

ANNEXES

**DÉTERMINANTS ÉDUCATIONNELS ET FACTEURS FAVORABLES À UNE MEILLEURE
ADÉQUATION ENTRE FORMATION ET COMPÉTENCES ATTENDUES DES PROFESSIONNELS DE
LA SANTÉ DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ EN AFRIQUE**

ÉTUDE SUR LA GESTION ET LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

- ANNEXES -

ANNEXE 1.	Lexique pour les termes du champ de la pédagogie.....	263
ANNEXE 2.	Lexique pour les termes du champ de la santé publique.....	274
ANNEXE 3.	Organisation du système sanitaire en République Démocratique du Congo.....	281
ANNEXE 4.	Organisation du système sanitaire au Rwanda.....	283
ANNEXE 5.	Organisation du système sanitaire au Tchad.....	284
ANNEXE 6.	Participation à un forum sur l'utilisation de l'approche par compétences dans les contextes du Sud.....	286
ANNEXE 7.	Tableau comparatif du curriculum pré réforme et réforme en sciences infirmières en République Démocratique du Congo.....	288
ANNEXE 8.	Extrait du référentiel de compétences infirmier de la République Démocratique du Congo.....	289
ANNEXE 9.	Eléments du référentiel de formation pour la première année infirmière en République Démocratique du Congo (version intermédiaire).....	296
ANNEXE 10.	Extrait des référentiels de compétences infirmier et sage-femme du Rwanda.....	314
ANNEXE 11.	Eléments du référentiel de formation pour la première année infirmière au Rwanda.....	330
ANNEXE 12.	Exemple de situation d'intégration.....	338
ANNEXE 13.	Référentiel de compétences du médecin chef de district (MCD) au Sénégal.....	341
ANNEXE 14.	Recueil d'outils de supervision formative, de bilan de compétences et de plans de formation de l'infirmier chef de poste de santé.....	359
ANNEXE 15.	Réforme de l'esprit / réforme de l'éducation (Edgar Morin).....	428
ANNEXE 16.	Démarche de recherche dans les bases de références bibliographiques.....	429

ANNEXE 1. LEXIQUE POUR LES TERMES DU CHAMP DE LA PÉDAGOGIE

Activités : indiquent ce que doit faire la personne qui occupe un emploi. Les activités sont donc exprimées en termes de verbes d'actions (fabriquer, contrôler, consulter, conduire, conseiller, réparer, élaborer, construire...).¹

Apprendre : se référer à la fin de ce lexique au texte « Eduquer, Enseigner, Former...et Apprendre ! »

Apprentissage : « L'apprentissage peut-être vu comme un processus actif et constructif au travers duquel l'apprenant manipule stratégiquement les ressources cognitives disponibles de façon à créer de nouvelles connaissances en extrayant l'information de l'environnement et en l'intégrant dans sa structure informationnelle déjà présente en mémoire ». ²

Apprentissage organisationnel : « Il y a encore un quart de siècle, l'apprentissage organisationnel était une idée neuve, au même titre que d'autres notions voisines comme l'apprentissage « sociétal », « public » et « institutionnel », qui se trouvaient reléguées au rang de la littérature populaire consacrée aux changements de la société. Hormis les travaux de quelques adeptes comme Michel Crozier, Philip Herbst et Herbert Simon, pour ne citer que les plus éminents d'entre eux, l'apprentissage organisationnel était alors largement absent des publications consacrées à la recherche organisationnelle. Jusqu'à la fin des années septante, date de la toute première version de cet ouvrage, certains trouvaient encore l'idée déroutante, voire inacceptable. À l'aube du troisième millénaire, plus personne ne conteste l'idée que toutes les entreprises, les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les écoles, les services de santé, les régions, voire même les nations et les institutions supranationales, doivent s'adapter à des environnements en perpétuelle mutation. Tous ces organismes doivent pouvoir tirer des leçons de leurs réussites et de leurs échecs, savoir déceler et corriger les erreurs passées, anticiper et affronter les menaces qui les guettent, mener des expériences, s'engager dans des processus d'innovation permanente, et enfin, se construire une représentation de leur avenir. Le consensus est quasi unanime sur l'idée que nous sommes tous soumis à un « impératif d'apprendre ». Que ce soit dans le monde scolaire et universitaire ou dans le monde pratique, l'apprentissage organisationnel est une idée désormais largement accréditée (...). Ainsi, la réussite organisationnelle, quelle que soit la définition choisie, dépend des capacités de l'organisation à voir les choses sous un jour nouveau, à approfondir sa compréhension des phénomènes observés et à produire de nouveaux schémas comportementaux, principes de base permanents devant impliquer l'organisation dans son ensemble.

(...) *Apprentissage* fait référence soit à un produit (quelque chose qui a été appris), soit au *processus* permettant d'obtenir ce produit. Dans le premier sens, on parle du « Qu'avons-nous appris ? » en faisant référence à une accumulation d'informations sous la forme de connaissances ou de compétences ; dans le deuxième sens, il s'agit du « Comment apprenons-nous ? » qui fait référence à l'acte même d'apprendre, qui peut être bien ou mal effectué. Lorsque nous parlons de « tirer des leçons de l'expérience », par exemple, ces « leçons » sont implicitement considérées comme le produit d'un apprentissage, tandis que l'acte de « tirer des leçons » évoque un processus d'apprentissage. L'ambiguïté produit/processus, que l'on retrouve dans les nombreuses significations que les théoriciens et praticiens donnent à l'apprentissage en général, et à *l'apprentissage organisationnel* en particulier, est d'importance (...), notamment lorsqu'il s'agira de savoir quelles formes d'apprentissage organisationnel sont souhaitables et quels signes en traduisent l'existence.

Au sens général, on peut dire qu'une organisation apprend lorsqu'elle acquiert de l'information sous toutes ses formes, quel qu'en soit le moyen (connaissances, compréhensions, savoir-faire, technique ou pratiques). Dans cette acception, toutes les organisations apprennent, dans leur intérêt ou non, toutes les fois qu'elles ajoutent un élément à leur stock d'information, quel que soit le mode d'acquisition.

Le schéma générique de l'apprentissage organisationnel comprend :

- un contenu d'information ou *produit d'apprentissage* ;
- un *processus d'apprentissage* qui consiste à acquérir, traiter et stocker l'information ;

¹ Le Boterf G. (1998). De la compétence à la navigation professionnelle, Paris : Les Editions d'organisation, p ; 207.

² Kozman R.B. (1991), Learning with media. Review of Educational Research; 61:179-211.

- et un *apprenant* à qui le processus d'apprentissage profite. ».³

Apprentissage en simple boucle et en double boucle : « Notre approche de l'apprentissage organisationnel productif se concentre à la fois sur l'apprentissage en simple boucle et en double boucle : en effet, certains types d'apprentissage se déroulent au sein de systèmes de valeurs déjà existants et de cadres d'action dans lesquels ces valeurs s'inscrivent. Par contre, d'autres types d'apprentissage impliquent des changements de valeurs et de cadres mais appellent aussi à une forme d'investigation critique qui intègre des schémas de pensée différents ».⁴

« (...) Que ce ne soit pas comme nos serpents des forêts ou des savanes, juste un changement épidermique, mais une vraie métamorphose, à l'instar de nos chenilles » (extrait du film « Congo River » de Thierry Michel).

Approche par compétences : approche pédagogique qui se construit à partir des activités et des tâches du professionnel à former. L'ensemble des savoirs, savoir faire et savoir être à mobiliser de manière intégrée constitue les compétences du professionnel en question. Elle vise la maîtrise par les apprenants des compétences professionnelles requises, mais aussi la construction chez eux d'une identité personnelle et professionnelle positive et durable.

Aptitude : qualité (physique, intellectuelle ou relationnelle) reconnue chez une personne ou attestée par elle, à travers ses dires ou son comportement. Exemples : être autonome (ou avoir le sens de l'autonomie), être ponctuel, être sociable, avoir une bonne hygiène corporelle ...

Alors qu'une qualification se formule plutôt avec le verbe « avoir », une aptitude se formulera plutôt avec le verbe « être », suivi d'un qualificatif désignant le plus souvent un aspect de la « personnalité ».

Bilan de compétences : fait de recueillir des informations diverses sur une personne en situation en vue de constater, par le biais d'une série de productions, sa capacité à mobiliser des compétences.³

Capacités : possibilité déjà démontrée de produire un savoir, un savoir-faire et un savoir-être.⁵

Changement : altération significative des structures sociales (c'est-à-dire des modèles d'organisation sociale : actions et interactions), y compris les conséquences et des manifestations de ces structures incarnées dans des normes, des valeurs, des produits culturels et des symboles⁶

Se référer également à la définition « Apprentissage en simple boucle et en double boucle ».

Compétences : ensemble de savoirs, savoir-faire, savoir-être à mobiliser de manière intégrée, à bon escient et en temps opportun pour réaliser une activité.⁷

Une compétence ou capacité désigne un savoir-faire, une capacité d'agir dans une situation particulière. Elle se formule de préférence par un verbe d'action.⁸

« (...) Une des raisons de cette situation tient à l'usage d'une *définition faible de la compétence*. Celle-ci est encore trop souvent entendue comme une « somme » de savoirs, de savoir-faire ou de savoir-être ou comme « l'application » de savoirs théoriques ou pratiques. Dans la plupart des cas, on observe une assimilation de la compétence à un savoir-faire fragmentaire. Et les référentiels de compétences deviennent des listes hétéroclites et interminables où la compétence, réduite en miette,

³ Argyris C., Schön D. L'apprentissage organisationnel. Ed. De Boeck Université, Paris, 2002, (pages 7 et 24).

⁴ Argyris C., Schön D. L'apprentissage organisationnel. Ed. De Boeck Université, Paris, 2002, (page 13).

⁵ De Ketele JM., Chastrette M., Cros D., Mettelin P., Thomas J. (2001). Guide du formateur. Ed. De Boeck Université, Bruxelles.

⁶ Adapté par Piette D. de : Thines G. & Lempereur A. Dictionnaire général des sciences humaines. Editions Universitaires, Paris, 1984.

⁷ Ministère de la Santé du Sénégal. (2006). Référentiel de compétences de l'Infirmier Chef de Poste de santé. Coopération technique belge / AREA Santé, Dakar.

⁸ Charlier P. (2002). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. BIEF, Louvain-La-Neuve, 68 p.

échappe à tout traitement opératoire et perd son sens. *La logique de la décomposition tue la compétence.* ».⁹

Agir avec compétence, c'est :

- mobiliser un ensemble de ressources :
 - des capacités personnelles
 - des ressources de l'environnement

- les combiner de manière personnelle (et souvent créative)
- en vue de faire face à une situation-problème

Pour l'essentiel, une compétence désigne donc une combinaison de capacités.

« Les compétences ne se transfèrent pas. On ne peut que créer des conditions favorables à la construction toujours personnelle des compétences ».¹⁰

« *Compétence* : ensemble de capacités et d'aptitudes reliées entre elles dans un domaine déterminé ».¹¹

Constructivisme, socio-constructivisme et modèle constructiviste interactif : modèle d'apprentissage qui s'appuie sur de nombreuses théories telles que la pédagogie de la découverte, les pédagogies de type incitatif et associatif, etc.... Parmi les idées clés qui sous-tendent ce modèle de construction de savoir figure le fait que le savoir se construit dans l'action, dans la confrontation cognitive pour soi et entre pairs, dans le « chercher, inventer, créer ».

En se référant à Philippe Jonnaert, le constructivisme ou socio-constructivisme est un paradigme épistémologique de la connaissance, un cadre général de référence. *L'hypothèse constructiviste* fait référence au fait que c'est l'individu qui construit lui-même ses propres connaissances contrairement à *l'hypothèse ontologique* dans laquelle les connaissances sont transmises à l'individu.

Critères : qualités d'une production et d'un travail exprimées en un substantif éventuellement assorti d'un complément. (Exemples : pertinence, précision, structure, respect des règles...). Le critère n'est pas directement observable et doit être accompagné d'indicateurs spécifiques qui le précisent.

Critères minimaux : ils sont définis comme l'ensemble des critères sur base desquels on peut certifier la réussite ou l'échec de l'apprenant (avec comme cadre la règle selon laquelle 2/3 des critères minimaux doivent être atteints pour obtenir cinquante pourcent, soit le seuil de réussite).

Critères de perfectionnement : ces critères servent à déterminer le niveau de perfectionnement de chaque apprenant (ils permettent d'atteindre plus de septante cinq pourcent. De ce fait les critères de perfectionnements sont pris en considération après que l'apprenant ait rencontré avec succès tous les critères minimaux).

Curriculum : ensemble des éléments d'un programme de formation comprenant à la fois le référentiel de compétences, celui de formation ainsi que le recueil complet des outils d'évaluation parfois appelé référentiel d'évaluation.

Curriculum : synonyme de programme.

Description de fonction : voir la définition « Référentiel de fonction/métier ».

Eduquer : se référer en fin de lexique au texte « Eduquer, Enseigner, Former...et Apprendre ! ».

Enseigner : se référer en fin de lexique au texte « Eduquer, Enseigner, Former...et Apprendre ! » .

⁹ Le Boterf G. (1999). L'ingénierie des compétences, Paris : Les Editions d'organisation, p 27.

¹⁰ Le Boterf G. (2005). Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation (3^{ème} édition), Paris, 563p.

¹¹ De Ketele JM., Chastrette M., Cros D., Mettelin P., Thomas J. (2001). Guide du formateur. Ed. De Boeck Université, Bruxelles.

Le développement : c'est un processus impliquant l'accroissement de la capacité d'intervention d'une société sur elle-même.⁹

Famille de situations : ensemble de situations professionnelles courantes auxquelles l'agent de santé doit faire face en mobilisant ses différentes compétences.

Une famille de situations est un ensemble de situations proches l'une de l'autre.

Formation : qui s'adresse à l'ensemble de la personne et ne s'applique pas qu'à sa dimension intellectuelle ou cognitive. Soit il s'agit bien d'apprentissages intégrés nécessaires à un exercice professionnel responsable.

Former : se référer en fin de lexique au texte « Eduquer, Enseigner, Former...et Apprendre ! ».

Ingénierie de la formation/pédagogique : selon Guy Le Boterf¹², « Dans le domaine du développement des compétences, de la formation ou de la gestion des ressources humaines, les concepts que nous utilisons sont des concepts évolutifs. Ce sont des concepts « en voie de fabrication ». C'est le cas de l'ingénierie de la formation. Ce concept est loin d'être figé et on peut déjà lui reconnaître une histoire. Une telle plasticité s'explique par l'interaction permanente devant exister entre les pratiques professionnelles et les concepts. Les pratiques sont orientées par les concepts mais ceux-ci se nourrissent des pratiques.

C'est une dynamique que, pour ma part, j'ai non seulement vécu mais que je cherche à maintenir. C'est au contact de plusieurs sources que se sont alimentées les constructions progressives de ce concept. Par ordre chronologique, j'en citerai sept, à savoir :

- l'ingénierie des grands systèmes de formation à l'étranger,
- la programmation des équipements éducatifs et culturels,
- la réalisation d'audits de dispositifs de formation,
- l'ingénierie des projets de développement,
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- les processus de production, de maintenance et de développement des compétences,
- le rôle central de l'organisation du travail dans la construction des compétences individuelles et collectives.

Ces divers contextes et champs de conseil m'ont conduit à passer progressivement de l'ingénierie de la formation à l'ingénierie des compétences. Ou plutôt : de situer l'ingénierie de la formation au sein de l'approche plus générale de l'ingénierie de la professionnalisation. »

Indicateurs : ensemble d'éléments observables qui sont attachés à un critère et/ou à une activité et qui montrent ce qu'il faut observer, mesurer au niveau d'une production pour l'évaluer.

Innovation : introduction d'une nouvelle méthode de production ou réalisation d'une nouvelle forme d'organisation de la production. A différencier de l'invention (créer ce qui n'existe pas encore), de la découverte (trouver ce qui existe déjà mais n'est pas connu) et du changement (maintien et résultat de l'innovation).¹³

L'innovation pédagogique dans le cadre de cette thèse est vue à travers une approche pédagogique socioconstructiviste et est basée notamment sur l'utilisation des pédagogies actives en classe et sur le terrain d'application des stages.

Métacognition : capacité de se représenter les manières dont on construit des savoirs et dont on les teste. Cette capacité est capitale pour l'apprentissage. Il y a là une compétence à promouvoir. Il s'agit donc de favoriser chez l'apprenant des pratiques d'analyse de ses propres démarches mentales, soit des pratiques réflexives.

¹² Le Boterf G. (2005). Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation (3^{ème} édition), Paris, 563p.

¹³ Adapté par Piette D. de : Thines G. & Lempereur A. Dictionnaire général des sciences humaines. Editions Universitaires, Paris, 1984.

Micro, méso, macro : se référer à la figure 3 de la thèse.

Palier de compétence : étapes vers l'acquisition d'une compétence. Ensemble des activités à mener pour prouver sa maîtrise de la compétence en situation d'évaluation. Ensemble des ressources à mobiliser pour la mise en œuvre d'une compétence.¹⁴

Etape dans la progression pour atteindre une compétence. On distingue :

- Les paliers de compétences verticaux : ensemble des macro objectifs qui précisent le niveau de compétence à atteindre pour cette année, pour cette compétence (complétude)
- Les paliers de compétences horizontaux : progression d'un palier d'une année à l'autre (cohérence). Le palier de compétence horizontal montre une progression dans la difficulté d'une année à l'autre. S'il n'y a pas de progression d'une année à l'autre, c'est la complexité de la situation qui augmente le niveau de difficulté.¹⁵

Paradigme : terme utilisé par Kuhn (1962) pour désigner la théorie dominante qui règne dans une communauté scientifique à un certain stade du développement historique d'une science particulière. Un paradigme est souvent un type d'explication qui est unanimement adopté tant qu'il paraît logiquement ou empiriquement satisfaisant.¹⁶

Pédagogie : art d'enseigner ou méthodes d'enseignement propres à une discipline, à une matière, à un ordre d'enseignement, à un établissement d'enseignement ou à une philosophie de l'éducation.

La didactique porte sur les méthodes ou les pratiques d'enseignement tandis que la pédagogie porte sur l'éducation ou l'action éducative.

Le sens étymologique du terme *pédagogie* (science qui a pour objet l'éducation des enfants) semble avoir été quelque peu oublié. L'usage a retenu son sens de *méthode éducative*, ce qui a donné lieu à des expressions du type *pédagogie universitaire*.¹⁷

Pédagogie active : ensemble des dispositifs, méthodes et outils qui mettent l'apprenant au travail en vue de construire, intégrer, appliquer et transférer son savoir. Les principes sous jacents y sont ceux de l'autonomie dans et via l'apprentissage.

Pédagogie de l'intégration : « Un fossé se creuse imperceptiblement entre l'école, qui contribue souvent à distiller des savoirs ponctuels, et les situations auxquelles elle est sensée préparer les élèves. Les élèves habitués, dès leur plus jeune âge, à aborder des savoirs de façon séparée, continuent souvent à raisonner plus tard de façon cloisonnée, même dans des situations simples. Des recherches internationales comme celles de Carraher, Carraher & Schliemann (1985), Sotto (1992) ou encore Sotomayor (1995) ont par exemple montré combien il existait à travers le monde ce que l'on appelle des « analphabètes fonctionnels », c'est-à-dire des personnes qui ont acquis des connaissances à l'école primaire, mais qui sont incapables d'utiliser ces connaissances dans la vie de tous les jours :

- ils peuvent déchiffrer un texte, mais sont incapables d'en saisir le sens et, partant, d'agir en conséquence ;
- ils peuvent effectuer une addition, mais quand un problème de la vie de tous les jours leur est posé, ils ne savent pas s'il faut faire une addition ou une soustraction ;
- ils connaissent les formules mathématiques par coeur, mais ils sont incapables de les utiliser de façon pertinente dans une situation donnée, etc.»

Une pédagogie de l'intégration permettra à l'élève d'intégrer les connaissances dans des situations concrètes où elles apparaîtront comme d'indispensables outils qu'ils structureront progressivement avec leurs connaissances personnelles de départ.

¹⁴ Ministère de la Santé du Sénégal. (2006). Référentiel de compétences de l'Infirmier Chef de Poste de santé. Coopération technique belge / AREA Santé, Dakar.

¹⁵ Charlier P. (2002). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. BIEF, Louvain-La-Neuve, 68 p.

¹⁶ Thines G. & Lempereur A. Dictionnaire général des sciences humaines. Editions Universitaires, Paris, 1984.

¹⁷ www.granddictionnaire.com

Les composantes de l'intégration sont notamment :

- L'interdépendance des éléments regroupés en systèmes (*le tout est supérieur à la somme des parties*)
- La coordination en vue d'un fonctionnement harmonieux
- La polarisation dans un but bien précis, en particulier pour produire du sens¹⁸

Performance : correspond au cumul de la compétence avec la motivation et l'environnement. On peut écrire que la performance = Compétence X Motivation X Environnement. La performance est la quantification d'un résultat, c'est plus que la compétence

On peut être compétent mais non performant. Dans la mesure où l'on parle de performance, il faut alors spécifier le résultat quantitativement.

Il est important de quantifier les choses quand on parle de performance car sinon on reste trop vague. Il faut donc se définir des indicateurs et des critères en relation à la performance.¹⁹

Plan de formation : c'est celui qui se construit en réponse aux besoins de formation identifiés auprès des professionnels à partir de l'analyse des bilans de compétences de ceux-ci.

Processus : qui permet une construction collective permanente en concertation formelle et informelle interne et externe et qui vise des transformations profondes et durables (du curriculum).

Professionalisme / professionnalisante / profession : le professionnalisme est devenu un mot-clé dans la formation médicale dans certains contextes²⁰. La définition de « professional skills » nous amène à « practical instruction » qui se traduit par « formation pratique ».

La formation en soins infirmiers étant prioritairement une formation *pratique*, puisque *professionnelle*, l'accent est mis sur l'intégration systémique des aspects relevant du travail réel dans le cadre de l'enseignement à l'école. Pédagogiquement, cela se traduit par un dispositif pensé et articulé autour d'un ensemble de situations dites emblématiques : des situations professionnelles caractérisées soit par une fréquence élevée, soit, par un haut degré de signification la rendant incontournable pour l'apprentissage. La complexité est d'emblée présente. Ces situations sont travaillées à partir de *l'approche par problèmes* (APP).²¹

Le « professionnel », en sociologie, est une personne qui arrive à traiter efficacement une situation de travail incertaine avec des procédures peu codifiées, à l'aide d'un savoir-faire et d'une intuition tirés de l'expérience. C'est un bon ébéniste, un bon médecin, un bon professeur ...

...Mais le développement des incertitudes a réactivé ces compétences de type professionnel.²²

Qualification : est le résultat d'un cursus de formation accompli par une personne (collectif ou individuel), ponctué par une évaluation certificative institutionnalisée. Une qualification est quelque chose que l'on possède, et ce de manière définitive. Une qualification peut dès lors se formuler par le verbe « avoir » (ou équivalent). Les limites de la qualification sont assez évidentes : une chose est de posséder un diplôme, autre chose est de pouvoir mettre en œuvre les savoirs ou savoir-faire acquis lors de la formation en situation de travail (ou en dehors du cadre de la formation). Les qualifications sont certainement indicatives de certaines compétences, mais elles n'en apportent pas nécessairement la preuve.

¹⁸ Roegiers X. (2000). Une pédagogie de l'intégration. Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. Pédagogies en développement. De Boeck Université, pages 25 et 43 entre autres.

¹⁹ Charlier P. (2002). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. BIEF, Louvain-La-Neuve, 68 p.

²⁰ Brennan M., Coles C. (2003). Developing professional skills. Lancet; 362:1506-7

²¹ Dürrenberger Y., Valdès C.M. (2004). Enjeux pour la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers dans un contexte en mutation. Hecv Santé ; Haute Ecole cantonale vaudoise de la santé, Suisse

²² Alter N. (1999). *L'innovation dans la dynamique des organisations*. In L'innovation, levier de changement dans l'institution éducative. Réédition dans la collection "Pratiques innovantes", publication du ministère de l'Éducation nationale - direction de l'Enseignement scolaire, bureau de la valorisation des innovations pédagogiques - éditée par le Centre national de documentation pédagogique, Paris, 52 p.

Un texte publié par l'OCDE précise sur ce point la différence entre qualification et compétence : « tandis que les connaissances et les qualifications résultent d'une action de formation, d'un cursus scolaire- même s'il est autonome ou solitaire-, les compétences résultent toujours de l'expérience. Les compétences doivent, pour être reconnues en tant que telles, être manifestées dans, et par, une action. (...). Un apprenti répétant ses leçons lors d'un examen manifeste des connaissances et des qualifications, quand il ne récite ou ne fait que ce qu'il a appris ; mais il manifeste ses compétences individuelles quand il le fait à « sa façon », quand sa personnalité transparait dans ses qualifications et ses connaissances. On passe des connaissances et des qualifications à la manifestation des compétences par l'action et l'expérience. Il n'est pas possible de désincarner les compétences, car elles n'existent pas sans l'être humain qui les porte.²³

Référentiel de compétences : fil conducteur de la formation reprenant les objectifs continués d'intégration par année d'étude. Ces objectifs sont détaillés en compétences et paliers de compétences guidant l'élaboration du curriculum de formation (tant théorique que pratique) pour la profession concernée.²⁴

Un « référentiel de compétences » peut être défini comme un document qui précise les compétences nécessaires correspondant à un métier ou une fonction particulière (c'est-à-dire pour réaliser les activités et les tâches décrites).²⁵

Référentiel de fonction/métier : le BIT (Bureau International du Travail) relie le concept de fonction au poste de travail et au métier. Il décrit chaque métier en reprenant, par une analyse descendante, les fonctions, tâches et habiletés qui sont développées par une personne sur un ou plusieurs postes de travail. Une « description de fonction » ou un « référentiel de métier » est essentiellement un document qui énumère les activités et les tâches constitutives d'un métier ou d'une fonction particulière. Dans le contexte de la santé publique, les normes sanitaires présentent les descriptions de métier ou profils de fonction des agents de santé. Il s'agit d'un ensemble d'activités et de tâches attendues des professionnels de santé en référence à un système de santé défini. Dans le cadre de l'application de l'approche par compétences, une nuance est apportée dans cette thèse entre le référentiel de fonction/métier qui est établi à partir de la réalité vécue des professionnels de santé et celui qui fait partie du prescrit et du normatif et qui se trouve dans les normes sanitaires d'un pays.

Référentiel de formation : ou curriculum de formation. Il comprend toute l'architecture du programme par année d'études.¹⁷

Ressource : est un acquis qu'une personne possède (ou dont elle peut se prévaloir) et qu'elle peut mobiliser dans une situation de travail.

Exemples : posséder une voiture, avoir un réseau de relations, avoir Internet à domicile...

Une ressource est quelque chose que l'on possède, tout comme une qualification (une qualification est en fait un exemple de ressource).

Les limites de la notion de ressource sont du même ordre que celles de la qualification : une chose est d'avoir acquis ou de disposer d'une ressource, autre chose est de pouvoir la mobiliser ou l'utiliser en situation de travail (l'important n'est pas tant de posséder une voiture, mais de savoir la conduire (compétence) ou d'être disponible ou prêt à se déplacer (aptitude)).²⁶

Par extension et dans la mesure où la formation vise la maîtrise des compétences et plus précisément des paliers de compétences, une fois ceux-ci travaillés et maîtrisés par l'étudiant, ils deviennent en quelque sorte des ressources à mobiliser par l'apprenant pour l'exercice professionnel.

²³ OCDE (1996). Qualifications et compétences professionnelles dans l'enseignement technique et la formation professionnelle. Evaluation et certification, Paris, Les Editions de l'OCDE, p.22.

²⁴ Ministère de la Santé de RDC. Référentiel de formation infirmière, première année. Version intermédiaire, septembre 2005. Direction de l'Enseignement des Sciences de santé, Kinshasa.

²⁵ Charlier P. (2002). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. BIEF, Louvain-La-Neuve, 68 p.

²⁶ Charlier P. (2002). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. BIEF, Louvain-La-Neuve, 68 p.

Savoir : - utilisé seul : ensemble de connaissances acquises par une personne (cfr. l'expression « c'est un homme de grand savoir »).

- utilisé conjointement avec un autre verbe : pouvoir ou capacité d'une personne. Ainsi, dans le domaine de la formation, on parlera de savoir-redire, de savoir-faire cognitif, de savoir-faire pratique, de savoir-être et de savoir-devenir. Ainsi, dans le domaine de la vie courante, on parlera de savoir-vivre.²⁷

Egalement se référer à la catégorisation des savoirs présentée dans l'article 6 de la thèse et intitulé : « De l'élaboration de référentiels de compétences à la gestion des ressources humaines en santé : présentation de concepts et outils pédagogiques pour le renforcement des systèmes de santé ».

Le débat entre compétence et savoir, par exemple celui proposé ci-dessous par Philippe Perrenoud dans *Enseigner des savoirs ou développer des compétences : l'école entre deux paradigmes*²⁸, permet de mieux approcher le concept de « savoir » : « (...) Enfin, l'entrée par les savoirs permet une division du travail assez claire, correspondant aux découpages des disciplines. Au contraire, la plupart des compétences de haut niveau traversent les frontières disciplinaires. N'apprend-on pas à raisonner et à communiquer en français et en sciences aussi bien qu'en en histoire ou en arts plastiques ? Si la construction des compétences est l'affaire de toutes les disciplines, on doit se parler par-delà les frontières et chacun est invité, à son grand dam, à sortir de son splendide isolement.

(...) Les sciences humaines peuvent reconstruire les notions de savoir, de savoir-faire et de compétences, en montrer les liens, proposer d'autres distinctions, introduire des concepts plus élaborés. C'est leur droit et leur tâche. Il reste que savoir, savoir-faire et compétence sont aussi et sans doute d'abord des notions de /sens commun/, si bien que chacun s'en sert à sa manière, de façon parfois laxiste, parfois opportuniste, toujours /intéressée/, c'est-à-dire pour servir une cause, un argument, des intérêts. Nul n'oppose pédagogie et didactique, éducation et instruction, travail et jeu innovent, pour le seul plaisir des distinctions. Il y a toujours une raison tactique. Ces couples célèbres permettent de dissocier ou de réunir, de hiérarchiser ou de mettre sur pied d'égalité, de proposer un ordre du monde et des idées qui portent. Il n'en va pas autrement pour les couples savoir/savoir-faire ou savoirs/compétences. Même s'il laisse les spécialistes perplexes ou suscite leur critique, c'est le sens commun qui guide les conduites des acteurs, ou plus exactement, les variations qu'ils organisent autour d'un noyau sémantique défini par le sens commun. Sans doute, poussé dans ses retranchements, chacun admettra-t-il que ces oppositions sont un peu schématiques et que la plupart des compétences humaines de haut niveau mobilisent des savoirs mais ne s'y réduisent pas. Sans doute, peu à peu, les concepts savants, mieux définis, explicitement construits, différenciés, organisés en champs conceptuels, solidaires de théories, vont-ils peu à peu influencer, pénétrer le sens commun. Il reste qu'à un moment donné du débat sur l'école, c'est parce qu'elle relève du sens commun que l'opposition entre savoirs et compétences influence les débats des acteurs sociaux sur la définition des finalités de l'enseignement, la conception des programmes, la transposition et le contrat didactiques, la substance et l'organisation du travail scolaire, les normes et les formes d'excellence, les pratiques d'évaluation et de sélection.

Il se peut que les spécialistes de la psychologie cognitive aient raison de questionner l'opposition entre connaissances et compétences. Aujourd'hui, leur emboîter le pas serait ouvrir la voie à un œcuménisme lénifiant. Il y a un vrai débat, une vraie contradiction, et l'opposition entre compétences et savoirs, même si elle est simplificatrice, interdit au moins de défendre le /statu quo/ en prétextant que tout est dans tout ! ».

Savoir morts : d'après Romainville: « A longueur de journée, les enseignants s'époumonent à enseigner un grand nombre de matières. Les élèves semblent les maîtriser un temps, du moins dans le cadre de l'examen. Mais tout se passe comme s'ils s'empressaient, dès la fin de cet examen, de les oublier ou, du moins, de ne plus les mobiliser dans la vie quotidienne. Les élèves semblent donc avoir stocké le contenu d'un cours dans un tiroir de leur cerveau portant comme étiquette le nom de ce cours, voire le nom du professeur. Bien qu'ils soient capables d'ouvrir ce tiroir lors de l'évaluation, ils

²⁷ De Ketele JM., Chastrette M., Cros D., Mettelin P., Thomas J., 2001, Guide du formateur. Ed. De Boeck Université. Belgique.

²⁸ Perrenoud Ph. Enseigner des savoirs ou développer des compétences : l'école entre deux paradigmes. In Bentolila, A. (dir.) Savoirs et savoir-faire, Paris, Nathan, 1995, pp. 73-88.

s'empressent de le refermer à jamais sitôt cette évaluation terminée. Quand ils sont confrontés dans la vie quotidienne, à une situation qu'ils pourraient mieux maîtriser grâce à ces connaissances, ils font au contraire appel, plus spontanément, à leurs conceptions personnelles de départ, qui semblent n'avoir jamais été remises en question par les savoirs savants enseignés à l'école. Leurs connaissances spontanées semblent comme imperméables aux apprentissages scolaires. Les didactiques des sciences ont bien mis en évidence ce phénomène de « savoirs morts ». Dans un contexte de crise économique qui n'en finit pas, la société ne s'accommode plus de ce résultat et souhaite que l'école dote les élèves de savoirs « vivants » susceptibles d'être mobilisés pour la résolution de problèmes du monde qui les entoure »²⁹.

Situation d'intégration : sont des situations qui, à l'école, préparent l'apprenant à ses stages. Ce sont des situations complexes, contextualisées et signifiantes qui engagent l'apprenant à utiliser tous ses savoirs, issus de plusieurs cours et qui requièrent la réalisation d'une ou plusieurs production(s) clairement précisée(s). Ce sont donc des séances d'exercice qui mobilisent dans des situations qui simulent le stage, les savoirs, savoir-faire et savoir-être travaillés dans les cours. L'apprenant y est acteur, il doit mobiliser un ensemble de ressources.

Tâche : opérations élémentaires à effectuer pour réaliser une activité donnée.³⁰

Traduction : est définie comme le mécanisme permettant une appropriation de l'innovation et donnant une légitimité pour l'ensemble des acteurs considérés par un changement.

Traduction didactique : les compétences du titulaire d'un poste pourront être représentées par un regroupement et un réagencement de ses activités (identifiées au préalable dans la description de fonction). Autrement dit, l'opération visée dans le passage de la description de fonction au référentiel de compétences va consister à regrouper les activités relatives à un même type de situation-problème (ou famille de situations) autour d'un énoncé désignant la compétence correspondante (et à faire de même pour tous les types de situations-problèmes présentes).³¹ . Ce concept précise une des étapes de traduction des savoirs et des exigences professionnelles en dispositifs et programmes de formation. Le concept de *traduction didactique* provient d'une clarification des étapes de transposition didactique spécifique au cadre de cette recherche.

Transfert : « Ces considérations sur le transfert d'une situation à une autre ou d'une famille de situations à une autre nous conduit à nous interroger sur le rôle de tels transferts dans le développement des savoirs. Le plus souvent, de nouvelles connaissances naissent quand quelqu'un ose transférer - moyennant adaptation - un modèle ou une méthode d'une famille de situations à une autre (un peu comme lorsqu'un ouvrier – ou n'importe quel technicien - ose utiliser un outil ou une technique pour autre chose que ce pour quoi ils furent conçus). Les scientifiques, comme les techniciens, les plus compétents sont généralement ceux qui ont acquis une certaine maîtrise de l'art du transfert. Cet art peut s'enseigner et s'apprendre en s'exerçant sur des cas particuliers – à condition cependant d'être conscient que de tels transferts sont possibles (ce qui relève du cognitif et s'appelle une " métacognition ", qu'on ait une connaissance suffisante du contexte " d'arrivée " et qu'on ait appris à oser le faire (ce qui révèle du socio-affectif). Si l'on ne sait pas que certains transferts sont possibles, il est probable qu'on ne s'y risque jamais (ainsi quelqu'un qui ne sait pas que la compétence "faire un résumé " acquise au cours d'histoire peut être – moyennant adaptation - transférée au résumé mathématique, n'effectuera peut-être jamais le transfert). Un apprentissage adéquat aux méthodes expérimentales devrait valoriser cette double dimension de l'essai prudent : il faut oser essayer et être conscient que, souvent, par des essais, on trouve une possibilité de transférer ce que l'on connaissait déjà vers de nouvelles situations.

Bref, la transversalité (les compétences, méthodes, notions ou connaissances transversales) n'est pas à voir comme existant en elle-même, avant qu'on la construise. C'est dans des situations particulières qu'on développe des compétences, méthodes, modèles, notions ou connaissances, pour, ensuite, les transférer à d'autres classes de situations. Quand le transfert est réussi et même standardisé, on peut

²⁹ Romainville M. (1996). L'irrésistible ascension du terme compétence en éducation. Enjeux n° 37/38.

³⁰ Batal C. (1997). La gestion des ressources humaines dans le secteur public – L'analyse des métiers, des emplois et des compétences. Les Editions d'organisation, Coll. Service Public – de la mission au métier, Paris, p. 249.

³¹ Charlier P. (2002). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. BIEF, Louvain-La-Neuve, p.36.

parler de modèles transversaux ou de compétences transversales. Ce qui veut dire que les compétences transversales ne sont pas à chercher dans les nuages des généralités abstraites, hors contexte, mais plutôt dans les situations concrètes et finalisées, celles qui peuvent avoir du sens »³².

Transposition didactique : académiquement, il s'agit du passage des savoirs savants aux savoirs enseignés. Pour d'autres, il s'agit d'une démarche plus globale qui inclut le passage des savoirs pragmatiques aux savoirs savants et part donc des tâches professionnelles, du référentiel de métier et de la description de fonction.³³

Eduquer, Enseigner, Former...et Apprendre !

Extrait d'un texte publié par la rédaction de la revue Résonances. (2006). Résonance ; 882, p1.

Pour l'homme de la rue, ces concepts sont très proches, voire similaires. Pour le spécialiste, leur seule définition fait l'objet d'une abondante littérature et de débats passionnés. La brève présentation qui suit est inspirée par le dictionnaire actuel de l'éducation (R. Legendre, 1993).

Eduquer ?

L'éducation peut être définie comme un processus formel ou informel, succession d'étapes interdépendantes, composées de ressources et d'activités, visant l'atteinte d'objectifs de développement (de savoirs, d'habiletés, de comportements, de valeurs, etc.) au bénéfice d'un être humain et de la société. L'éducation est un processus ininterrompu. Même quand un parent ne fait rien, sa « non-action » peut prendre sens et avoir un effet éducatif... C'est d'ailleurs peut être ce qui explique pourquoi tant de parents trouvent ce « métier » fatiguant. (...).

Enseigner ?

Le terme « enseignement » par opposition à « éducation » met davantage l'accent sur la transmission des connaissances. L'enseignement peut être considéré comme la part de l'éducation qui revient au système scolaire. Enseignement n'implique pas nécessairement : on peut (hélas...) enseigner sans produire d'effet sur l'apprentissage ; on peut apprendre (et heureusement...) sans que cela ne résulte d'un dispositif d'enseignement.

Former ?

Le terme « formation » est, quant à lui, utilisé pour évoquer deux situations très différentes :

- Associé à « professionnelle » ou « technique » ou « continuée », la « formation » représente l'ensemble des situations ayant comme objectif l'acquisition ou le développement de connaissances et de compétences reliées à l'exercice d'une tâche ou d'un emploi.
- Plus largement, le terme « formation » est également utilisé par opposition ou en complément de celui d'enseignement pour exprimer une intention plus large que la simple transmission de connaissances ou d'instruction. La formation évoque alors la transmission de connaissances, mais aussi le développement d'habiletés, d'attitudes (y inclus dans leur dimension culturelle) ainsi que leur intégration dans la pratique quotidienne de la vie.

... Pour finalement apprendre !

Apprendre et enseigner sont parfois confondus dans le langage courant...*qu'est-ce qu'on t'a appris aujourd'hui ?* Une phrase bien en opposition avec le caractère personnel de l'apprentissage véhiculé par ...*je ne peux apprendre à ta place !*

³² Fourez G. (1999). Compétences, Contenus, Capacités. Forum, 26-31.

³³ Perrenoud P. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. Revue des sciences de l'éducation (Montréal), 3 :487-514.

D'emblée, nous soumettons une définition de l'apprentissage extraite d'un article de R.B. Kozman (1991), *Learning with media*³⁴. Nous l'avons choisie car elle présente en quelques lignes de nombreuses facettes du concept d'apprentissage.

« L'apprentissage peut-être vu comme un processus actif et constructif au travers duquel l'apprenant manipule stratégiquement les ressources cognitives disponibles de façon à créer de nouvelles connaissances en extrayant l'information de l'environnement et en l'intégrant dans sa structure informationnelle déjà présente en mémoire. »

R.D. Anderson et al. (1994) proposent quant à eux la définition suivante de l'apprentissage qui nous ouvre déjà aux perspectives de l'enseignement.

« Chaque étudiant dispose de conceptions et de compétences avec lesquelles il construira les connaissances nécessaires pour la résolution de problèmes que lui pose l'environnement. Le rôle de la communauté-les autres étudiants et les enseignants- est de fournir le dispositif, d'établir les défis et de fournir le soutien qui encouragera cette construction. »

Sur notre lancée, nous proposons une définition « correspondante » de l'acte d'enseigner (...). Elle est extraite du livre de G. Brown et M. Atkins (1988), *Effective teaching in higher education*.³⁵

« L'enseignement peut être regardé comme la mise à disposition de l'étudiant d'occasion où il puisse apprendre. C'est un processus interactif et une activité intentionnelle. Les buts...peuvent être des gains dans les connaissances, un approfondissement de la compréhension, le développement de compétences en « résolution de problèmes » ou encore des changements dans les perceptions, les attitudes, les valeurs et le comportement. »

Ces définitions sont toutes les trois fortement imprégnées par le fait que le pilote de l'apprentissage est l'étudiant lui-même qui, en construisant ses connaissances, se construit lui-même et qui, en se construisant, acquiert des connaissances.

³⁴ Kozman R.B. (1991), *Learning with media*. Review of Educational Research; 61:179-211.

³⁵ Brown, G., Atkins, M. (1988). *Effective Teaching in Higher Education*. Methuen, London.

ANNEXE 2. LEXIQUE POUR LES TERMES DU CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Besoin : il existe, dans plusieurs disciplines scientifiques, une définition des besoins, parfois de la demande et de l'offre. Ainsi le dictionnaire des sciences humaines³⁶ relève les définitions suivantes du concept de « besoin » :

Biologie : le besoin est un état de l'organisme caractérisé par un déficit, entraînant une rupture de l'équilibre homéostatique. Le besoin interviendrait alors comme signal d'un processus régulateur.

Toutefois, la réaction n'est pas toujours évidente, par exemple, un déficit en vitamine A ou D ne provoque pas une faim spécifique de ces produits.

Psychologie : en dehors de sa signification physiologique (besoin de nourriture, de chaleur, d'excrétion, etc.). le terme est employé dans le sens général d'insatisfaction motivationnelle. Dans cette perspective, le besoin est lui-même un concept vague pouvant désigner l'état subjectif hypothétique antérieur à la pulsion (guidant les actions significatives) et pouvant correspondre à la phase de motivation de base d'un instinct. Dans tous ces cas, on fait l'hypothèse que le besoin est un état de déséquilibre qui sera suivi d'un retour à l'optimum adaptatif à la suite de l'intervention de la réponse.

Sociologie : le besoin est parfois défini au travers du concept d'action sociale que l'on explique comme une réponse à un besoin individuel ou collectif. Ainsi, on pourrait expliquer la déviance d'un groupe comme une réponse au besoin d'acquiescer une identité dans une société plus vaste.

Besoin de santé : par opposition à la demande (voir ci-dessous) ou besoin exprimé, le besoin de santé est un construit défini sur base d'informations dites objectives, objectives dans la mesure où des experts indépendants estimant le même paramètre arriveront à la même conclusion et également dans la mesure où le processus de recueil et d'analyse suit un protocole validé et connu.

- Les besoins sont définis par les experts en fonction d'une norme ou d'un standard (par exemple, les besoins nutritionnels définis en termes de calories, de protéines, etc.). Cette définition normative d'un besoin n'est pas absolue : elle varie en fonction de l'évolution des connaissances et des valeurs. Il s'agit ici de **besoins normatifs** dont le désavantage principal réside dans les limites imposées par les outils de recueil d'informations. C'est pourquoi les besoins sont parfois critiqués comme paternalistes ou théoriques parce qu'ils n'englobent pas les besoins ne pouvant répondre aux critères d'objectivité.

Une norme est un idéal, une moyenne, ou encore un seuil quantitatif prescrivant ce qui doit être et par rapport à quoi on porte un jugement. En santé publique, les normes sont définies sur base de l'épidémiologie et rarement sur base de la perception du bien-être. C'est ainsi que la norme acceptable de bruit dans une entreprise est définie par rapport à la prévention des lésions de l'oreille interne et non sur base du confort des ouvriers.

- Il existe aussi des **besoins comparatifs** lorsque divers groupes de population sont étudiés et que, par comparaison, un groupe se révèle en moins bonne santé physique, affective ou sociale qu'un autre groupe. Ou encore, ces besoins apparaissent lorsque, dans un groupe à niveau de santé comparable, certains individus bénéficient moins de services de santé que d'autres. De cette comparaison peut découler une norme qui servira dans le futur à estimer une caractéristique de la santé, sans comparaison directe avec un autre groupe de population.

- On entend aussi parler de **besoins prioritaires** bien que, dans ce cas, il ne semble pas exister de consensus sur ce qu'est un besoin prioritaire, ni même de consensus sur le processus de définition des besoins prioritaires. Chaque groupe d'acteurs, professionnels de la santé comme consommateurs de soins ou groupes communautaires définit, en effet, des priorités dans le cadre de sa problématique spécifique.

Continuité des soins : la continuité des soins curatifs consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre soignants. C'est un critère essentiel de la qualité des soins et des services. Le dossier médical du patient est un des outils de la continuité des soins. Il atteste du suivi et de l'évolution d'une pathologie et permet de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants. Le système de référence et de contre référence est un autre exemple de modalité de continuité des soins et des services.

La continuité des soins globaux intègre également à ce qui précède le suivi de la prévention, soit au niveau des services curatifs (exemple : contrôle de la tension) ou des services préventifs, éventuellement physiquement séparés (médecine du travail, médecine scolaire, consultation de nourrissons). Dans les situations les plus développées, et là où il existe, c'est au médecin généraliste

³⁶ Thines G. & Lempereur A. Dictionnaire général des sciences humaines. Editions Universitaires, Paris, 1984.

ou médecin de famille qu'il revient d'opérer la synthèse de la continuité des soins qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Décentralisation : après une période marquée par la centralisation de la gestion on voit actuellement des démarches inverses qui sont animées par un souci de décentralisation.

L'intention est d'améliorer la qualité des prestations, de les rendre plus accessibles et, quelquefois, de favoriser la participation du plus grand nombre à la gestion de l'action sanitaire et sociale.

Décentraliser, c'est lutter contre les effets bureaucratiques et favoriser l'adéquation des services offerts aux besoins réels des populations; c'est aussi réduire les effets négatifs de l'hospitalocentrisme et de l'institutionnalisation générale trop souvent inutile, voire dommageable, des demandeurs de soins. La légitimité de telles démarches est de moins en moins discutée à des niveaux politiques, ce qui n'entraîne pas pour autant une accélération de la mise en œuvre des mécanismes de décentralisation. Le Rwanda est un exemple actuel de décentralisation radicale et majeure de toute son organisation administrative centrale, y inclus le secteur de la santé (se référer à l'organigramme du Rwanda en annexe 4).

Demande en santé : la *demande* est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non. La demande de soins de santé augmente avec l'âge. Les femmes expriment généralement une plus grande demande (de soins) de santé que les hommes. La demande est limitée par la perception et, de ce fait, concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives. Une personne ne fait appel à un service que si elle en ressent le besoin.

En santé publique, les demandes soulèvent une série de difficultés. La première déjà évoquée est la faible demande pour des besoins préventifs. La deuxième est la forme subjective ou individuelle de la demande : cette dernière est alors perçue, à tort ou à raison, comme trop peu fréquente pour exiger une réponse collective de santé publique. Un troisième écueil est celui des limites de la perception individuelle : un groupe de travailleurs peut s'affoler sans raison pour une fumée foncée malodorante et s'accommoder fort bien de substances nocives incolores et inodores. Enfin, il y a la traduction culturelle qui amène un enfant à réclamer une boisson sucrée commercialisée pour assouvir le besoin de boire de l'eau. Cette traduction culturelle et sociale des besoins est une des sources d'inégalité de santé : les études montrent que, pour un besoin similaire, les personnes des groupes sociaux plus favorisés ont plus rapidement que les autres recours à un service de santé.

Le cadre de la définition des besoins de santé et celui du concept de demande peuvent être différents. La notion de confort, par exemple, appartient certainement au champ de la demande mais pas forcément à celui du besoin de santé.

Demande induite : demande pour de plus amples contacts ou pour une plus grande consommation de services de santé déterminée par les offres des services de santé. La décision professionnelle de fournir tels ou tels services induit des conséquences pour le patient, pour le système de santé et pour les dépenses de santé.

Ce concept est parfois utilisé en tant que synonyme de " demande dérivée " ou même triviale dans la mesure où elle ne correspond à aucun besoin primaire ou secondaire (exemple : une mode).

District de santé : est un niveau de structure du système de santé national. C'est l'entité dont la taille représente le meilleur compromis entre les avantages d'une économie d'échelle par centralisation des procédures, et la nécessité de rester suffisamment proche, à la fois de la population, pour comprendre ses attentes et besoins, et à la fois des services, pour pouvoir agir sur leur qualité et leur performance. Le district de santé est ou n'est pas superposable aux autres entités administratives et/ou coutumières. Sa relation avec celles-ci varie en fonction du degré et de la forme de la décentralisation politico-administrative. Le district a pour objectif d'assurer la santé d'un groupe défini de population (50.000 à 500.000 habitants). Le plus souvent en milieu rural, la population est définie comme celle habitant l'espace géographique attribué au district. D'autres critères (inscription volontaire, etc.) peuvent être envisagés surtout en milieu urbain, chez les nomades ou en Europe.

Le district correspond le plus souvent à un territoire dont la surface et les limites sont géographiquement définies en fonction de différents critères. Il a pour fonction d'intégrer et coordonner sur le plan technique tous les services de santé légalement autorisés, indépendamment de leur appartenance ou du type d'activités offertes, depuis la promotion de la santé dans les villages

et quartiers jusqu'à l'offre de soins spécialisés dans des structures de référence, en passant par des programmes de lutte contre des maladies spécifiques (tuberculose, SIDA, trypanosomiase, etc.). Il dispose d'une autonomie variable en matière de décision et de gestion, dans les limites des règles administratives de gestion du personnel ou des finances de l'état (limites réelles de la décentralisation), et des lois régissant les pratiques privées. Ses liens hiérarchiques varient en fonction du degré de décentralisation administrative et politique : certains districts rendent compte à l'autorité administrative de la même entité géographique, d'autres dépendent directement d'une autorité médicale ou administrative, provinciale ou régionale, ou directement du niveau central du ministère de la santé.³⁷

Education pour la santé : "L'éducation sanitaire est une pédagogie de la santé au service de la communauté; elle implique la mise en oeuvre de tout moyen capable de créer des motivations positives vis-à-vis de la santé, de faire prendre conscience aux individus qu'il est possible d'agir personnellement et collectivement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé, de les rendre conscients qu'ils sont responsables de leur propre santé et de celle des autres, et de leur faciliter une adaptation de leur comportement dans ce but. Cette action se développe suivant un processus d'échange permanent entre ceux qui prennent l'initiative de l'action éducative et ceux à qui elle s'adresse, alternant leur rôles respectifs de manière continue au cours de cette activité de promotion de la santé."³⁸

Cette définition déjà visionnaire laisse présager celle de la promotion de la santé et dépasse de loin la communication ou même la pédagogie du changement normatif de comportement.

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme d'éducation ou d'apprentissage conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, et la confiance en soi (auto-efficacité perçue) ainsi que le développement des représentations et croyances nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé, tout ceci dans le respect d'autrui et de sa culture ainsi que dans une volonté de réduction des inégalités.

L'éducation pour la santé comprend l'éducation au « savoir critique » qui développe les capacités à comprendre les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que les différents facteurs de risque et comportements à risque, et l'utilisation du système de santé. Sur base de ses capacités individuelles et sociales viennent ensuite l'identification et le développement de solutions individuelles, familiales ou communautaires.

Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois des méthodes issues des sciences de la communication (pour améliorer les connaissances, l'intention et dans une moindre mesure les valeurs et les croyances), des sciences de l'éducation (aptès à travailler de manière pertinente connaissances, valeurs, croyances, intentions, aptitudes) et du développement communautaire en santé (visant l'action commune pour l'amélioration des conditions de vie et développant le capital social, l'estime de soi et de sa communauté, le contrôle individuel et communautaire perçu et réel sur les déterminants de la santé). Cette dernière démarche, l'action communautaire, démontre la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Dans le passé, l'expression éducation pour la santé a donc été employée pour rassembler un large éventail d'actions comprenant la mobilisation sociale et le plaidoyer. Ces méthodes sont maintenant incluses dans la promotion de la santé (définies selon la charte d'Ottawa), et une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est développée, qui représente les stratégies et programme en relation directe (counselling) ou non (utilisation des médias) avec le public-cible.

Education thérapeutique du patient : « L'éducation du patient est une pratique de santé relativement récente qui a progressivement été intégrée dans la prise en charge des patients atteints de maladies de longue durée. Au-delà d'un rôle de prévention des complications de la maladie, l'éducation du patient représente l'expression d'un changement des conceptions de santé qui infère que le patient soit capable d'être son propre médecin pour une période donnée. L'idée n'est pas récente, puisque l'éducation pour la santé posait déjà le principe que le premier agent de santé est l'individu lui-même. Cependant- et à l'inverse de l'éducation pour la santé- l'éducation thérapeutique

³⁷ Prof. Myriam Malengreau, <http://www.md.ucl.ac.be/stages/spi/district/distb1.html>

³⁸ GERM asbl, Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine, Bruxelles, 1972 213p, {pp12-13}

du patient s'adresse par définition à un malade chronique pour lequel l'apprentissage de compétences et de comportements de santé est nécessaire pour vivre. En effet, leur application par le patient est susceptible de retarder les complications inhérentes à sa maladie mais aussi de réduire sa dépendance en lui permettant d'intégrer son handicap dans sa vie quotidienne. Son contexte de vie, son degré d'acceptation de la maladie, ses capacités, son habileté influencent sa motivation à apprendre. Pour toutes ces raisons, il s'agit d'un apprenant particulier qui requiert une pédagogie adaptée. (...). L'éducation thérapeutique du patient constitue un des développements les plus significatifs de l'éducation en santé pour de nombreuses catégories de patients. Elle s'affirme d'abord comme une nécessité épidémiologique, thérapeutique, économique mais également éthique, dans le but de donner au patient tous les moyens cognitifs et techniques d'une gestion de sa maladie. Elle se caractérise par un véritable transfert planifié et organisé des compétences³⁹ du soignant vers le patient et s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins».⁴⁰

Dans le rapport technique OMS région Europe (1998), il est donné de l'éducation thérapeutique du patient la définition suivante : « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'auto-gestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie ; elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ».

Les nouveaux modèles de planification pédagogique dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient se base sur les compétences du patient.

Empowerment : processus qui permet aux individus et communautés d'augmenter leur contrôle sur les décisions et actions influençant leur santé. Ce processus peut être culturel, pédagogique, social, psychologique ou politique. Il permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins, d'identifier leurs problèmes et de favoriser des mécanismes de participation aux prises de décisions afin de mettre en place des solutions pour répondre à ces besoins.

A travers ce processus, les individus comme les groupes perçoivent les relations entre premièrement, leurs buts et la manière de les atteindre et deuxièmement, leurs efforts et les résultats qu'ils produisent.⁴¹

Ce concept s'adapte aux situations d'apprentissage et d'autonomie particulièrement dans le cas de l'approche par compétences qui vise à développer les aptitudes requises pour faire face aux familles de situations concrètes que rencontrent le professionnel de santé ou son équipe.

Paquet complémentaire d'activités : dans de nombreux contextes d'Afrique Subsaharienne, le niveau sanitaire opérationnel se compose de deux échelons

- Le premier échelon est un réseau de centres de santé qui a pour mission d'offrir à la population un paquet minimum d'activités de prestations de Soins de Santé Primaires (PMA), avec la participation communautaire;

- L'hôpital de référence qui offre un paquet complémentaire d'activités de soins de santé de référence (PCA).

L'hôpital de district exécute le paquet complémentaire d'activité. Celui-ci comprend les prises en charge des urgences médico-chirurgicales, des accouchements compliqués; l'hospitalisation; le diagnostic de laboratoire; la fonction diagnostique de radiologie; la consultation de référence. A cela, il faut ajouter la gestion de l'ensemble du district sanitaire. Un paquet d'activités spécifiques fait référence au concept de « plateau technique ». C'est-à-dire que les activités sont cohérentes au niveau de technologies développées à l'endroit de l'offre de services et de soins. Les normes

³⁹ Contradiction reconnue avec la définition du lexique pédagogique sur la compétence

⁴⁰ d'Ivernois J-F., Gagnayre R. (2004). Apprendre à éduquer le patient. Editions Maloine, Paris, 155p.

⁴¹ Basé sur la définition donnée dans "health promotion glossary" WHO Geneva, WHO/HPR/HEP/98.1 http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

sanitaires définissent la relation entre prestations techniques et capacité institutionnelle de la structure de soins

Paquet minimum d'activités : les centres de santé, services du premier échelon, ont la charge du Paquet minimum d'activité (PMA). Ce volet renferme des activités curatives, préventives et promotionnelles. Ce sont notamment : les consultations curatives primaires; le dépistage des pathologies sociales; la consultation des enfants de 0 à 4 ans, y compris la vaccination, le dépistage des malnutris; la prise en charge des femmes enceintes et en âge de procréer (les consultations prénatales, les accouchements «normaux», le bien-être familial); la prise en charge des malades chroniques; l'éducation socio-sanitaire intégrée aux autres activités et la communication avec la population; les activités de développement communautaire et enfin, le système de référence/contre référence.

Participation : processus d'intégration de la population ou de ses représentants dans un système, ici, le système de santé. Cette participation reflète des niveaux d'engagement différents :

- réponse à l'offre d'un service (par exemple la participation à une campagne de vaccination)
- consultation de la population concernant ses demandes et besoins sur base informelle (bon vouloir des professionnels) ou formelle (obligation réglementaire)
- droit de recevoir de l'information concernant les décisions, avant la prise de ces dernières et de commenter cette information aux décideurs (par exemple les « Community Health Councils » en Angleterre et au Pays de Galles avant les réformes des années nonante)
- la participation minoritaire, égalitaire ou majoritaire aux prises de décision concernant la communauté (ce dernier cas, en Yougoslavie sous Tito, concernant par exemple une réforme des soins de santé primaire ou l'attribution de la majorité du budget « santé » d'une période pour la construction d'un hôpital universitaire de référence dans une zone rurale) (Piette 1985)⁴².

"Intégration active d'êtres humains, vivant sous une forme quelconque d'organisation communautaire, dans la planification, la réalisation et le contrôle cohérents de la fourniture primaire de prestations de santé (ainsi que de projets, responsables de programmes de la promotion de la santé) et ce, en utilisant les ressources locales, nationales et autres." (OMS, 1999, p. 256).

La notion de participation est à comprendre plutôt au sens d "être partie prenante" que de "prendre part". Car la participation ne passe pas que par des individus isolés ou des institutions associatives (partis, associations) ; elle passe aussi par des groupements auto-organisés qui défendent "d'en bas" leurs intérêts communs et développent/proposent eux-mêmes leurs offres en matière de promotion de la santé, par exemple par le biais d'initiatives d'entraide. Dans le domaine de l'incitation à la participation, les professionnels de la santé ont pour tâche de prendre au sérieux et développer les visions des êtres humains. Ils doivent en outre créer des possibilités de participer (p.ex. ateliers du futur ou jouer un rôle de pont). La participation active a surtout des effets positifs sur la santé au sens de l'empowerment parce qu'elle renforce le sentiment de pouvoir agir de manière créative sur ses propres conditions de vie et qu'elle permet également de découvrir et d'encourager de nouvelles compétences.

Participation communautaire : dans le champ de la santé publique, la participation communautaire reflète un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être, de même que ceux de la communauté dont ils font partie. Elle devrait être un levier pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique identifiés par les populations elles-mêmes.

Cette participation⁴³ se fait dans un contexte de subsidiarité :

- tout en devant rester efficaces, les décisions sont prises au niveau le plus proche possible de la population ;
- les moyens nécessaires à la prise de décisions et à la réalisation sont fournis à ce niveau par un niveau plus éloigné de la population ;

⁴² Piette D. (1985) A study of the contribution of the Community Health Councils in health education for children of school-age. London University, London School of Hygiene and Tropical Medicine (PhM).

⁴³ Piette D. (2005) Notes de cours SPUB 059 et SPUB 057: la spécificité de l'éducation et de la promotion de la santé. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique (62p et 69p).

- les niveaux les plus éloignés de la population réalisent les activités qu'il n'est pas pertinent de réaliser à un niveau plus proche de la population

Performance : elle est définie, dans le cadre de programmes appelés « Initiative pour la performance », comme une démarche globale d'amélioration dont l'axe principal consiste en une révision des mécanismes d'incitations régissant le fonctionnement des services. Les innovations principales consistent en : (1) la rémunération des activités du centre de santé délivrées gratuitement à la population ; (2) la prise en compte de la quantité de services produits dans le calcul de cette rémunération ; (3) la liaison des revenus individuels à une certaine mesure de l'application personnelle ; (4) un léger remodelage des structures de propriété dans les centres de santé.

Si cette définition est pluridimensionnelle, il est entendu toutefois que l'Initiative pour la Performance vise avant tout à améliorer la santé de la population par un accroissement quantitatif de l'offre de services.⁴⁴

Programme vertical : rejoint les approches sélectives en santé. Une approche sélective est une approche spécialisée d'un problème ou d'un groupe de problèmes traité indépendamment des autres. A l'inverse, l'approche globale implique que tous les problèmes de santé sont pris en charge conjointement par une même personne ou équipe. La verticalité signifie que l'initiative vient du niveau central ; celui-ci organise la prise en charge spécialisée du problème aux différents étages du système de santé avec des degrés divers de dévolution des responsabilités (exécution des activités, gestion des ressources, planification et choix des actions, contrôle). On peut aussi avoir une approche spécialisée qui ne vienne pas d'en haut mais qui soit intégrée et fasse étroitement partie (décisions, choix, supervision, mobilisation et gestion des ressources, exécution) de l'ensemble des activités de santé à un niveau périphérique du système.⁴⁵

Une manière de visualiser ces programmes verticaux est de parler de programmes « parachutés ».

Promotion de la santé : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure par laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ».

Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques (environnement). Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être.⁴⁶

La notion de promotion de la santé comprend l'amélioration des modes de vie et des conditions de vie importants pour la santé. La promotion de la santé inclut non seulement des actions visant à renforcer les connaissances et les capacités des individus mais aussi des actions ayant pour but de modifier des conditions (déterminants) sociales, économiques et environnementales de telle manière qu'elles aient un effet positif sur la santé individuelle ainsi que sur celle de la population. L'empowerment et la participation de la population en sont des constituants essentiels, ainsi que la réorientation des services (de santé en priorité) et les politiques publiques saines (prise en compte de l'impact sur la santé de toute politique publique quel que soit le domaine considéré).

Soins de santé primaires : sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le

⁴⁴ Meessen B., Kashala JP, Musango L. (2002). L'Initiative pour la Performance. Projet Santé d'Abord II, Ministère de la Santé, HealthNet International, Butare, 51p.

⁴⁵ Prof. Mryrienne Malengreau, <http://www.md.ucl.ac.be/stages/spi/district/distb1.html>

⁴⁶ World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituant le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire. Ils comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels. (*Extraits de la définition d' Alma Ata*).

Supervision : est une pratique d'accompagnement pédagogique qui se déroule individuellement, en petit groupe ou en équipe. Elle s'adresse à des personnes en formation ou à des professionnels. La supervision a été introduite dans le travail social dans les années septante. Son point d'ancrage est une relation institutionnalisée dans un contrat (durée, rythme, objectifs, mode d'évaluation, confidentialité, financement) entre un superviseur formé à cet effet et un ou des supervisé(s) qui fait ou font la demande de supervision. Le superviseur est en principe extérieur à la structure dans laquelle le supervisé travaille. Le but de la supervision est l'amélioration des compétences professionnelles par la prise de recul, l'élucidation et l'analyse méthodique de situations professionnelles.⁴⁷

Zone de santé : cette dénomination est propre à la République Démocratique du Congo. En dépit des problèmes d'accessibilité de certaines zones, on a gardé le découpage administratif pour la division en régions (provinces médicales) et sous régions médicales (districts médicaux). Par contre, entre 1978 et 2001, la délimitation des 306 zones de santé (district de santé) s'est faite indépendamment des limites administratives après de nombreuses discussions entre médecins chefs de zones et de provinces et après avoir consulté les infirmiers responsables des structures de santé et les populations des zones limitrophes. Les aires de santé des postes de santé ont été définies au sein de chaque zone de santé avec les infirmiers titulaires et les comités de santé.⁴⁸

⁴⁷ C. De Jonckere, S. (1996). Monnier, Miroir sans tain pour une pratique sans phare. La supervision en travail social, Éditions I.E.S., Genève.

⁴⁸ Prof. Mryriam Malengreau, <http://www.md.ucl.ac.be/stages/spi/district/distb1.html>

Le système de santé en RD Congo est composé de trois niveaux :

Le niveau central ou national constitué de :

- a. Ministre et son Cabinet
- b. Secrétariat Général à la Santé et son Cabinet
- c. 12 directions centrales ; chaque direction est animée par un Directeur central
- d. plus de 42 programmes spécialisés

C'est le niveau conceptuel qui élabore les stratégies, les normes et qui définit les grandes orientations de la politique sanitaire nationale

Le niveau intermédiaire ou provincial comprend :

a. La Division Provinciale de la santé ou Inspection Provinciale de la Santé (ancienne appellation) et ses 7 bureaux. Elle est dirigée par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP). Au total, il existe 11 divisions provinciales de santé.

b. Certaines provinces, pour des raisons d'accessibilité, sont subdivisées en districts sanitaires. Ces derniers, au nombre de 41, sont dirigés par des Inspecteurs de district. Un district sanitaire regroupe plusieurs zones de santé. Chaque district est composé de 3 bureaux appelés « cellules ». Les provinces de Maniema, Nord et Sud Kivu ne sont pas divisées en districts.

c. Dans certaines grandes villes urbano-rurales (outre Kinshasa), il existe la division provinciale urbaine dirigée par un Médecin Inspecteur Urbain (MIU).

Le niveau provincial donne l'appui technique aux zones de santé. Il est le relais entre le niveau central et périphérique en rendant possible l'application de la politique nationale au niveau de la province. Il veille à identifier et à pourvoir les besoins des zones de santé par rapport aux plans d'action.

Le niveau périphérique ou zone de santé:

La zone de santé, unité opérationnelle de planification et de développement des activités sanitaires, est constituée du Bureau central de zone de santé (BCZS) dirigé par un Médecin chef de zone de santé (MCZ) qui coordonne les actions sanitaires. La zone de santé comprend les centres de santé (1 pour environ 10.000 habitants en milieu urbain et 5.000 en milieu rural) et un hôpital général de référence. Il existe parfois des centres de santé de référence, structures intermédiaires par nécessité d'éloignement de l'hôpital général de référence. L'hôpital général de référence est géré par un comité de gestion et le centre de santé par un comité de santé (COSA).

Selon le découpage de 1985-1986, le pays compte au total 306 zones de santé dont 27 dans le Bas-Congo, 38 au Bandundu, 33 en Equateur, 31 au Kasaï occidental, 27 au Kasaï oriental, 40 au Katanga, 22 à Kinshasa, 19 au Nord Kivu, 14 au Sud Kivu, 47 en Province orientale et 8 dans le Maniema.

Afin de mieux adapter les zones de santé aux réalités du terrain et compte tenu des difficultés de gestion liées entre autres au chevauchement des zones de santé sur 2-3 territoires administratifs, de l'inaccessibilité de certaines aires de santé, de grandes distances à parcourir pour les supervisions, de grands effectifs de population dans certaines zones de santé, etc., le Ministère de la santé, depuis le début de l'année 2001, est entrain de réviser la carte sanitaire en procédant à un nouveau découpage pour passer de 306 zones de santé à environ 500 zones. Au moment de la collecte des données, 5 provinces sont déjà découpées (Kinshasa, Bas-Congo, Kasaï Oriental, Bandundu et Equateur). Ce qui porte au total à 399 zones de santé. La province de Katanga est en cours de découpage.

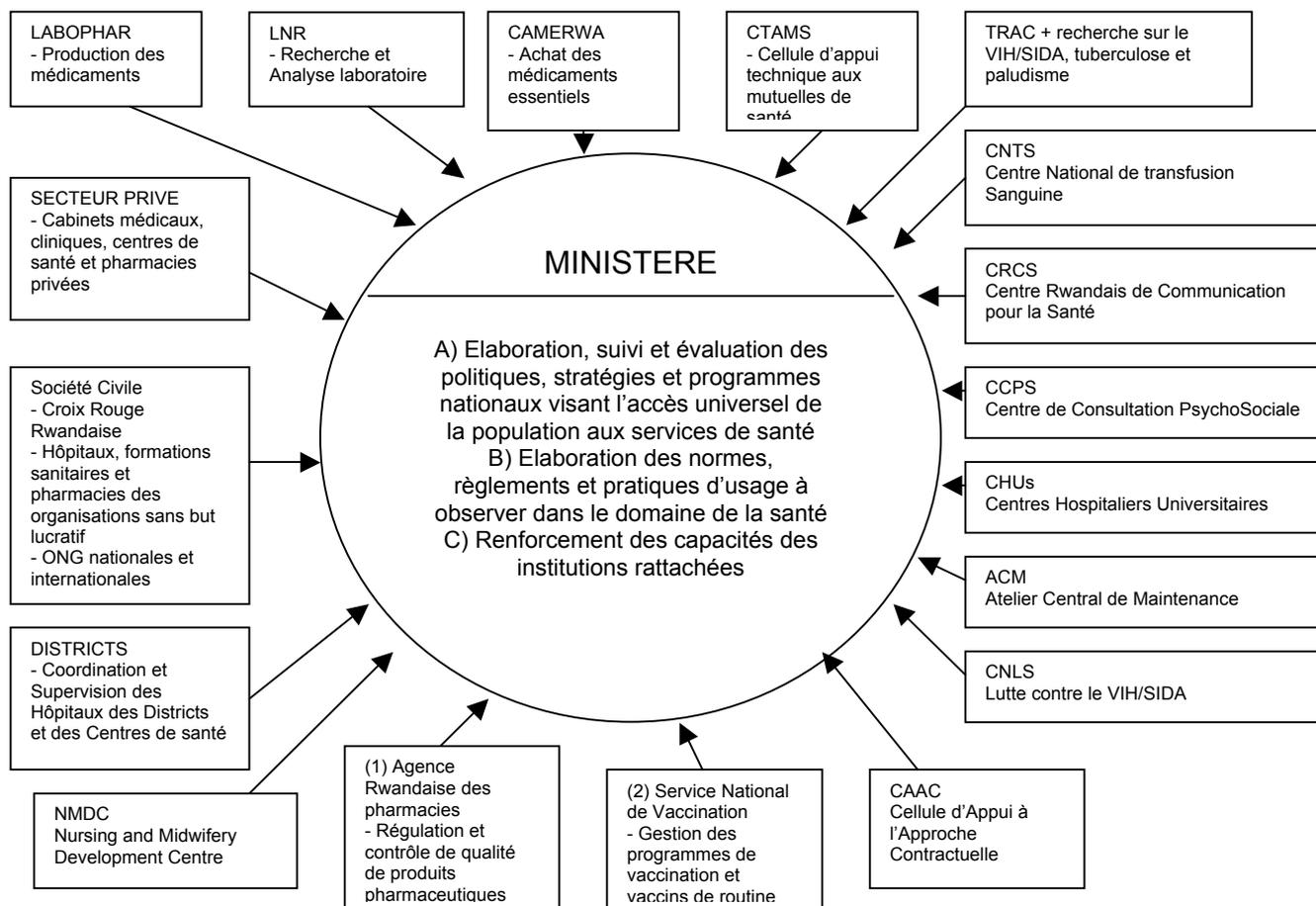
A cet effet, le projet de Décret Loi Cadre portant sur la Santé Publique de juin 2000 qui est soumis à l'Assemblée Nationale, stipule dans sa section 2, article 13 que la santé en République Démocratique

du Congo compte quatre principales structures organiques : la tutelle, l'Administration centrale, l'Administration provinciale et la Zone de santé.

- La tutelle politique de la Santé est exercée par le Ministre ayant la santé dans ses attributions.
- Le Secrétariat Général à la santé coordonne et contrôle l'ensemble des activités de santé et d'administration générale des structures sanitaires et en assure la surveillance et l'évaluation.
- La structure provinciale de santé est la Direction Provinciale de la Santé est dirigée par un Directeur Provincial de la santé. La direction Provinciale de la santé est chargée de la coordination, du contrôle, de l'inspection et de l'évaluation de l'ensemble des activités de santé qui s'opèrent dans sa juridiction.
- La zone de santé est une circonscription sanitaire incluse dans les limites territoriales d'une commune ou d'un territoire et créée en fonction des données démographiques et géographiques. Elle est l'unité opérationnelle de base de planification et de développement des activités de santé.

Plusieurs partenaires (Coopérations, ONG, Confessions religieuses, etc.) donnent des appuis diversifiés au niveau intermédiaire et périphérique, mais ces appuis ne sont pas équitablement répartis, ainsi il existe des zones de santé où l'on note une concentration des appuis alors que d'autres en sont presque dépourvus.

ANNEXE 4. ORGANISATION DU SYSTÈME SANITAIRE AU RWANDA



ANNEXE 5. ORGANISATION DU SYSTÈME SANITAIRE AU TCHAD

Extrait de *Tchad et Culture* : **Dossier sur la politique de santé au Tchad**

<http://www.cefod.org/Tchad%20et%20Culture/Tc207/Sante%20au%20Tchad0.htm> (22/02/2006).

Le système de santé s'inspire des visions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et tend donc à rendre accessible à tous des soins de santé primaires. Le but est loin d'être atteint. Malgré une organisation qui maille le territoire, avec 51 districts sanitaires, les besoins ne sont pas satisfaits. Les infrastructures (hôpitaux, centres de santé) sont vétustes, sous équipées, trop peu nombreuses. Les ressources humaines sont également insuffisantes (1 médecin pour 32000 habitants, soit environ 100 fois moins qu'en France, 1 infirmier(ère) pour 8500 et 1 sage-femme pour 7000 femmes en âge de procréer). Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est proche de 20% et l'espérance de vie à la naissance avoisine les 50 ans.

Pour y remédier, le gouvernement a adopté et mis en œuvre une stratégie de santé conçue sur un modèle pyramidal à trois niveaux : le central, l'intermédiaire et le périphérique, avec chacun, des fonctions et des rôles bien définis.

Le niveau central se charge de la conception et de l'orientation de la politique sanitaire du Tchad, du choix des stratégies, de l'élaboration des modèles et de la distribution des services, de l'allocation et de la répartition des ressources, de la définition des tâches du personnel, de l'établissement des profils de postes, de l'adaptation des contenus de formation. Il est constitué par le ministère, la direction générale, les directions techniques, les institutions (Hôpital général de référence nationale, École nationale des Agents sanitaires et sociaux, le Centre national d'Appareillage et de Réadaptation, la Centrale Pharmaceutique d'Achat) et les programmes et projets. Le niveau intermédiaire comprend les 14 délégations préfectorales sanitaires, l'équipe cadre des délégations et les hôpitaux de préfecture. Il assure la mise en application de la politique nationale sanitaire, la répartition et l'affectation des ressources, l'élaboration du plan directeur, l'évaluation de l'avancement du plan d'action, la mise en place de l'équipe cadre de délégation et la supervision régulière de ses composantes.

Au niveau périphérique, il y a 49 districts sanitaires et leur direction, les hôpitaux de district, les 646 zones de responsabilité et les centres de santé. Le niveau périphérique est la cheville ouvrière de la politique nationale en matière de santé. C'est lui qui alimente les zones de responsabilité en moyens nécessaires, supervise les centres de santé, exécute le Paquet minimum d'activité (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activité (PCA).

Les trois niveaux sont liés et s'articulent dans une dynamique qui fonctionne du périphérique vers le central. Dans cette logique, les premiers soins se donnent dans des centres de santé qui doivent être accessibles géographiquement, financièrement et culturellement. Les centres de santé, services du premier échelon, ont la charge du Paquet minimum d'activité (PMA). Ce volet renferme des activités curatives et préventives. Ce sont : les consultations curatives primaires; la consultation des enfants de 0 à 4 ans, y compris la vaccination, le dépistage des malnutris; la prise en charge des femmes enceintes et en âge de procréer (les consultations prénatales, les accouchements «normaux», le bien-être familial); la prise en charge des malades chroniques; l'éducation sociosanitaire intégrée aux autres activités et la communication avec la population; les activités de développement communautaire et enfin, le système de référence/contre référence. Grâce à ce dernier volet, un hôpital de district peut référer un malade à un hôpital de préfecture. L'hôpital de préfecture, après avoir soigné les complications pour lesquelles le malade a été référé, peut demander à ce dernier de revenir à l'hôpital de district compléter ses soins.

L'hôpital de district exécute le paquet complémentaire d'activité (PCA). Le PCA assure les prises en charge des urgences médicochirurgicales, des accouchements compliqués, l'hospitalisation, le diagnostic de laboratoire, la fonction diagnostique de radiologie, la consultation de référence. A cela, il faut ajouter la gestion de l'ensemble du district sanitaire.

Le district transfère à son tour le patient dont l'état de santé dépasse ses compétences vers l'hôpital de préfecture. Si ce dernier se rend à l'évidence que son plateau technique ne lui permet pas de sauver cette vie humaine, il ordonne son évacuation vers l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), dernier palier pour des cas extrêmes. Mais, le HGRN ne profite qu'aux habitants de N'djamena et des environs. Les patients référés par des hôpitaux de préfecture s'y rendent peu, à cause des difficultés de transport.

Les soins à différents niveaux exigent de chaque patient une participation financière dont le montant varie d'une région du pays à une autre. Toutefois, le système mis en place permet l'accès aux soins à toutes les couches sociales.

Si ce principe semble apprécié des usagers, des partenaires et des cadres de la santé, il n'en demeure pas moins qu'il comporte des faiblesses qui éprouvent son efficacité.

A titre d'illustration, le Tchad ne compte que 4 hôpitaux de préfecture implantés à Abéché, Moundou, Sarh et N'djamena. Les 10 autres délégations n'abritent que des hôpitaux de district, un handicap donc pour ce schéma pyramidal. Autre faiblesse, on ne compte que 30 hôpitaux de district qui fonctionnent sur 49 prévus, et 407 zones de responsabilité opérationnelle sur 646. En moyenne, un centre de santé qui répond aux normes exigées accueille 17000 habitants par an, au lieu de 10 000 comme le prévoient les textes. L'insuffisance du personnel qualifié explique en partie la non fonctionnalité de certains centres de santé, hôpitaux de district et hôpitaux préfectoraux. Aujourd'hui, certains centres de santé sont dirigés par des secouristes et d'autres sont restés fermés.

Selon le ministère de la Santé, la pauvreté de la population, la faiblesse de l'économie nationale et la condition de la femme limitent également la portée des actions du Tchad en matière de santé pour tous.

ANNEXE 6. PARTICIPATION À UN FORUM SUR L'UTILISATION DE L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES DANS LES CONTEXTES DU SUD

Question : l'approche par compétences peut-elle être une réalité prometteuse pour les pays en voie de développement ou une utopie non réalisable ?

Document martyr : Texte du BIEF (Bureau d'Ingénierie en Education et Formation)

Commentaires :

L'utopie a besoin de se nourrir de réalités pour survivre et l'approche par compétences, mais pas n'importe laquelle, peut nous y amener. La question est complexe et fait appel à un choix plus fondamental. Ce choix, je le nommerai à la fois dans l'engagement à long terme et dans la vision d'utilité systémique à laquelle on se réfère. Je parle d'un point de vue médical et de santé publique en lien avec les contextes de coopérations aux développements (Afrique centrale) auxquels nos réalités d'occidentaux nous confrontent. La problématique des ressources humaines en santé (RHS) est cruciale pour l'amélioration des systèmes de santé et l'offre de soins en Afrique. La Santé Publique considère la crise actuelle des RHS comme pluri déterminée mais ne propose pas encore de réelles pistes de réponses ou cadres de références en éducation et formation. Par contre, dans le champ de la santé et des organisations, la Santé Publique a favorisé depuis un certain temps un modèle de Soins de Santé Primaires (SSP) décentralisé et basé sur une logique d'approche globale de la zone de santé/district de santé et des populations. Ce modèle est fortement déstabilisé, voir remis en cause, par le déséquilibre entre les ressources octroyées dans le cadre des appuis de coopération aux programmes verticaux ou spécialisés (tels que les programmes VIH/SIDA, tuberculose, paludisme etc.) comparativement aux ressources mises dans les systèmes de santé. D'autre part, l'inadéquation constante d'une majorité des RHS afin de faire face à une situation de morbidité et de mortalité qui s'aggrave dans la plupart des pays d'Afrique Centrale rend la situation particulièrement critique, au point d'amener de plus en plus fréquemment à des constats relativement fatalistes. Bien que le débat en santé soit large, il engage étonnement peu le secteur de l'éducation. Dans la mesure où des considérations sur la gestion des RHS existent, il s'agit en grande partie d'approches quantitatives qui n'intègrent pas réellement les questions relatives aux capacités et compétences des ressources humaines, dont celles en santé.

Ma participation à ce débat vise à informer (afin aussi de répondre à une question d'un participant au forum) sur l'existence d'expériences pilotes dans la mise en œuvre d'une approche par compétences dans le domaine de l'enseignement en santé (niveau professionnel et supérieur) dans plusieurs contextes du sud. Par ailleurs l'objectif est aussi de réagir au texte martyr offert par le BIEF en introduction à ce forum.

La question de l'approche par compétences est importante pour les professionnels de la santé, relativement au contexte résumé ci-dessus. En effet, cette manière d'envisager la formation permet de répondre non seulement à la question de l'adéquation des acquis en formation (initiale et continuée) avec les attentes des populations mais également au renforcement de la gestion des RHS en général. Dans sa mise en œuvre, cette approche pédagogique répond à de nombreux problèmes et en soulève d'autres. Une réelle efficacité dans la coordination et une vision cohérente entre les multiples appuis dans le cadre des coopérations permettraient de résoudre en grande partie les problèmes soulevés tels que l'accessibilité aux ressources didactiques et documentaires, la qualité de l'encadrement sur les terrains de stages, le manque de stratégies d'appuis institutionnels favorables au maintien des enseignants, etc. La question de l'équité qui est relevée dans le document du BIEF n'est pas à sa bonne place en ce qui concerne la santé. C'est la qualité de l'offre de santé qui doit être rendue accessible à tous. La priorité dans bon nombre de contextes du sud est de rationaliser les systèmes éducatifs en santé qui, notamment suite à l'investissement des coopérations dans les champs de la santé, se sont développés sans réel garde fou. La situation est beaucoup plus complexe que ces quelques mots, mais il s'agit d'envisager une rationalisation et un renforcement qualitatifs des RHS. En terme d'équité, seule une certaine logique de distribution géographique des RHS, variable selon les contraintes et les stratégies dans chaque contexte, est nécessaire. De cette manière il est peu opportun de considérer certaines approches par compétences « trop ambitieuses », l'ambition étant celle, pour les partenaires du sud, de réussir à coordonner les divers aides et appuis dans un secteur donné. Je rejoins Daniel Martinez (participant au forum) sur la nécessité d'un engagement politique à long terme dans la mesure où les changements de pratiques (enseignantes et apprenantes) s'accompagnent d'un long processus de travail en amont sur les déterminants de ces

mêmes comportements. La question du long terme en éducation est d'évidence, d'autant plus quand il s'agit d'innovation pédagogique. La question de l'engagement politique est rendue d'autant plus compliquée qu'aux instabilités politiques nationales et régionales, s'ajoutent celles des politiques de coopérations internationales. J'ajoute également la difficulté cumulée d'aborder la question de l'éducation dans toute sa complexité pour les professionnels de la santé publique, les décideurs politiques et les bailleurs de fonds. Ceci est d'autant plus délicat que le débat pédagogique est précis. Le choix d'une approche par compétences plutôt qu'une autre n'est pas neutre de conséquences. L'approche proposée par Xavier Roegiers est ressentie comme réellement basée sur le concept de compétences incluant une rigueur méthodologique permettant d'assurer l'intégration moyennant une adaptation et une appropriation par les professionnels de la santé.

Ma première préoccupation, celle d'un engagement politique à long terme dans une approche qualitative pour la gestion des RHS, se complète d'une seconde question tout aussi fondamentale pour la mise en œuvre d'une pédagogie de l'intégration. Je vais ouvrir cette question à celle équivalente qui existe dans le champ de la santé. Il s'agit du paradigme final vers lequel on tente d'aller, soit celui de la complexité. Les approches classiques de la santé publique ne rendent pas suffisamment compte du paradigme de la globalité et de la systémique. De cette manière, la santé publique s'est nettement fait dépasser sur ses terrains d'innovations par les programmes spécialisés (programmes parachutés sur les systèmes de santé). D'autre part, le développement du champ de la promotion de la santé par le monde des sciences humaines témoigne aussi du manque de vision claire entre tous les acteurs en santé en faveur d'une finalité commune. C'est ici que je me pose la question de l'utilité systémique quand on met en œuvre une approche par compétences. La rigueur de la méthodologie de l'approche par compétences (selon Xavier Roegiers) amène à entrer dans des logiques pédagogiques pointues et cohérentes qui doivent perpétuellement questionner l'intégration finale ou le sens des apprentissages. En santé l'approche par compétences a permis de réaliser des curriculums en cohérence à une vision systémique du patient, des communautés et des systèmes ou ces groupes d'acteurs interagissent. Il apparaît contradictoire de favoriser une entrée disciplinaire de l'approche par compétences dans la mesure d'un impact non mesurable sur le renforcement des dichotomies favorables au paradigme dominant, celui des savoirs cloisonnés et des hyper spécialisations. Une explicitation basée sur les contraintes et résistances face aux changements pourrait ne pas être suffisante pour éviter certaines dérives. Le débat est beaucoup plus difficile dans le champ de l'enseignement général que dans celui de la santé où l'intégration à ses objets clairement identifiés. Cependant un manque de cohérence et de débat entre acteurs en éducation et en santé en faveur de l'implantation de l'approche par compétences pourrait déconstruire des chantiers fragiles. D'autre part, je voudrais insister sur le renforcement nécessaire entre secteurs de l'éducation et de la santé afin de mieux cerner les enjeux de chacun et nous aider, nous professionnels de la santé, à éviter de perdre la bataille de l'intégration cette fois ci dans le champ de l'enseignement, notamment face aux programmes spécialisés. Afin de conclure, l'approche par compétences est pour ma part une nécessité urgente et une voie de réponse concrète face à la crise des RHS, notamment dans les contextes du sud. La question de l'utopie nous concerne tous, dans nos capacités à coordonner et s'engager dans une vision constructive du changement.

ANNEXE 7. TABLEAU COMPARATIF DU CURRICULUM PRÉ RÉFORME ET RÉFORME EN SCIENCES INFIRMIÈRES EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

ETUDE COMPARATIVE DU CURRICULUM		
Indicateurs	Curriculum pré réforme	Curriculum réforme
Cadre pédagogique	Non décrit. Liberté de l'enseignant. Centration sur les contenus, sur le programme	Voie d'approche privilégiée : approche par compétences. Centration sur des apprentissages signifiants et transférables
Cadre de référence en santé	Approche peu liée à l'évolution des priorités de santé. L'axe prioritaire reste l'hôpital	Résolument orienté sur l'approche des soins de santé primaires
Contexte de l'évaluation	Les modalités ne sont pas clairement énoncées. Evaluation disciplinaire sur base de critères informels	Les modalités sont clairement annoncées à l'étudiant, plus de transparence. Evaluation critériée par compétences dans les situations d'intégration et en stages. Evaluation disciplinaire pour 50% des points.
Objectifs visés par la formation	Objectifs propres à chaque cours, peu de vue d'ensemble.	L'objectif continué d'intégration est clairement annoncé et guide l'ensemble du référentiel de compétences et de formation.
Méthodes	Largement transmissives/démonstratives.	Méthodes actives visant la construction et l'intégration des savoirs.
Planning année	Alternance cours/stage	Alternance cours/semaines d'intégration/stages
Nombre total d'heures	1.034 h. hors examens	1.390h dont 136h. d'examen L'option prise de renforcer le temps à l'école est directement liée au contexte local : l'élève bénéficie à l'école d'un environnement non rencontré à la maison.
Nombre d'heures de stage	234 h.	240 h.
Nombre d'heures de cours	800 h.	915 h de cours + 102h. pour les semaines d'intégration.
Lieux de stage investis	Hôpital et communauté. Liberté au niveau des objectifs de stage.	Hôpital et communauté. Les types de situations à prendre en charge en stage sont clairement décrites.
Nouveaux cours		Renforcement de la dimension psychosociale : Techniques de communication Psychologie Informatique Anglais Sociologie Épidémiologie/statistiques Principes fondamentaux d'administration.
Environnement pédagogique	Normes et critères édictés non coercitifs.	Amélioration de l'infrastructure, accès à l'information. TIC. Présence de matériel technique comme critère de sélection des écoles.
Conditions d'accès aux études	4 années d'humanités secondaires. Examen d'entrée généraliste, non orienté vers la formation.	3 années d'humanités secondaires. Matières investiguées directement liées à la formation infirmière. Entretien de motivation.