise de décision stratégique.

Par ailleurs, pour la fonction d'achat du financement de la santé, le système national continue à fonctionner avec beaucoup d'inefficiences qui sont essentiellement liées au mode d'achat des services de santé qui est adopté. Ce mode d'achat est essentiellement passif dans la plupart de des cas et nécessite un changement radical pour converger vers un mode qui serait le plus stratégique possible. Là aussi, un champ d'apprentissage s'ouvre pour apprendre des expériences des autres pays, mais aussi pour procéder à l'expérimentation dans le pays et évaluer quel mode peut être pratique dans le contexte de CSU au Maroc. Mais avant tout cela, il faut un partage à grande échelle de l'information en relation avec la défaillance du système actuel en s'ouvrant sur les expériences internationales.

L'offre de soins et les arrangements actuels posent de nombreux défis pour que le système CSU puisse offrir un panier de soins dans la dignité pour toute la population comme stipulé par la constitution (ar : 31) (40). La façon avec laquelle sont organisés les services de soins, la façon avec laquelle sont gérés les hôpitaux et les centres de santé et le mode de gestion du financement public doivent changer. Un changement efficace c'est celui où les niveaux opérationnels ont un mot à dire sur sa direction mais aussi sur ses détails. Le mode d'OA offre une possibilité pour le ministère de la santé pour inverser la pyramide et mettre en place

des réformes qui émaneront des gens aux niveaux opérationnels et pas seulement imposées du haut. Pour cela, le mode d'OA ne doit pas rester au niveau central mais doit devenir une pratique transversale à toutes les organisations de santé quels que soient leurs tailles et niveaux.

Cette partie de la thèse explore des pistes à introduire pour mettre en œuvre une culture d'une organisation apprenante au niveau du ministère de la santé.

### 10.1 L'introduction de l'OA au ministère de la santé est un changement qu'il faut gérer

Avant l'adoption d'un quelconque modèle d'OA pour le ministère de la santé en relation avec la question spécifique de la CSU, il faut reconnaitre qu'il s'agit bel et bien d'un changement qu'il faut introduire et gérer. Bien que l'apprentissage organisationnel n'est pas une invention nouvelle (toutes les organisations apprennent, d'une façon ou d'une autre), un mode efficient d'une OA requiert un changement dans les façons de faire, les modes d'organisation, la culture organisationnelle et le comportement des leaders. Ceci implique une gestion du changement et pour cette raison, un modèle structuré doit accompagner la stratégie qui vise à mettre en place une OA.

Avant de présenter les recommandations en matière d'OA nous présentons d'abord la dimension du changement avec une synthèse sur les principaux modèles qui peuvent être adaptés au cas du ministère de la santé. Dans ce sens nous avons exploré des références dans la littérature du changement organisationnel pour constituer notre synthèse (41-47).

Kotter 1995 a défini un modèle à huit étapes pour transformer une organisation (46): 1) établir le sens d'urgence (Examiner les réalités du marché et de la concurrence, Identifier et discuter des crises, des crises potentielles ou des opportunités), 2) former une coalition dirigeante forte (Rassembler un groupe avec suffisamment de pouvoir pour mener le changement et encourager le groupe à travailler comme une équipe), 3) la création de la vision (Créer une vision qui va aider à diriger les efforts du changement et développer une stratégie pour concrétiser la vision), 4) communiquer autour de la vision (en utilisant tous les moyens disponibles pour communiquer sur la vision et enseigner des nouveaux

comportements par des exemples de la coalition formée), 5) autonomiser les autres à agir selon la vision ( se débarrasser des obstacles du changement, changer le système et les structures qui menacent la concrétisation de la vision et encourager la prise de risque et les idées, les activités et actions non traditionnelles), 6) planifier et créer des réussites sur le court-terme (Planifier une amélioration de la performance qui serait visible, créer ces améliorations, reconnaitre et récompenser les employés qui ont contribué à cette amélioration de la performance), 7) consolider l'amélioration et la production du changement (utiliser l'augmentation de la crédibilité pour changer les systèmes, structures, politiques qui ne croisent pas la vision, recruter, promouvoir, et développer des employés qui peuvent mettre en œuvre la vision et revigorer les processus avec de nouveaux projets, thèmes et agents de changements), 8) institutionnaliser de nouvelles approches (articuler la connexion entre les nouveaux comportements et le succès et développer les moyens pour assurer le développement du leadership et la succession).

Mento et al. 2002 (45) ont mis l'emphase sur un modèle du processus de changement qui a été développé par David Garvin en 2000 (47). Ce modèle a été utilisé par David Garvin dans son livre intitulé "Learning in action: A guide to putting the learning organization to work". L'objectif de ce livre était de fournir des actions concrètes pour qu'une organisation puisse se transformer en une organisation apprenante. Garvin dans ce livre a essayé de rendre le concept de l'OA moins abstrait en définissant des actions qui favorisent un processus de transformation et de changement au niveau des organisations. Le modèle des processus de changement vers une organisation apprenante utilisé s'articule autour des éléments suivants :

- Un comportement de leader (posséder, développer des champions, créer des rôles modèles, engagement des ressources, créer un besoin commun et assurer que chacun comprenne le besoin au changement),
- Créer une vision (s'assurer que les employés voient le résultat désiré dans des comportements concrets, mobiliser l'engagement, comprendre l'intérêt des détenteurs d'enjeux, identifier les constituants-clés et créer une coalition des supporters du changement),
- 3. Pérenniser le changement (initier le changement, des actions concrètes, et développer des plans de long-terme pour la pérennisation du changement),

- 4. Monitoring du progrès (créer les indicateurs de suivi : évaluer le succès, cartographier le progrès et mettre des jalons et des références (benchmark)),
- 5. Changer les systèmes et les structures (recrutement, formation, appréciation, communication, système de récompense, une relation de rôles et rapportage).

Ce modèle n'est pas le seul mais presque tous les travaux sur les organisations apprenantes mettent l'emphase sur la gestion des processus de changement pour aller dans la direction d'une OA. Nous retrouvons d'une façon ou d'autres éléments des modèles du processus de changement dans les cadres des OA. A titre d'exemple pour se transformer vers une OA la question de la communication, le leadership, la culture organisationnelle et la vision partagée se retrouvent dans presque tous les modèles des OA.

#### 10.2 Adopter le modèle d'OA pour les organisations du ministère de la santé

Pour faire le choix du modèle opérationnel qui s'adapte le plus avec le contexte du ministère de la santé nous avons puisé dans trois sources d'information. Nous avons réexaminé notre revue de littérature qui a exploré tous les modèles d'OA qui ont été utilisés dans les systèmes de santé avec les avantages et les résultats réalisés (1). Cette étude avait fait émerger le modèle de Garvin. L'étude comparative sur les six pays de l'Afrique francophone avait confirmé sa pertinence (32).

Il nous tient donc à cœur de rester fidèle à ce cadre d'analyse organisé en trois blocs :

- Un leadership en faveur de l'apprentissage ;
- Des processus pratiques de l'apprentissage ; et
- Un environnement favorable à l'apprentissage.

Pour réussir l'application du modèle d'organisation apprenante il y a deux niveaux d'application du modèle pour l'ensemble du ministère de la santé.

**Niveau 1 :** C'est au niveau des sous-organisations du système tels que les hôpitaux, les centres de santé et les directions régionales de santé. Ces sous-organisations ont des frontières et des missions relativement claires. Le travail d'équipe et les techniques d'OA seront

facilement applicables dans ce genre d'organisations de santé. Le modèle de Garvin peut facilement être adopté par ces sous-organisations.

**Niveau 2**: C'est le niveau de coordination entre les sous-organisations pour faire en sorte que l'apprentissage organisationnel se diffuse parmi l'ensemble des entités du système de santé. C'est le niveau où le résultat de l'apprentissage qui est produit au niveau opérationnel du système de santé contribue à la cristallisation de la vision stratégique du système.

#### 10.3 Développement d'un leadership favorable à l'apprentissage

Le premier bloc du modèle de Garvin sur les OA est celui d'un leadership qui serait favorable à l'apprentissage (2). Pour que l'apprentissage puisse se développer dans les organisations du ministère de la santé il est indispensable d'avoir des leaders à tous les niveaux qui vont constituer des champions protecteurs de la dynamique de l'apprentissage. Ces leaders sont aussi les garants pour donner du sens au contenu et la finalité de l'apprentissage. En effet, en faisant le lien entre les objectifs de la performance de l'organisation de santé et le processus de l'apprentissage ces leaders garantissent une motivation stratégique qui va pousser les individus à adhérer dans la dynamique de changement vers une OA.

Les prochaines sections présentent des propositions d'actions pour le ministère de la santé pour développer ce bloc.

### a) Développement d'un pool de leaders supporters du mode d'OA au sein du niveau central du ministère de la santé

Nous avons analysé la littérature des OA sur la base de notre revue de littérature qui a été publiée (1). Nous avons aussi puisé sur notre analyse multi pays et notre analyse de la politique du RAMED (32; 39). Enfin, nous avons analysé les recommandations des ateliers et rapports pays qui étaient riches en recommandations par rapport aux stratégies d'apprentissage pour la CSU (33-38). Toutes ces sources mènent à conclure que pour introduire le changement vers un mode d'OA il faut briser peut à petit la bureaucratie du système et agir de façon intelligente à introduire une nouvelle culture organisationnelle en faveur de l'apprentissage organisationnel. Le cadre d'analyse de Garvin que nous avons testé

et utilisé dans notre étude multi-pays et celle sur le RAMED positionne le leadership comme élément important pour assurer qu'une organisation puisse développer les attributs d'une organisation apprenante. Les recommandations des ateliers suite à l'étude multi-pays ont aussi conclu qu'il est difficile de mener un changement sans le développement des leaders qui vont maintenir la dynamique du changement. Aussi l'étude sur la politique du RAMED a mis l'accent sur le fait que derrière toutes les initiatives qui visaient l'apprentissage il y avait des leaders dans le système à différentes phases de la politique.

#### b) Inverser progressivement la pyramide classique du fonctionnement du système

Pour avoir les conditions nécessaires au développement des leaders en faveur de l'apprentissage au niveau des organisations du ministère de la santé il est important d'avancer dans le développement progressif de l'autonomie des niveaux opérationnels.

Notre troisième étude a montré que l'apprentissage organisationnel a relativement été développé en accompagnant la mise en œuvre d'un exemple de politique de santé relative à la CSU (RAMED) (39). Les leçons que nous avons tirées de cette analyse indiquent qu'un faible développement de l'apprentissage au niveau opérationnel pose un problème. Ce faible apprentissage au niveau opérationnel explique en partie les raisons pour lesquelles les politiques qui sont bien conçues au niveau central n'arrivent pas à réussir dans leur mise en œuvre sur le terrain. C'est pourquoi l'amélioration du service rendu au citoyen n'était pas importante après la mise en œuvre du RAMED ainsi que les différentes réformes qui se sont succédées. Cette étude avait montré aussi que le niveau opérationnel valorise la connaissance et l'apprentissage et il n'est pas impossible de créer une dynamique de motivation en faveur de l'apprentissage organisationnel. L'apprentissage et sa dynamique peut aussi être considéré comme précurseur de réformes qui viendront du bas et qui auront plus de chance d'être mises en œuvre de façon efficace.

L'étude multi-pays que nous avons réalisée (32) dans six pays a aussi démontré que les gens sont très intéressés par la question de l'apprentissage organisationnel; ceci a été aussi confirmé à travers l'ensemble des ateliers que nous avons tenus suite au processus de restitution de l'étude (33-38). En effet, nous avons organisé des ateliers pour réfléchir sur des

actions pour développer des OA au niveau des organisations de santé et les gens étaient très motivés à y contribuer et ont proposé des actions dans ce sens.

Le concept d'organisation apprenante impose de donner de l'importance au niveau opérationnel non seulement comme exécutant des directives du niveau stratégique mais plutôt comme partenaire et participant à la décision. Il est donc temps d'impliquer les acteurs qui sont en contact avec le citoyen pour faire en sorte que le design des politiques puisse répondre adéquatement aux vrais besoins de la population. Le cadre d'analyse d'OA que nous avons recommandé tout au long de cette thèse précise que le développement d'un environnement favorable à l'apprentissage constitue un élément fondamental pour réussir dans la voie vers l'OA. Le positionnement des acteurs dans les niveaux opérationnels est fondamental.

Pour réussir le changement il faudra se focaliser sur des supporters du changement au niveau opérationnel. Cela implique de changer le paradigme en inversant la pyramide classique du fonctionnement du système de santé.

Le schéma suivant présente une vision sur la façon avec laquelle il faut voir le système de santé dans une vision qui donne l'importance au niveau opérationnel du système de santé.

Ligne de commande

Vers l'OA

Vision partagée et

Figure 10: Comment inverser la pyramide classique

# c) Former un pool de leaders imprégnés de la culture d'OA, à tous les niveaux de la pyramide

facilitation

Notre revue bibliographique a montré qu'il est indispensable d'avoir une capacité de leadership en faveur de l'apprentissage dans une organisation pour qu'elle puisse devenir une OA. Cela a été aussi montré dans l'ensemble des études incluant celle que nous avons réalisée dans les six pays. C'est fondamentalement l'un des trois blocs du modèle que nous avons adapté. Notre analyse de la politique du RAMED a montré également que sans un leadership fort en faveur de l'apprentissage les résultats en termes de mode de couverture médicale ne seraient pas ceux obtenus aujourd'hui.

Il est donc évident que pour réussir un changement ascendant des organisations de santé il faut que la culture des OA soit intégrée dans les visions de ceux qui gèrent les organisations opérationnelles de santé.

Une OA ne peut donc pas être développée sans des gens capables de maintenir la dynamique d'apprentissage et surtout qui valorisent sa culture au sein de leurs organisations de santé. La fonction du leadership en faveur de l'apprentissage organisationnel est commune à presque tous les modèles d'OA (48-51).

Pour que le ministère de la santé puisse avoir cette culture dans ses organisations de santé (centre de santé, hôpital, délégation...etc.), il est temps de changer la façon de faire qui était suivie dans les projets de réforme dans le passé. Le projet de réforme et de transformation doit donc commencer du bas de la pyramide du système de santé. Il est donc indispensable de faire porter le projet de transformation par ces gens qui sont en contact avec la population. Ces gens sont les plus habilités à déterminer les actions à entreprendre pour satisfaire les besoins de la population.

Il faut donc aller progressivement dans la mise en œuvre de cette vision en créant un pool de leaders au niveau local jusqu'au central qui se comprennent et communiquent verticalement et horizontalement.

Ce pool de leaders choisis sur la base de critères comme l'existence d'une acceptabilité de la personne dans son organisation comme leader pour bâtir là-dessus. Ces personnes une fois sélectionnées peuvent bénéficier d'une formation sur le potentiel que peut avoir l'apprentissage organisationnel dans l'amélioration du fonctionnement d'une organisation de santé. La formation a pour objectif de s'assurer que les leaders du niveau opérationnel puissent comprendre et surtout être convaincus de l'importance du concept et sa promotion.

Notre étude bibliographique a montré l'utilité du concept dans les pays développés et surtout dans les services de soins opérationnels. Toutes les réformes passées n'ont pas impliqué le personnel de soins, cette formation doit également impliquer des leaders des services de soins et les appuyer pour essayer de développer l'apprentissage au sein de leurs services

opérationnels. A la différence des services de gestion les services cliniques et de soins sont les plus à même à bénéficier du potentiel du concept d'OA.

La formation doit être opérationnelle en choisissant une organisation (hôpital ou centre de santé... etc.) et mettre en œuvre des activités pratiques de l'apprentissage pour développer les compétences des leaders selon une approche expérientielle.

#### d) Créer une sensibilisation chez les décideurs au niveau central pour adopter le mode d'OA

Inverser la pyramide ne serait possible que si les décideurs centraux du ministère de la santé s'engagent réellement dans cette dynamique. Le développement des niveaux opérationnels autonomes a besoin d'une capacitation et une formation avant de pouvoir prendre les choses en main. Le niveau central peut jouer ce rôle en s'appropriant la vision d'OA et en commençant lui-même à changer sa vision par rapport aux niveaux opérationnels du système de santé. Il faut donc développer un mécanisme d'échange avec les différentes entités du système pour assurer que les visions des politiques de santé sont partagées et surtout elles sont construites selon une approche « bottom-up ». Cela va nécessiter un effort considérable pour s'écarter progressivement de la culture hiérarchique prédominante au ministère de la santé vers une culture plus ouverte basée sur l'autonomisation et la responsabilisation de chaque entité.

Pour réussir cette étape, il est nécessaire d'organiser des ateliers de sensibilisation dans lesquels on présente et on explique le potentiel du concept des OA pour améliorer les performances du système. Le partage des expériences réussies dans le monde serait un catalyseur pour intégrer cette culture.

Pour renforcer l'appropriation du niveau central par rapport au concept d'OA il est bénéfique d'organiser des visites à des pays où le concept a été bien intégré dans la pratique des organisations de santé. L'objectif de ces visites est de convaincre ces décideurs que l'OA n'est pas une utopie mais plutôt un mécanisme d'évolution vers les plus hauts niveaux de la performance des organisations modernes.

# 10.4 Introduction des processus pratiques de l'apprentissage les organisations opérationnelles de santé

Les processus pratiques de l'apprentissage est un élément de grande importance pour développer une OA qui est le bloc 2 du cadre conceptuel de Garvin. L'adoption d'un mode d'OA avec tout son potentiel requiert une appropriation des détails techniques de ce concept avant de passer à l'application pratique. Pour réussir cela une stratégie qui s'articule sur les dimensions suivantes serait la plus pratique pour réussir le changement :

- Mettre en place un plan de formation décentralisé sur le concept et les actions pratiques des OA;
- Mettre en place des sites pilotes pépinières du développement d'un modèle pratique d'OA adapté à chaque type d'organisation de santé;
- Création de cercles d'échanges transversaux pour assurer l'échange et la diffusion de la connaissance au niveau du ministère de la santé.

Mettre en place un plan de formation décentralisé sur le concept et les actions pratiques des OA

# a. Positionner les instituts de formation pour jouer un rôle actif pour former sur les OA

L'influence du changement passe par l'adhésion des décideurs et des leaders locaux qui gèrent les organisations de santé. Pour réussir le changement la formation pratique doit aller au-delà de former uniquement les directeurs et les responsables mais doit toucher également le niveau opérationnel. Les réformes passées ont échoué principalement parce que les acteurs des niveaux opérationnels n'étaient pas adéquatement couverts par les formations sur les outils modernes de gestion. Il a été supposé qu'on formant les directeurs des hôpitaux ces derniers vont diffuser le contenu de la formation et le changement viendrait, cependant il s'est avéré que cela n'était pas vrai. La connaissance acquise lors des formations organisées par le central sont généralement restées avec les personnes ayant participé à ces dernières.

Ainsi, la rétention de la connaissance et le manque de sa diffusion au sein des niveaux opérationnels des organisations a réduit l'impact final de ces réformes.

La faible implication des instituts de formation relevant du ministère de la santé pour accompagner les réformes et s'approprier du contenu technique qui a été développé par les assistants techniques. Ce transfert des connaissances aurait pu alimenter le contenu de la formation de base des gestionnaires qui passent annuellement par l'ENSP. La plupart des rapports techniques d'expertises sont restés dans des directions centrales sans diffusion ou communication autour.

Pour réussir la mise en place d'un changement vers une OA, l'Ecole Nationale de Santé Publique doit devenir une mémoire sur le comment mettre en place un mode d'OA. Il s'agit de bien disposer des explications sur le contenu théorique du modèle à adopter. L'ENSP peut donc jouer un rôle via la formation continue des gens du niveau opérationnel sur les actions et les techniques managerielles à adopter pour réussir le mode d'OA.

L'ouverture de l'ENSP sur les lieux de stage à l'internationale peut servir à alimenter le contenu théorique par des expériences documentées émanant des autres pays. Un plan de visites doit être élaboré. Soit les experts des autres pays viendront appuyer les organisations de santé dans la pratique. Soit des gestionnaires et professionnels marocains peuvent faire le déplacement pour voir la mise en application du concept.

#### b. Repenser la formation continue au ministère de la santé

Le mode actuel avec lequel la formation continue est gérée au ministère de la santé réduit l'impact sur la performance des organisations de santé surtout celles qui sont opérationnelles. Il est indispensable de donner de l'importance à la dimension du travail d'équipe et de la gestion de la connaissance collective dans les organisations de santé. Le contenu théorique s'il passe par un processus de résolution collective des problèmes aura plus d'impact que les modes classiques de formation.

La formation continue doit se baser sur un processus de gestion des connaissances en favorisant la documentation de la connaissance pratique générée par l'expérience et de

longues années d'exercice. La vision top-down de la formation doit être inversée pour que les niveaux opérationnels qui sont en contact avec le terrain puissent devenir acteurs et non pas des apprentis passifs. L'implication des acteurs locaux dans le développement du contenu de la formation donnerait plus d'autonomie aux individus et aux équipes dans les organisations de santé. Nos différentes études ont montré que la participation active des utilisateurs de la connaissance doit être au cœur de l'approche de la formation. La formation est un processus pratique d'apprentissage s'il est bien géré (bloc 3 du cadre de Garvin). Notre troisième étude sur le RAMED a montré que parfois le design de la formation et la centralisation de son processus la rendent déconnectée des vrais besoins du niveau opérationnel.

Le processus d'identification des besoins en formation continue se fait actuellement de façon centralisée avec une participation relativement bureaucratique. La demande d'identifier les besoins passe par la voie de l'administration et généralement sans une analyse approfondie de l'environnement du travail ni une large implication des acteurs opérationnels dans ce processus. Pour assurer un impact sur la performance des organisations de santé il est indispensable d'aligner les besoins en formation à l'action. Il faut donc assurer que les connaissances véhiculées lors des formations vont servir à renforcer l'action. Les seuls qui sont capables de faire cet alignement sont ceux qui mènent l'action sur le terrain. L'autonomie de définir le contenu de l'apprentissage est une caractéristique importante pour aller vers un mode d'OA.

La centralisation de la formation continue réduit également la prise en considération des spécificités du terrain et l'adaptation des besoins au contexte. Pour garantir l'efficacité de la formation continue il est indispensable de décentraliser au maximum la dispensation de la formation au niveau régional. Il faut donc développer une capacité régionale à gérer et à concevoir les modules de formation au niveau de la région. Cette conception doit se baser sur une dynamique de coproduction qui implique des équipes et des techniques de résolution des problèmes.

Pour intégrer des attributs d'une OA dans les centres de santé et les hôpitaux, il est indispensable de leur donner une marge de manœuvre pour avoir des ressources disponibles

pour la formation. Ces ressources auront pour objectif d'aligner l'apprentissage à travers la formation avec l'action sur le terrain. Ainsi, les équipes du niveau opérationnel auront la possibilité de mener des exercices de réflexion collective pour résoudre des problèmes du quotidien de l'action. La disponibilité des ressources au niveau opérationnel pour la formation va permettre de documenter les pratiques et les solutions entreprises sur le terrain ce qui peut être partagé soit au sein de l'organisation de santé ou à une échelle plus large du ministère de la santé. Cette documentation va servir également à alimenter les modules de formation dans les écoles de management des organisations de santé comme l'ENSP. L'intégration d'un contenu pratique émanant de la connaissance tacite du terrain va certainement renforcer les capacités des lauréats en gestion pour innover dans l'amélioration de la performance du terrain.

# c. Travailler sur les techniques de gestion des connaissances et processus d'apprentissage

L'apprentissage organisationnel ne peut être développé sans la présence de mécanismes efficaces de gestion des connaissances. Cette fonction doit être développée pour contribuer à l'amélioration de l'apprentissage qui peut à son tour contribuer au changement de l'organisation.

Le processus transversal de documentation des expériences, des solutions entreprises par les équipes et les expériences individuelles documentées est une source importante de création de la connaissance au sein d'une organisation. Ainsi, la création de la connaissance suit un processus « *bottom-up* » ou c'est l'établissement lui-même qui définit le type de connaissance dont il aura besoin pour améliorer sa performance et comment il souhaite l'acquérir.

Les types de connaissances nécessaires pour développer l'organisation doivent obéir à des règles pragmatiques pour éviter que le processus de création de la connaissance ne soit noyé dans un foisonnement d'informations et de connaissances inutiles pour l'organisation.

Le niveau central du ministère de la santé et des instituts de formation au niveau central qui ont une expertise dans la gestion des connaissances peuvent aider dans l'instauration de ces techniques d'identification. Ceci va donner une sorte d'autonomisation aux établissements de santé pour avoir eux-mêmes la capacité de gérer entièrement leurs connaissances en faveur de leur performance.

La création des processus pratiques de l'apprentissage est indispensable pour réussir le mode d'OA. Ainsi, la multiplication des occasions d'apprentissage est cruciale pour stimuler les capacités individuelles et celles des équipes pour promouvoir une OA. L'autorisation de mener des expérimentations, dans les modes d'organisation et les pratiques professionnelles, va permettre d'optimiser le travail en adoptant les modes les plus efficients. Un mécanisme de partage des expériences en créant des occasions de contact et de fréquentation des anciens avec les nouveaux va permettre aux jeunes recrues d'acquérir rapidement des façons de faire les plus efficientes comme elles émanent du concentré de l'expérience de leurs ainés.

#### d. La création d'espaces d'échange au sein des établissements

La multiplication des espaces d'échanges ne va pas seulement faciliter le partage et le renforcement des individus au sein de l'organisation mais va également renforcer l'intelligence collective organisationnelle. Les espaces d'échanges peuvent être de nature physique comme ils peuvent être virtuels sous forme de forums et rencontres via le web.

Pour les rencontres en face-à-face, le responsable de l'établissement peut les utiliser aussi comme un lieu de renforcement de la vision partagée qui est importante pour garantir une adhésion de l'ensemble des équipes dans la mise en œuvre des actions. Collecter les avis et les idées des niveaux opérationnels et prendre cela en considération dans le design de la vision va créer une appropriation chez les équipes pour s'engager dans la réalisation de cette vision.

Les espaces virtuels sont aussi un outil puissant pour assurer un partage en temps réel au sein de l'organisation. La création de forums auxquels tout le monde aura accès va offrir un levier

de communication efficace entre les leaders et les équipes aux différents niveaux de l'organisation.

Ces espaces vont aussi atténuer l'effet de la bureaucratie classique en créant des passerelles de communication qui facilitera la résolution des problèmes qui, souvent, peuvent bloquer la bonne marche du service.

L'ouverture sur la population en créant des espaces de communication virtuels va permettre de comprendre leurs soucis et agir en fonction pour améliorer le service. Cette communication est rarement introduite dans la culture des organisations de santé au Maroc, ce qui donne une image relativement sombre du service public. La communication réactive qu'on a actuellement ne donne pas une marge de manœuvre pour comprendre les préoccupations de la population mais aussi ne permet pas à l'établissement de s'exprimer dans la transparence sur ses contraintes.

# e. Création de cercles d'échange transversaux pour assurer l'échange et la diffusion de la connaissance au niveau du ministère de la santé.

Pour assurer que la connaissance et les idées produites au niveau des établissements de santé du niveau opérationnel puissent remonter et alimenter les décisions au niveau central un mécanisme d'échange national doit être mis en place. L'avantage d'un tel mécanisme réside dans sa capacité à offrir au ministère de la santé la possibilité de disposer d'une image claire sur ce qui se passe dans le terrain. Également cela va créer un réservoir en connaissances pratiques qui va faciliter la prise de décision stratégique selon une approche ascendante.

L'idée de créer des cercles transversaux nécessite d'abord une structuration et une organisation que nous décrivons dans ce qui suit.

#### • La reconnaissance et la valorisation de l'échange

L'échange n'a d'effet que s'il s'intègre dans les pratiques de routine du ministère de la santé. La reconnaissance de l'échange passe par son utilisation dans le processus de prise de décision. Le fait de connecter la décision à un mécanisme de gestion de connaissances en place faciliterait le maintien et la pérennité de ce dernier. La création d'une entité au niveau national qui va assurer cet échange transversal est indispensable avec un positionnement de cette dernière. Le positionnement de cette entité peut passer par la reconnaissance de son rôle pour alimenter les décisions stratégiques au niveau du ministère de la santé.

#### • Développement d'une plateforme technologique pour gérer les échanges

Le recours aux nouvelles techniques d'information facilité énormément l'échange des connaissances dans une organisation (52). La formation des personnes ressources au niveau central sur les processus de gestion de connaissance doit accompagner la mise en place de cette plateforme.

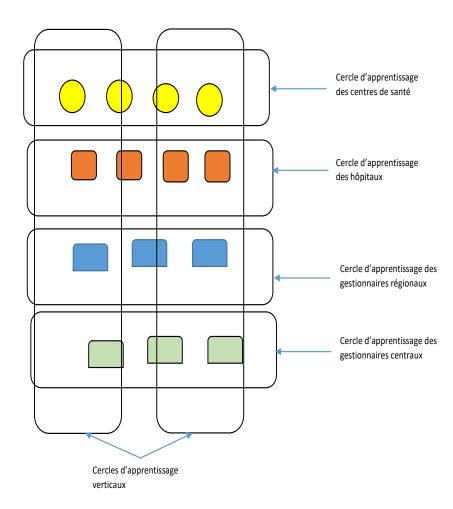
L'accès à la plateforme doit être facile et convivial pour assurer une adhésion d'un grand nombre de participants. La facilité d'utilisation de l'outil détermine le degré d'adhésion des gens. La nature de la connaissance et son utilité sont également déterminantes de la réussite de l'échange. Il s'avère donc que les compétences nécessaires pour gérer cet outil nécessite une équipe multidisciplinaire qui regroupe des compétences en techniques informatiques, sur le processus de gestion des connaissances, et sur les politiques de santé.

#### • Proposition de schéma de cercles d'échange

Dépendamment de la nature de la connaissance et du domaine ainsi que des acteurs concernés, les connaissances à développer sont différentes. Une connaissance peut s'avérer importante pour un groupe d'acteurs mais pas pour un autre. Il est donc nécessaire de concevoir un schéma de catégorisation de ces échanges pour faciliter la synthèse au niveau central. Ainsi la synthèse des résultats des différents processus d'apprentissage développés à différents niveaux va permettre au ministère de la santé de se transformer en une OA.

Comme proposition initiale le ministère de la santé peut organiser les cercles selon le schéma suivant :

Figure 11 : Le schéma des cercles d'échange transversaux du ministère de la santé



#### Le cercle des centres de santé

Il s'agit d'une opportunité de partager les connaissances produites au niveau de chaque centre de santé pour assurer un apprentissage entre l'ensemble des centres. Ainsi, les gestionnaires vont gagner du temps de l'apprentissage en évitant que des erreurs commises ailleurs ne puissent se reproduire. Il servirait également pour valoriser les centres de santé qui, en développant l'apprentissage organisationnel, arrive à de hauts niveaux de performance.

Il va permettre aussi de créer une dynamique d'émulation entre les centres de santé en vue de produire les meilleurs idées et façons de faire.

Dans ce cercle les animateurs peuvent ouvrir des discussions sur les politiques de santé pour recueillir des idées pouvant faire l'objet des axes des prochaines politiques de santé. Ils peuvent aussi servir de lieux d'évaluation des politiques en cours.

#### Le cercle des hôpitaux

L'hôpital constitue le réseau qui accapare la plus grande part du budget du ministère de la santé. Il est donc indispensable de renforcer sa performance. Les échanges sur les modalités d'organisation vont permettre de renforcer les hôpitaux qui n'arrivent pas à atteindre des niveaux de performances.

Les idées et les échanges du niveau opérationnel vont aussi guider la politique de développement du réseau hospitalier à partir des décisions au niveau centrale.

#### Le cercle des directions régionales de santé

Il s'agit d'un cercle de grande utilité surtout dans la perspective de la mise en œuvre de la régionalisation avancée que le Maroc vise à implanter. Ce cercle va développer le mutuel entre les directions régionales de santé pour promouvoir les modes d'organisation les plus performants.

Dans un horizon de développement d'une politique régionale de santé le croisement des cercles des centres de santé et ceux des hôpitaux permettrait d'éclairer les décideurs régionaux quant aux visions régionales à adopter.

#### Le cercle des directions centrales de santé

Le mécanisme actuel de communication entre les directions centrales et les niveaux déconcentrés se base essentiellement sur une vision bureaucratique descendante qui tire sa légitimité de la hiérarchie. La plupart du temps, la coordination entre les directions centrales par rapport à ce qu'on demande du niveau opérationnel crée de nombreux problèmes et rend difficile la proposition d'actions cohérentes pour alimenter une politique intégrée de santé. Le partage entre ces directions est souvent défaillant à cause du cloisonnement qui règne au sein de chaque direction.

Les directions centrales peuvent profiter du croisement de l'ensemble des cercles d'échange pour avoir toutes ensemble une même vision par rapport à ce qui préoccupe le niveau opérationnel du ministère de la santé. Cela va faciliter la vision quant à la stratégie nationale et surtout faire en sorte que les actions proposées sont les plus pratiques et faisables.

#### 10.4 Création d'un environnement favorable à l'apprentissage

L'environnement favorable à l'apprentissage détermine fortement la réussite du mode d'OA à adopter qui est le troisième bloc du cadre d'OA de Garvin. Il est important d'adopter une stratégie d'introduire progressivement les ingrédients d'une OA au niveau des organisations de santé.

# a. Mettre en place des sites pilotes pépinières du développement d'un modèle pratique d'OA adapté à chaque type d'organisation de santé

L'intégration des attributs d'une OA dans les sous-organisations du ministère de la santé doit commencer par tester le modèle et procéder à des adaptations contextuelles de ce dernier. L'introduction du changement passe par tester les mécanismes et préparer le terrain à ce changement. L'expérimentation est un outil de grande utilité pour raffiner les outils de gestion et introduire le changement de façon progressive dans une organisation. L'expérimentation constitue une dimension du bloc relatif aux processus pratiques d'apprentissage (cadre de Garvin). Notre étude sur le RAMED a montré l'important rôle qu'a

joué l'expérimentation dans la mise en œuvre de la politique du RAMED en termes de développement des connaissances.

Pour procéder à un changement ascendant, des sites pilotes au niveau opérationnel doivent être choisis pour monter un modèle qui serait généralisable par la suite. Le rôle de ces sites pilotes consiste à évaluer le temps que cela prend pour introduire le changement vers une OA et quels sont les déterminants du changement relatifs au contexte des organisations de santé marocaines.

Le choix de quatre structures de soins avec des spécificités différentes peut faire l'objet d'une expérimentation d'introduction d'attributs d'une OA. La prise en considération du milieu et de la taille de la structure de soins doit être intégrée dans les critères de choix. Dans cette expérimentation, il serait stratégique de cibler les aspects qui suivent dans les prochaines sections.

#### b. Introduction des techniques collectives de résolution des problèmes

Il s'agit de faire en sorte qu'un système de veille soit mis en place pour détecter les problèmes de gestion et de la dispensation des soins. Cette systématisation va permettre d'enclencher le processus de résolution systématique des problèmes. La constitution des équipes concernées par le problème doit être également systématique pour assurer une réflexion collective favorable au développement de l'intelligence collective.

Il est bien évident que dans un climat organisationnel, tel que celui de l'administration publique, amener les gens à travailler ensemble en valorisant le travail d'équipe va sans doute permettre de briser la rigidité de la bureaucratie.

Les techniques de résolution des problèmes que peut rencontrer un établissement de soins sont aussi à apprendre. Dans ce sens une facilitation de la part du central ou des experts dans ce domaine serait nécessaire. Il s'agit de développer un mécanisme systématique de résolution des problèmes en équipe et qui s'adapte aux spécificités de l'établissement et à la culture organisationnelle marocaine. Il s'agit ici d'avoir un protocole documenté des

techniques à utiliser mais aussi les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe dans cette dynamique.

La résolution collective des problèmes doit être accompagnée par une documentation synthétique de manière à ce que les gens qui vont rencontrer le même problème puissent le résoudre ou l'éviter. Le processus de documentation doit être systématique et doit s'intégrer dans la nouvelle culture organisationnelle.

#### c. Encourager la créativité comme culture dans l'établissement

Les leaders d'équipes doivent rester à l'écoute des individus pour détecter toutes les idées opérationnelles et stratégiques qui peuvent amorcer un changement ou améliorer le service au citoyen. Ils doivent également ouvrir des passerelles de communication pour assurer que les conditions de la créativité sont favorables dans la mesure du possible.

Une valorisation des équipes créatives doit faire objet d'un changement dans les pratiques des organisations de santé marocaines. Pour assurer une continuité dans la production des idées créatives à même de permettre un impact positif sur la performance de l'organisation, il faut envisager des mécanismes contextuels de valorisation. En effet la valorisation dépend de pas mal de facteurs qui sont généralement relatifs au contexte mais aussi à la culture de l'organisation et des pratiques enracinées dans cette dernière.

La documentation et la diffusion des idées innovantes des équipes dans l'organisation de soins est une étape cruciale. Elle peut permettre de valoriser et de reconnaitre l'effort des équipes mais aussi d'en assurer un large partage combien important pour les autres organisations. Il ne s'agit pas uniquement d'une plateforme technologique de diffusion de la connaissance mais plus que cela il faut développer une expertise capable de gérer la connaissance dans toutes ces composantes.

#### REFERENCES

- (1) Akhnif E, Macq J, Fakhreddine MI, Meessen B. Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system. Health research policy and systems. 2017 Dec; 15(1):16.
- (2) Garvin DA, Edmondson AC, & Gino F. Is yours a learning organization? Harvard business review. 2008; 86(3):109.
- (3) Senge PM. The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. New York: Currency Doubleday.1990.
- (4) Somunoğlu S, Erdem E, Erdem Ü. A study on determining the perception of learning organisation applications by health sector workers. J Med Syst. 2012;36(6):3925–31.
- (5) Pelit E, Keleş Y, Çakır M. The perceptions of the employees in hotel business concerning learning organisations: a study on the domestic and international chain hotel businesses. J Organ Admin Sci. 2010;2(2):59–68.
- (6) Kelly DR, Lough M, Rushmer R, Wilkinson JE, Greig G, Davies HT. Delivering feedback on learning organisation characteristics using a learning practice inventory. J Eval Clin Pract. 2007;13(5):734–40.
- (7) Pedler M, Burgoyne JG, Boydell T. The learning company: a strategy for sustainable development. New York: McGraw-Hill; 1996. 24.
- (8) Argyris C, Schön DA. Organisational learning: a theory of action perspective. Reading: Addison-Wesley; 1978.
- (9) Schilling L, Dearing JW, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, Part 4: Creating a learning organisation. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2011;37(12):532.
- (10) Birleson P, Brann P. Reviewing the learning organisation model in a child and adolescent mental health service. Aust Health Rev. 2006;30(2):181–94.
- (11) Birleson P. Learning organisations: a suitable model for improving mental health services? Aust N Z J Psychiatry. 1998;32(2):214–22.
- (12) Cantle F. What is a 'learning organisation' in general practice? A case study. Health Serv Manage Res. 2000;13(3):152–5.
- (13) O'Connor N, Kotze B. 'Learning Organisations': a clinician's primer. Australas Psychiatry. 2008;16(3):173–8.
- (14) Bunniss S, Gray F, Kelly D. Collective learning, change and improvement in health care: trialling a facilitated learning initiative with general practice teams. J Eval Clin Pract. 2012;18(3):630–6.
- (15) Sa Majesté le roi Med VI. Discours de sa majesté le roi Med VI à l'occasion de la fête du trône ; 2018.

http://www.ville-marrakech.ma/texte-integral-du-discours-royal-a-l-occasion-de-la-fete-du-trone/678/

(16) Leufvén M, Vitrakoti R, Bergström A, Kc A, Målqvist M. Dimensions of Learning Organisations Questionnaire (DLOQ) in a low-resource health care setting in Nepal. Health Res Policy Syst. 2015;13:6.

- (17) Marsick VJ, Watkins KE. Demonstrating the value of an organisation's learning culture: the dimensions of the learning organisation questionnaire. Adv Dev Hum Resour. 2003;5(2):132–51.
- (18) Mohebbifar R, Hashemi HJ, Rajaee R, Najafi M, Etedal MG. Learning organisation profile of educational hospitals in Iran: practice of organisational interlocking systems. Glob J Health Sci. 2015;7(5):51.
- (19) Estrada N. Exploring perceptions of a learning organisation by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. Worldviews Evid Based Nurs. 2009;6(4):200–9.
- (20) Watkins KE, Marsick VJ. Sculpting the learning organisation: lessons in the art and science of systemic change. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1993.
- (21) Dias C, Escoval A. Hospitals as learning organisations: fostering innovation through interactive learning. Qual Manag Health Care. 2015;24(1):52–9.
- (22) Oudejans SCC, Schippers GM, Schramade MH, Koeter MWJ, Van den Brink W. Measuring the learning capacity of organisations: development and factor analysis of the Questionnaire for Learning Organisations. BMJ Qual Saf. 2011;20(4):307–13.
- (23) Jeong SH, Lee T, Kim IS, Lee MH, Kim MJ. The effect of nurses' use of the principles of learning organisation on organisational effectiveness. J Adv Nurs. 2007;58(1):53– 62.
- (24) Ugurluoglu O, Ugurluoglu Aldogan E, Dilmac E. The impact of managers' perceptions of learning organisations on innovation in healthcare: sample of Turkey. Int J Health Plann Manage. 2013;28(2):158–68.
- (25) Watkins KE, Marsick VJ. Dimensions of the Learning Organisation Questionnaire. Warwick: Partners for the Learning Organisation; 1997.
- (26) Garvin DA. Building a learning organisation. Harv Bus Rev. 1993;71(4):78–91.
- (27) Vassalou L. The learning organisation in health-care services: theory and practice. J Eur Ind Train. 2001;25(7):354–65.
- (28) Rowley SD. The journey of a teaching hospital to become a learning organisation. Aust Health Rev. 2006;30(2):232–40.
- (29) Cathon DE. The learning organisation: adapted from the fifth discipline by Peter Senge. Hosp Mater Manage Q. 2000;21(3):4–10.
- (30) Tsai Y. Learning organisations, internal marketing, and organisational commitment in hospitals. BMC Health Serv Res. 2014;14:152.
- (31) Ministère de la santé du Maroc. Réglement intérieur des hôpitaux. 2007.

https://www.sante.gov.ma/Reglementation/.../Décret%20n°%202-06-656.pdf

- (32) Akhnif E, Kiendrebeogo JA, Azouzzi AI, Adam Z, Makoutode CP, Manitu SM, Njoumemi Z, Kelley AG, Meessen B. Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries. Health research policy and systems. 2018 Dec; 16(1):78.
- (33) Ouendo E D, Makoutode C, Sossou A J, Akinocho E, AdjoviI P, Hounty R. Rapport de l'étude, Etude multi-pays: Couverture Universelle en Afrique Francophone vers l'Organisation Apprenante au Bénin. 2016.
- (34) Kiendrebeogo JA, Kafando Y, Tiendrebeogo A, Ouedraogo A. Etude multi-pays: Couverture Universelle en Afrique Francophone vers l'Organisation Apprenante au Burkina Faso. 2016.

- (35) Idrissi Azouzzi A, Semlali H, Mernissi A. Etude multi-pays : Couverture Universelle en Afrique Francophone vers l'Organisation Apprenante au Maroc. 2016.
- (36) Njoumemi Z, Owono Longang V, Naoussi Sadeu JC, Tsafack JP, Fadimatou A, Habiba AS. Etude multi-pays: Couverture Universelle en Afrique Francophone vers l'Organisation Apprenante au Cameroun. 2016.
- (37) Bignandi P, Baba A, Adam Z. Etude multi-pays: Couverture Universelle en Afrique Francophone vers l'Organisation Apprenante au Togo. 2016.
- (38) Mayaka M S, Muvudi L M, Lokonga N JP, Nunga M R. Rapport de l'étude, Etude multi-pays : Couverture Universelle en Afrique Francophone vers l'Organisation Apprenante au République Démocratique du Congo. 2016.
- (39) AKHNIF, E., MACQ, J, et MEESSEN, B. The place of learning in a universal health coverage health policy process: the case of the RAMED policy in Morocco. Health research policy and systems, 2019, vol. 17, no 1, p. 21.
- (40) Le gouvernement du Maroc. La Constitution du Maroc. 2011.

http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/constitution/constitution\_2011\_Fr.pdf

- (41) Bartunek, J. M., & Moch, M. K. First-order, second-order, and third-order change and organization development interventions: A cognitive approach. The Journal of Applied Behavioral Science, 1987; 23(4), 483-500.
- (42) Latta, G. F. A Process Model of Organizational Change in Cultural Context (OC3 Model) The Impact of Organizational Culture on Leading Change. Journal of Leadership & Organizational Studies, 2009; 16(1), 19-37.
- (43) Lewin, K. Field theory in social science. New York: Harper; 1947.
- (44) Burke, W. W. Organization change: Theory and practice. Sage Publications;2013.
- (45) Mento, A., Jones, R., & Dirndorfer, W. A change management process: Grounded in both theory and practice. Journal of Change Management, 2002; 3(1), 45-59.
- (46) Kotter, J. P. Leading change: Why transformation efforts fail; 1995.
- (47) Garvin, D. A. Learning in action: A guide to putting the learning organization to work. Harvard Business Review Press; 2003.
- (48) Jeong SH, Lee T, Kim IS, Lee MH, & Kim MJ. The effect of nurses' use of the principles of learning organization on organizational effectiveness. Journal of advanced nursing. 2007;58(1):53-62.
- (49) Ugurluoglu O, Ugurluoglu Aldogan E, & Dilmac E. The impact of managers' perceptions of learning organizations on innovation in healthcare: sample of Turkey. The International journal of health planning and management. 2013; 28(2): 158-168.
- (50) Watkins KE, & Marsick, VJ. Dimensions of the learning organization questionnaire. Warwick, RI: Partners for the Learning Organization. 1997.
- (51) Garvin DA. Learning in action: A guide to putting the learning organization to work. Harvard Business Press. 2000.
- (52) Marquardt MJ. Building the learning organization. New York, NY: McGraw-Hill Companies.1996

#### PARTIE 5 : CONCLUSION

L'OA est un sujet relativement nouveau pour les pays en voie de développement. Si ce concept a eu suffisamment d'attention dans les pays développés il reste presque inconnu pour les décideurs et gestionnaires des systèmes de santé dans les pays en voie de développement. Cela a été confirmé par notre recherche bibliographique. La rareté des ressources vécue par la plupart des systèmes de santé dans les pays en voie de développement fait de la connaissance et de l'apprentissage efficace un levier pour faire émerger des stratégies innovantes. Adopter la grille de l'OA pour regarder son système de santé, c'est une dynamique favorable à l'apprentissage organisationnel et à la transformation. En effet, l'apprentissage organisationnel, une fois mis en dynamique à tous les niveaux du système, va susciter un développement de la connaissance, et de là, favoriser l'innovation élément important pour développer les systèmes de santé.

Dans cette recherche nous avons essayé de produire un résultat selon une démarche scientifique pour faciliter la compréhension et la valorisation opérationnelle de ce concept. L'ensemble des étapes de cette thèse, conduit le lecteur à des recommandations pratiques pour mettre en place un mode d'OA dans le système de santé marocain.

Nous avons aussi exploré la faisabilité de ce concept à plusieurs endroits de cette thèse. D'abord à travers les résultats concrets que les systèmes développés ont obtenu en adoptant ce mode d'organisation. Ensuite, nous avons testé l'éventuelle faisabilité de ce concept en le confrontant avec les avis des décideurs dans plusieurs pays d'Afrique Francophone. Enfin, l'analyse qualitative que nous avons adoptée comme derniers article de cette recherche a renforcé nos hypothèses quant au potentiel d'utiliser ce concept dans le cadre des politiques de santé, notamment en ce qui concerne les politiques relatives à la CSU.

Nous considérons que cette thèse a un apport majeur quant au sujet qu'elle aborde pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'elle a fait usage d'une variété de méthodes scientifiques : une revue de la littérature, l'analyse multi-pays et la méthode qualitative qui inclut une analyse de la politique de santé. Cette composition et l'enchainement des étapes de cette recherche nous a offert l'opportunité de pratiquer la rigueur scientifique de plusieurs façons,

ce qui a été un apprentissage personnel en soi, mais a aussi permis d'enrichir la compréhension du phénomène étudié.

L'approche participative adoptée dans quelques étapes de cette recherche notamment en ce qui concerne l'étude multi-pays donne un autre apport en originalité à cette recherche. En effet, l'adoption de la démarche participative de cette recherche a contribué à une large diffusion des résultats obtenus dans les pays participants mais aussi d'autres. L'enrichissement mutuel qui a suivi le processus du choix du cadre d'analyse à adopter pour les pays en voie de développement a donné plus de consistance à l'application de ce dernier. Cette approche participative était indispensable comme le sujet était relativement nouveau et une phase de test et de discussion s'imposait fortement. Cette approche collective de l'apprentissage est aussi en pleine cohérence avec le sujet principal de la thèse : d'une certaine façon, nous avons-nous-même pratiqué ce que nous mettons en avant comme principe d'organisation.

Cette thèse s'est inscrite dans un contexte spécifique. Notre implication dans l'équipe du Secrétariat Général du ministère de la santé a été une source d'inspiration. Ce thème de l'apprentissage organisationnel était un sujet d'intérêt que nous partagions avec d'autres, et avec le Secrétaire Général en premier. Avec cette recherche doctorale, nous avons aussi contribué à consolider la place de l'apprentissage systémique au centre des discussions au niveau du ministère de la santé. Inspirée par nos travaux, l'équipe de recherche a proposé au ministère de la santé de tester l'application d'un certain nombre d'aspects au niveau du ministère de la santé. Notre thèse doctorale a alimenté une dynamique autour du concept et a permis d'introduire la culture des OA dans les modèles mentaux des gestionnaires du système. Le futur montrera si cette vision, que nous partageons avec d'autres cadres du ministère de la santé, prendra de l'ampleur et s'ancrera dans la durée. Comme évoqué dans cette thèse, le leadership a un rôle clé à jouer à cet égard. Les actions présentes et futures qui seront mises en œuvre en faveur de l'OA au niveau du ministère de la santé pourront constituer un sujet de recherche pour nous ou pour d'autres chercheurs. Le chantier est désormais ouvert et bien balisé.

Nous espérons que ce travail contribuera à la dynamique future du système de santé marocain. L'opportunité d'un changement qui se profile dans l'horizon d'une refonte du système du système de santé peut constituer un début de réflexion vers plus d'utilisation de la connaissance et l'apprentissage dans le système national de santé. Le ministère de la santé se retrouve dans un exercice difficile qui est celui de produire une vision sur le changement à entreprendre pour rendre le système très réactif aux besoins de la population qui ne cessent d'augmenter. Dans ce sens le Roi a mis l'emphase sur les défaillances du système national de santé et a pointé de doigt ses insuffisances. Il a insisté, dans son discours à l'occasion de la fête du trône, de mettre le citoyen au centre de l'action publique. Il a ensuite ordonné une refonte radicale du système de santé. Une telle refonte ne peut être concrète que si on coupe avec les pratiques antérieures dans le design des politiques et actions de santé.

Les recommandations que nous avons proposées répondent parfaitement à cette vision qui est d'inverser la pyramide classique et mettre le niveau opérationnel à sa place stratégique dans le système et en lui attribuant sa juste valeur. La valorisation de l'apprentissage et la connaissance dans le système serait un capital nouveau à développer qui serait dans le futur l'atout pour assurer un développement de la performance du système de santé marocain. Un tel changement nécessite d'agir de façon radicale sur les façons de faire et la culture de gérer le service public pour instaurer une nouvelle vision. Cette nouvelle vision ne peut pas être le fruit d'un hasard ni peut-elle émerger du vide, il a cependant besoin d'une dynamique d'apprentissage et une ouverture à la connaissance pour voir plus clair.

L'adoption de l'apprentissage comme levier de développement des politiques et les projets de réforme doit devenir une pratique qui accompagne le système et ses actions. Il doit s'intégrer dans le niveau opérationnel et autour de l'action avant le niveau central. Le besoin de l'apprentissage s'impose plus que jamais pour le système de santé et particulièrement pour le ministère de la santé comme pilote de ce système. Le départ à la retraite des compétences du système, chaque année, contribue à vider la mémoire du ministère de la santé en connaissances solides pour étayer les réformes et les politiques qui deviennent une exigence incontournable. Si le ministère de la santé avait développé ses capacités de l'apprentissage il serait en avance des réflexions sur le système de santé. L'apprentissage anticipatif qui est un parmi les modes d'apprentissage permettrait d'outiller le ministère de la santé, de façon

systématique, des visions qui anticipent l'avenir et qui préparent le système à des imprévus et aléas du contexte.

Nous avons aussi abordé la question du positionnement du niveau opérationnel du système de santé comme producteur de la connaissance. Ainsi, actuellement le niveau central du ministère de la santé constitue la source des connaissances du système avec un rôle relativement passif des services déconcentrés. En inversant la pyramide classique de gestion du système de santé le ministère de la santé gagnerait en développant des capacités autonomes dans les services du front et qui sont en contact avec le citoyen.

Cette thèse a réussi à initier un champ de recherche d'une originalité qui connecte un ensemble de concepts et de méthodes. Ce champ gagnerait en profondeur si d'autres recherches se focalisent sur des éléments qui n'ont pas été suffisamment détaillés dans le cadre de cette thèse. A titre d'exemple, explorer la typologie de l'apprentissage anticipatif et stratégique dans le contexte du ministère de la santé donnerait un avantage pour renforcer les visions sur les réformes à entreprendre. La conception d'un modèle pratique d'OA sous forme de recherche action dans le terrain alimenterait de façon forte les réflexions pour introduire l'OA au niveau du ministère de la santé. C'est en fait tout un programme de recherche et d'action qui attend les acteurs mobilisés par le renforcement du système de santé marocain. Nous espérons que notre thèse les inspirera et pourra les aider à structurer leur action et leur apprentissage permanent.

### ANNEXE : Grille d'analyse d'un système CSU dans la direction d'un OA



## Evaluation du système CSU selon le modèle

# de l'organisation apprenante

Le questionnaire 1 constitue un outil d'évaluation du système CSU dans les pays participants à l'étude. Il permet d'apprécier dans quelle mesure le système CSU est un système apprenant. Le questionnaire se divise en trois blocs ; chacun aborde un aspect particulier lié au concept d'organisation apprenante. Les questions sont simplifiées et adaptées pour prendre en considération les spécificités de chaque contexte CSU. Le questionnaire est conçu pour permettre la comparaison avec d'autres pays. Le questionnaire 2 reprend d'une part des questions ouvertes qui guideront des études de cas plus spécifique, d'autre part des questions factuelles. Il ne doit pas être glissé dans l'enveloppe du questionnaire 1, qui est confidentiel.

#### **Définitions**

Plusieurs concepts sont utilisés dans ce questionnaire.

Organisation : entité avec une identité institutionnelle formelle coordonnant des individus pour poursuivre des objectifs spécifiques. Pour un répondant qui travaille au ministère de la santé, « son organisation » est le ministère de la santé dans son ensemble. Pour quelqu'un qui travaille dans une agence d'assurance maladie l'organisation est cette agence.

Agenda d'apprentissage : effort réfléchi, planifié et suivi qu'une organisation conduit pour apprendre en vue d'améliorer son action.

# Le score de chaque question (questionnaire 1) :

- Il s'agit d'une appréciation qualitative de l'interviewé dont le score varie de 1 à 7. En allant de 1 à 7 l'appréciation se base sur le jugement suivant : 1= fortement inexact, 2 = modérément inexact, 3=légèrement inexact, 4= hésite entre exact et inexact, 5= peu exact, 6 modérément exact, 7 = fortement exact. Il est aussi possible de répondre pas d'opinion
- En cas de réponse « sans opinion », ce répondant ne sera pas intégré dans le score agrégé pour cette question.

## Questionnaire 1 – confidentiel → réponses à remettre dans une enveloppe A4 vierge et fermée

### **BLOC 1 : leadership en faveur de l'apprentissage**

#### Information d'encadrement

Ce premier bloc de questions vise à apprécier dans quelle mesure les autorités nationales et les ministères conduisant l'agenda national de la Couverture Sanitaire Universelle ont adopté les mécanismes, pratiques et attitudes requises pour gérer les enjeux informationnels, analytiques et d'apprentissage soulevés par cet agenda. Sans une direction claire, il est difficile de conduire une dynamique d'apprentissage efficace. Nous sommes particulièrement intéressés par les enjeux de coordination entre ministères, la relation entre les niveaux politiques et techniques et la contribution pleine des partenaires techniques et financiers à l'agenda national.

Туре	Questions d'évaluation	Niveau	Score
Bloc 1	: leadership en faveur de l'apprentissage		
	Le niveau politique est conscient que réussir la CSU requiert de mobiliser de nombreux ministères, agences et acteurs y compris non-publics ou internationaux – il a établi les plateformes et mécanismes de dialogue requis	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	Le niveau politique développe un leadership fort en faveur de la $CSU-il$ a réussi à établir un ordre de marche et une collaboration harmonieuse	Système	

Тур	Questions d'évaluation	Niveau	Score
	entre ministères impliqués (identification du ministère de tutelle, points focaux)		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	Le niveau politique est conscient que la CSU nécessite des choix techniques importants – les ministres et leurs conseillers de cabinet veillent à être éclairé par les données factuelles et sollicitent les avis des experts nationaux des différents secteurs concernés	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	Le niveau politique fait preuve de réalisme dans sa conduite de l'agenda CSU: il privilégie une planification par étape, il est conséquent (alloue les ressources budgétaires requises par les engagements politiques publics) et sait faire preuve de patience ou de flexibilité pour avoir des réponses rigoureuses aux questions stratégiques (prudence avant une annonce dans les média ou un passage à l'échelle)	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	Le niveau politique est conscient que la CSU touche des enjeux de pouvoir – une fois les choix faits, il veille à ce qu'ils soient respectés par tous	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas
	Il existe entre les ministères et acteurs concernés par l'agenda de la CSU une compréhension commune du concept de la CSU et de ses objectifs — les éventuels malentendus ont été résolus	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas
	Dans notre système CSU, il y a une concertation sur le contenu du message porté aux medias, ceci afin de ne pas créer de doute ou malentendu au niveau du public (communication externe coordonnée)	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas

Type Questions d'évaluation	Niveau	Score
Le niveau politique a mis en place les processus de suivi pour s'assurer que les ministères et agences concernés rendent des comptes sur la progression dans la mise en œuvre des décisions relatives à a CSU (revue à échéance fixe, rapport d'activités, tableau de bord avec indicateurs-clés)	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les responsables actuels de mon organisation soutiennent la priorité accordée à la CSU et adhèrent à la répartition des rôles décidées par le niveau politique	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
Des responsables de mon organisation sont proactifs face au niveau politique : ils veillent à conduire une stratégie continue de plaidoyer et d'éducation sur les enjeux techniques de la CSU.	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
Dans mon organisation, les responsables interagissent suffisamment avec leurs collaborateurs et subalternes pour relayer les objectifs nationaux et partager leur propre vision de mise en œuvre	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
Les responsables de mon organisation partagent avec leurs collaborateurs et subalternes des mises à jour et informations contextuelles utiles, telles que décisions du gouvernement, évolutions budgétaires, processus législatifs, tendances à prendre en compte	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Pour les décisions techniques, les responsables de mon organisation reconnaissent leurs limites personnelles - ils valorisent l'expertise de leur	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas

e Questions d'évaluation	Niveau	Score
staff et incitent leurs collaborateurs à partager leurs points de vue et analyses, mêmes si ils sont divergents		
Les responsables de mon organisation ont démontré leur capacité personnelle à corriger une erreur ou revoir leur point de vue après écoute de critiques ou commentaires de leurs subalternes	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
. Les responsables de mon organisation utilisent des objectifs avec indicateurs quantifiés pour conduire l'effort collectif en faveur de la progression vers la CSU	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
Les responsables de mon organisation ont une compréhension fine de l'enjeu temporel pour l'obtention d'une réponse – ils sont pressants pour les questions qui peuvent être répondues rapidement (ex. exploitation des données de routine) et savent être patients pour les questions qui prennent du temps (ex. étude d'impact)	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les responsables de mon organisation effectuent des missions de terrain pour apprécier par eux-mêmes la mise en œuvre de la CSU	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
Les responsables de mon organisation ont reconnu que la CSU requérait un plan de capacitation sur la durée – ils ont consulté leurs experts pour identifier les besoins, y compris en termes de recrutement, de formation et de processus, et sont appliqués à mettre ce plan en œuvre	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas

Туре	Questions d'évaluation	Niveau	Score
	Les responsables de mon organisation veillent à ce que l'apprentissage soit anticipé, organisé et lié à des objectifs clairs et mesurables pour la progression vers la CSU	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas
	Les responsables de mon organisation veillent à générer des opportunités pour favoriser l'apprentissage des individus et des équipes (ex : accorder le temps, l'espace de manœuvre et les ressources)	Organisati on	1 2 3 4 5 6 7 Pas

## BLOC 2: environnement et culture organisationnels supportifs

### Information d'encadrement

Ce second bloc de questions vise à apprécier dans quelle mesure l'environnement et la culture de votre organisation sont favorables à l'apprentissage. Les experts de l'apprentissage ont montré que le fait de pouvoir gérer soi-même son apprentissage, la mise en situation (nécessité de résoudre des problèmes concrets) et l'interaction sociale sont des facteurs de réussite dans l'apprentissage. Il faut aussi être capable de remettre en question ses modèles mentaux et ses croyances et bien sûr avoir accès à l'information et aux connaissances utiles. Cela indique plusieurs éléments de la culture de votre organisation à apprécier : l'autonomie, l'ouverture d'esprit, la collaboration...

Bloc	2 : environnement et culture organisationnels supportifs		
	L'autonomie des individus et des équipes		
	Dans mon organisation, le développement personnel est une préoccupation des supérieurs hiérarchiques – avec leur staff, ils se comportent non comme des chefs, mais comme des coaches.	Individue I	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	Dans mon organisation, les équipes impliquées dans la CSU ont suffisamment d'autonomie pour déterminer leur fonctionnement interne et organiser leurs activités (ex : tenir une réunion,	Equipe	

reprogrammer une visite sur le terrain, fixer le contenu d'une mission de supervision)		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, les équipes ont suffisamment de marge de manœuvre pour réorienter leur action quand une nouvelle information qu'ils ont collectée (ex suite à une visite sur le terrain, une information venant du niveau décentralisé) indique qu'un tel changement est opportun	Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pas
Dans le ministère de référence pour la CSU, l'équipe en charge de la CSU a l'autonomie de contacter directement les homologues experts des autres ministères pour établir des collaborations pour l'acquisition d'information nouvelle ou enrichir les analyses	Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pa
. Mon organisation dispose d'une marge de manœuvre suffisante pour accomplir les tâches en relation avec la CSU qui lui ont été dévolues	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pa
Le système CSU est constitué d'organisations disposant suffisamment d'autonomie pour conduire leur propre apprentissage	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pa

Dans mon organisation, il est possible pour une équipe de formuler ses besoins en matière de nouvelles compétences (recrutement ou	Equipe	
formation) pour renforcer sa performance dans le chemin de la CSU		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
En cas d'absence d'expertise en interne, la sous-traitance de l'expertise est possible sur fonds propres ou sur ressources des partenaires techniques et financiers	Organisa tion	1 2 3 4 5 6 7 Pas
	6 1	d'opinion (0)
. Les rapports produits par les consultants extérieurs circulent de façon fluide dans le système CSU et sont utilisés pour la prise de décision	Système	
		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les contributions analytiques des partenaires techniques et financiers sont utiles pour informer la progression vers la CSU	Système	
		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Les instituts de recherche nationaux sont d'un grand recours pour répondre aux questions techniques ou scientifiques relatives à la CSU	Système	
		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Il existe une collaboration étroite entre mon organisation et divers centres de recherche nationaux et internationaux ; les priorités et	Système	
préoccupations de mon organisation sont intégrées dans leurs propres agendas de recherche		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Culture collaborative		

Dans mon organisation, les individus ont une relation de confiance, de partage et de transparence entre eux – ils discutent facilement de ce qui marche et de ce qui ne marche pas ; ils partagent l'information et les documents dont ils disposent ; restituent les leçons qu'ils ont dégagées d'une visite sur le terrain ou à l'étranger	Individue I	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Dans mon équipe, les différents experts sur les domaines liés à la CSU œuvrent dans la complémentarité multidisciplinaire et sans conflit de 'chapelle'	Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, tout problème rencontré est considéré comme une opportunité d'apprentissage, loin de tout blâme	Organisa tion	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

Le système CSU national profite de l'esprit de collaboration existant entre les ministères, départements et organisations le constituant ; les mécanismes pour fluidifier les échanges, prévenir ou résoudre les conflits (comité de pilotage, réunion de coordination) sont en place et fonctionnent bien.	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Mon organisation est un acteur constructif dans la nécessaire collaboration entre ministères, départements, et acteurs du système CSU – elle partage, sans rétention, ses connaissances, ses données et ses informations	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les travaux analytiques soutenus ou conduits par les partenaires techniques et financiers (PTF) sont partagés de façon fluide avec les acteurs nationaux impliqués dans la CSU	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les partenaires techniques et financiers (PTF) partagent en toute transparence avec les autres acteurs leurs données financières et budgétaires pertinentes pour l'agenda CSU	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Ouverture au savoir et nouvelles idées		
Dans mon organisation, les responsables encouragent les experts à être curieux et ouvrir leurs horizons: lire,	Individuel	

visiter le terrain, échanger avec des experts d'un autre domaine, suivre ce qui se passe dans les autres pays		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, les individus peuvent exprimer leurs opinions concernant les stratégies de l'organisation, émettre de nouvelles idées, formuler des critiques ou remettre en question des croyances	Individuel	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, nous pratiquons différentes méthodes pour nous remettre en question et favoriser la pensée créative (réunions, brainstorming, retraites).	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, nous veillons à avoir du temps informel (verre entre collègues, sorties récréatives) pour consolider l'esprit d'équipe et la confiance mutuelle	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans le système CSU, il existe des mécanismes qui permettent de collecter les avis de toutes les parties prenantes (y compris : communautés, société civile, syndicats) : forum de discussion, conférence nationale, processus de consultation	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

Dans mon organisation, nous avons établi une culture scientifique forte – l'élément de preuve (charge de la maladie, coût-efficacité de l'intervention, équité de la distribution des résultats) est pris en compte dans la décision.	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion
i. Dans mon organisation, nous avons une démarche proactive d'intégration de l'innovation technologique (ex. internet, technologies mobiles, bases de données) pour accélérer l'agenda de la CSU	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinio
Dans mon organisation, nous faisons un effort important en matière d'évaluation chiffrée de la CSU (données de routine, enquêtes-ménages, comptes nationaux de la santé); nous apprécions notre propre performance sur base des résultats produits par ces évaluations chiffrées	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinio
La culture de mon organisation est suffisamment forte pour résister aux mauvaises pratiques (ex. corruption, sabotage pour des motifs politiques, conflits interpersonnels) qui pourraient entraver l'apprentissage en faveur de la CSU	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion

Les acteurs nationaux en charge de la CSU sont suffisamment forts pour amener les partenaires financiers et techniques extérieurs à s'aligner sur l'agenda national	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, nous développons une vision prospective à moyen et long terme sur base de scenarios. Nous avons identifié les risques et opportunités à venir pour le développement de la CSU. Les plans stratégiques (ex. politique nationale de financement) prévoient une marge de manœuvre pour adapter et revoir le plan si tout ne se passe pas comme prévu	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Les acteurs publics qui conduisent la CSU savent dialoguer et impliquer la société civile (ONG, média) pour obtenir une large mobilisation	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

# Bloc 3: processus et pratiques d'apprentissage

### Information d'encadrement

Ce troisième bloc de questions vise à apprécier dans quelle mesure des processus de gestion des connaissances et d'apprentissage sont en place. Sans ces processus, une organisation ne peut pas apprendre et corriger ses stratégies ou son action de façon systématique. Par agenda d'apprentissage, nous entendons l'effort réfléchi, planifié et suivi qu'une organisation conduit pour apprendre en vue d'améliorer son action.

Les experts de l'apprentissage ont identifié différents processus et techniques pour optimiser l'apprentissage organisationnel. Ils s'accordent sur le fait qu'expérimenter est quelque chose d'important : c'est en sortant de la routine et en testant de nouvelles approches que l'on découvre de nouvelles façons de faire. L'expérience de vos experts est bien sûr un élément-clé ; mais il faut savoir l'exploiter. Enfin, il existe un stock d'information et de connaissances déjà disponibles (littérature scientifique, données de routine...) – il s'agit de l'exploiter au mieux. En anglais, on utilise le mot 'intelligence' ('renseignement' en français). Toutes ces nouvelles connaissances ainsi acquises doivent être recombinées avec ce qu'on savait déjà. Parfois, on remet en question des croyances qui n'étaient en fait pas prouvées. Parfois, une nouvelle stratégie émerge. L'apprentissage est réellement réalisé

quand ces nouveaux modes opératoires, ces nouvelles solutions sont effectivement mis en œuvre dans la politique.

Bloc 3 : processus et pratiques d'apprentissage		
Agenda d'apprentissage		
. Dans mon organisation, le contenu de l'agenda de l'apprentissage est alimenté par les besoins identifiés par les individus eux-mêmes ou les délibérations et auto-évaluations conduites au niveau des équipes	Individuel / Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Grâce à l'agenda d'apprentissage, nous avons pu établir une série de questions auxquelles une réponse doit être apportée de façon prioritaire. Nous avons également identifié la meilleure stratégie pour apporter cette réponse (recherche, consultance, groupe de travail)	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. En ce qui concerne la CSU, notre organisation dispose d'un agenda défini pour l'apprentissage à tous les niveaux (individus, équipe et organisation) ; une série de formations spécifiques a été identifiée et des processus de gestion des connaissances ont été établis	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

Dans mon organisation, les équipes utilisent les techniques de résolution de problème pour apprendre à partir de situations concrètes	Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Notre organisation dispose d'une personne ressource pour conduire l'apprentissage organisationnel relatif au processus CSU	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Le budget de l'Etat prend en compte l'apprentissage du système CSU	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les Partenaires Techniques et Financiers soutiennent de façon efficace l'agenda d'apprentissage du système CSU, notamment grâce à leurs ressources financières et leur expertise	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Le niveau de compréhension des principaux acteurs du processus CSU est évalué de façon régulière	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Expérimentation		
expériences-pilotes est une pratique soutenue et adop de nombreux acteurs, en particulier avant l'introductio	otée par on d'une	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	Rechniques de résolution de problème pour apprendre à partir de situations concrètes  Notre organisation dispose d'une personne ressource pour conduire l'apprentissage organisationnel relatif au processus CSU  Le budget de l'Etat prend en compte l'apprentissage du système CSU  Les Partenaires Techniques et Financiers soutiennent de façon efficace l'agenda d'apprentissage du système CSU, notamment grâce à leurs ressources financières et leur expertise  Le niveau de compréhension des principaux acteurs du processus CSU est évalué de façon régulière  Expérimentation  Dans notre système CSU, expérimenter et conduire de expériences-pilotes est une pratique soutenue et adop de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de le compréhension des principaux acteurs de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de le compréhension des principaux acteurs de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de la compréhension de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de la compréhension de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de la compréhension de nombreux acteurs, en particulier avant l'introduction de la compréhension de nombreux acteurs d'acteurs d'	Rechniques de résolution de problème pour apprendre à partir de situations concrètes  Notre organisation dispose d'une personne ressource pour conduire l'apprentissage organisationnel relatif au processus CSU  Le budget de l'Etat prend en compte l'apprentissage du système CSU  Les Partenaires Techniques et Financiers soutiennent de façon efficace l'agenda d'apprentissage du système CSU, notamment grâce à leurs ressources financières et leur expertise  Le niveau de compréhension des principaux acteurs du processus CSU est évalué de façon régulière  Expérimentation

sur la performance, carte d'assurance pour les populations du secteur informel)		
Dans le système CSU national, il existe un degré de collaboration suffisant entre décideurs, techniciens, agents de mise en œuvre, scientifiques et partenaires techniques et financiers pour conduire des évaluations rigoureuses de projets pilotes de qualité	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Grâce à différents processus (ex. <i>policy brief</i> , visite sur le terrain, ateliers) et plateformes (ex. comité de pilotage), les leçons qui se dégagent des expériences pilotes sont intégrées dans les politiques et stratégies CSU	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Dans leur travail quotidien, es équipes sont encouragées à innover et à tester les idées susceptibles d'améliorer leur performance	Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Dans notre organisation, la pratique dominante est de mener des expériences pilotes avant la mise à l'échelle d'une stratégie ambitieuse liée à la CSU (ex. gratuité des soins, financement basé sur la performance)	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Expérience	_	

. Dans mon organisation, les experts sur la CSU partagent leurs expériences avec les autres membres de leur équipe	Individuel	
Dans mon équipe, nous organisons régulièrement des réunions spécifiques d'échange sur les questions techniques relatives la	Equipe	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
CSU		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Dans mon organisation, nous veillons à identifier et promouvoir les bonnes pratiques ; nous identifions aussi les	Organisation	
erreurs et veillons à ce qu'elles ne se reproduisent plus		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Les responsables de mon organisation veillent à construire la capacité dans la durée – leur style de leadership ne conduit	Organisation	
pas à la fuite des cerveaux et des plus expérimentés		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Les responsables de mon organisation veillent à construire la capacité dans la durée – ils prennent des initiatives pour le	Organisation	
renforcement des capacités des experts juniors (ex. coaching) et une bonne passation des connaissances entre générations		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Mon organisation a une gestion pro-active de la mémoire institutionnelle – le départ ou la réaffectation d'un expert	Organisation	
senior ne compromet pas la performance des équipes		1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

des o	stème CSU capitalise sur l'expérience et les connaissances organisations le constituant, par exemple en organisation ateliers conjoints	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
l'exp	stème CSU prend appui sur les connaissances et érience des communautés, pour concevoir et améliorer la ique et mise en œuvre de la CSU	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Inte	elligence et expertise		
conn diver	esponsables de mon organisation reconnaissent que les aissances utiles à la CSU se trouvent à des niveaux très rs – ils prônent la connexion de l'organisation avec les es détenteurs de savoirs, internes et externes	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
	mon organisation, nous valorisons les avis des acteurs rnes lors de la conception de nos stratégies d'action	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
popu	mon organisation, nous valorisons la perception de la lation et pratiquons différentes stratégies pour collecter eedback sur nos propres actions	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
ľimp	esponsables de mon organisation reconnaissent ortance des données quantitatives pour conduire le pays la CSU	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

Dans mon organisation, nous disposons d'experts qualifiés pour conduire les analyses techniques requises par notre mandat dans le programme CSU (économie de la santé, statistique, épidémiologie, santé publique, juriste)	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, nous faisons un usage intensif d'enquêtes et de bases de données pour apprécier la performance nationale du système CSU (équité, couverture, efficience).	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans mon organisation, nous faisons un usage intensif des bases de données de routine pour comparer les performances, identifier les régions ou formations sanitaires performant particulièrement bien ou moins bien et identifier les mesures correctrices appropriées	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans notre système CSU, chaque acteur, même au niveau décentralisé, dispose de données à jour et d'un interface analytique lui permettant d'apprécier sa propre performance	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Dans notre système CSU, nous utilisons les données quantitatives pour établir des scénario ou des projections relatives à la CSU, notamment en matière de coûts à charge du budget national	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

. Dans mon organisation, nous conduisons des investigations qualitatives (entretiens, ateliers) pour comprendre pourquoi une stratégie marche ou ne marche pas	Organisation
. Notre organisation participe à différents processus permettant de jauger sa performance par rapport aux autres organisations de même nature (ex. ministères de pays voisins)	Organisation
. Les experts travaillant pour notre organisation sont encouragés à s'inscrire dans des processus internationaux d'échange entre pairs (ex. communautés de pratique, réseaux d'alumni, lettre d'information)	Organisation
. Entre experts de notre organisation, nous partageons de façon fluide l' information sur ce qui se passe à l'échelle internationale sur la CSU (ex. restitution après une participation à une conférence internationale, circulation d'emails, partage d'articles, de rapport, de blogs)	Organisation
Les experts de notre organisation peuvent accéder à un système d'archivage et un répertoire des principaux documents relatifs à la CSU (bibliothèque, website)	Organisation

Au niveau du système CSU, il existe une capacité nationale forte à exploiter le stock de connaissances internationales pour produire de l'information stratégique pour la CSU (ex. conduire une revue systématique de la littérature scientifique sur requête du ministre de la santé)	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Au niveau du système CSU, il existe une capacité nationale forte à produire de l'information quantitative stratégique pour la CSU (ex. Comptes Nationaux de la Santé, analyse des enquêtes 'démographie et santé')	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Synthèse et action		
Dans notre organisation, nous avons un mécanisme pour identifier les bonnes pratiques, les promouvoir et vérifier leur bonne application	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
Dans notre organisation, nous avons mis en place des mécanismes décisionnels pour qu'une information qui remonte du terrain soit rapidement prise en compte pour l'action	Organisation	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)
. Dans notre système CSU, nous avons mis en place des instruments permettant une intégration rapide de l'information sur la performance des formations sanitaires	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)

dans le calcul de leur financement (achat stratégique, financement basé sur la performance)		
. Quand nous introduisons un changement dans notre système CSU, nous en suivons de près les conséquences, grâce au monitoring	Système	1 2 3 4 5 6 7 Pas d'opinion (0)