

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

Florence PARENT

Promoteur de Thèse : Prof. Danielle PIETTE
Co-promoteur : Prof. Michèle Garant

Thèse présentée en vue de l'obtention du titre
de Docteur en Sciences de la Santé Publique
Juin 2006



Dépôt Légal :
D/2007/Florence Parent, Auteur-Editeur

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE

UN SYSTÈME QUI EST À LA PLACE QUI LUI CONVIENT, CELA
N'EXISTE PAS, PARCE QU'UNE PLACE QUI CONVIENT, CELA
N'EXISTE PAS DANS LA NATURE DU VIVANT.
N'EXISTE QUE LA PLACE D'UN SYSTÈME EN FONCTION DE
SES INTERACTIONS AVEC LES AUTRES SYSTÈMES

EDGAR MORIN

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
RÉSUMÉ GLOBAL	9
PRÉAMBULE	11
RÉSUMÉ PAR PARTIES	12
<u>PARTIE I. OBJET ET MÉTHODES</u>	15
INTRODUCTION ET CADRAGE	17
1. <i>Contexte</i>	17
2. <i>Finalités</i>	20
3. <i>Objectifs</i>	21
4. <i>Cadre de recherche et de référence</i>	21
4.1. Le district ou la zone de santé et le système de santé	21
4.2. Le système éducatif et de formation	22
4.3. Modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter adapté à un cadre de projet de formation	23
4.4. Le modèle constructiviste	25
5. <i>Hypothèse et dispositifs méthodologiques</i>	25
6. <i>Méthodologie de récolte des données</i>	30
6.1. Les terrains de recherches actions	30
6.1.1. La République Démocratique du Congo	31
6.1.2. Le Rwanda	32
6.1.3. Le Sénégal	34
6.1.4. La Belgique	35
6.1.5. Le Tchad	36
6.1.6. Le RESI	36
6.2. La récolte des données	37
6.2.1. L'utilisation de la documentation grise, la recherche bibliographique et les normes sanitaires	37
6.2.2. Les enquêtes qualitatives au sein des écoles et organisations partenaires des projets	38
6.2.3. Les enquêtes quantitatives au sein des écoles et organisations partenaires du projet	40
7. <i>Point de vue épistémologique</i>	41
<u>PARTIE II. POSER LA PROBLÉMATIQUE</u>	47
INTRODUCTION ET CADRAGE	49
1. <i>Approche globale de la problématique des systèmes de santé et de la qualité des soins</i>	52
1.1. A systemic approach for a strategic analysis of the health district (article 1)	52
2. <i>Approche spécifique de la problématique de la formation et de la qualité des soins</i>	60
2.1. La formation de base des professionnels de la santé en République Démocratique du Congo	61
2.2. La formation de base des professionnels de la santé au Rwanda	62
2.3. La formation continue des professionnels de la santé au Sénégal	63
<u>PARTIE III. ELÉMENTS DE PROCESSUS RELATIFS AUX ORGANISATIONS ET AUX ACTEURS : UNE PLANIFICATION DE L'INTÉGRATION</u>	65
INTRODUCTION ET CADRAGE	67
1. <i>L'implication des acteurs</i>	69
1.1. A process of change in first-line health services in Chad (article 2)	69
2. <i>La vision systémique de l'implication des acteurs</i>	71
2.1. Model of analysis, systemic planning, and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo (DRC): a vision for action (article 3)	71

2.2. Une approche systémique pour l'analyse stratégique, la planification, le suivi et l'évaluation de projets de développement (article 4)	81
3. <i>La gestion de cycle de projet participative et systémique</i>	88
3.1. Application et intégration d'un modèle de promotion de la santé à une gestion de cycle de projet participative et systémique dans le cadre de la planification en santé et en formation (article 5).....	88
4. <i>Discussion autour du maintien de la cohésion dans un système d'actions régulées</i>	106

PARTIE IV. ELÉMENTS TECHNIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES RELATIFS AUX DÉVELOPPEMENTS PÉDAGOGIQUES : UNE PÉDAGOGIE DE L'INTÉGRATION.....111

INTRODUCTION ET CADRAGE	113
1. <i>Les enseignant(e)s infirmier(ère)s et la demande en pédagogie</i>	117
2. <i>L'approche par compétences dans les curriculums infirmiers</i>	126
2.1. 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 (article 6).....	126
2.2. Présentation du référentiel de compétences infirmier en République Démocratique du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé (article 7)	147
2.3. Passage du référentiel de compétences au référentiel de formation	160
2.4. Référentiels et plans de formation continue	177
2.5. Eléments de conclusion pour l'approche par compétences dans les curriculums infirmiers	179
3. Rencontre de deux champs d'actions : les pédagogies actives en formation et la promotion de la santé.....	179
4. <i>L'accessibilité aux ressources documentaires et l'importance des réseaux</i>	184
Information Technologies, Health, and Globalization: Anyone Excluded? (article 8)	186
5. <i>Apprentissage, autonomie et pérennité</i>	189
6. <i>Discussion autour de l'innovation pédagogique comme levier de changement au sein du district de santé</i>	195

PARTIE V. INTÉGRATION, ADÉQUATION ET CONCLUSIONS.....201

INTRODUCTION ET CADRAGE.....	203
1. <i>De l'intégration des programmes verticaux à l'efficacité des soins de santé primaires : un passage obligé par les compétences</i>	204
1.1 Analyse de la problématique	204
Politique d'Education et de Formation en Santé Publique, où en sommes nous ? (article 9).....	206
1.2. Modélisation de l'intégration des programmes verticaux dans les curriculums	209
2. <i>Adéquation</i>	213
2.1. Introduction autour des niveaux d'adéquation en pédagogie, planification et santé	213
2.2. Analysis of adequacy levels for human resources improvement within primary health care framework in Africa (article 10)	221
2.3. Présentation d'un cadre de référence pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de projets ou programmes en formation et gestion des ressources humaines en santé (article 11)	231
3. <i>Conclusion</i>	250
3.1. Synthèse du travail empirique	250
3.2. Retour sur les questions de départ	251
3.3. Pensée complexe et ressources humaines en santé.....	253
3.4. Pédagogies actives, approche par compétences et promotion de la santé.....	255
3.5. Santé publique et ressources humaines en santé	256

ANNEXES	259
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

REMERCIEMENTS

Je remercie chacun(e) qui pourra se reconnaître dans la trajectoire de ce travail et d'avance tous ceux qui pourront le prolonger afin de mieux en cerner les limites.

C'est nous tous qui composons les ressources humaines en santé et qui définissons les systèmes où elles oeuvrent.

La volonté d'une approche transversale des remerciements ne me permet pas de ne pas nommer :

Coppieters Yves et ARE@ Santé • Lejeune Colette • Lemenu Dominique • Fromageot Audrey • Piette Danielle et ULB/PROMES • Garant Michèle • De Ketele Jean Marie • Martens Vladimir et le Secteur de la prévention du SIDA et des IST en Communauté française • Kahombo Gérard • Baulana Roger • Levêque Alain • da Costa Maya Nathalie • Roegiers Xavier • Parent Marc • Komba Djeko Louis • Nsenga Mikanda Christine • Ministère de la Santé de la RDC • NDIAYE Masserigne et la région médicale de Diourbel • Sarr Omar • Polet Masset Anne-Marie • Reinbold Anne • Borghraeve Claire • Lamirant Anne-Sylvie • Nibasenge Spéciose • Godin Isabelle • Macq Jean • Champagne Anne-Marie et la Haute Ecole Léonard de Vinci • Beghin Douchan • Santucci Annie • Kaputo Daniel • Dubruille Pierre • Zikudieka Lucie • Lebrun Marcel • Parmentier Philippe • CGRI/APEFE • WADE Mamadou • CTB/BTC • Akumbakinayo Dieudonné • Colard Elisabeth • Fontaine Cyr • Caspers Emmanuelle • BA Rassoulou • BA Sow Yakho • CAMARA Lamine • DEME Salif • DEME Ibnou • DIAKHABY El Hadji Oumar • DIENG Mamadou • DIEYE Coumba • DIOP Amadou • DIOP Cheikhi Tacko • DIOP Talla • DIOUF Fodé • DIOUF Ibrahima Mbengue • DIOUF Paul • DIOUNGUE Birahime • GUEYE Boubacar • GUEYE El Hadji Mouhamadou • KA Bineta • KANE Marième • KANE Moustapha • KASSE Saco • MBAYE Issa • MBOUP Balla Mbacké • MBOW Mamadou Samba • MENDY Benoît • NDIAYE Debé • NDIAYE Babacar • NDIAYE Ndéye Magatte • NDIAYE Ngor • NDIAYE Sokhna • NDIR Mamadou Ndiaye • NDOUR Abou • NDOYE Maty Gueye • NIANG El Hadji • SAGNA Michel • SECK Mamadou Moustapha • SY Amadou • SY Oumar • Abdou Karim • THIAW Mbengue Thiaba • Kibangula Joseph • Kayembe Michel • Baleka Fefe • Ngabirame Augustin • Nyiringabo Monique • Kimonyo Julie • Mukarugagi Antoinette • Mukundwa Aline • Murebwayire Mary • MiniSanté/Rwanda • Ukundagusaba Adorata • Mukakarara Vivianne • Kaswala Christophe • Kaswende Alphonse • Katchuba Emmanuel • Kavira Salomé • Amuli Jiwe • Kibambe Albertine • Amisi Muyango • Kipulu Mongoy Gode • Kipulu Gode • Kisesa José-Baldin • Kiyoko Belo Augustin • Koy Félicien • Kusamuka Ousmane • Lelo Zola • Leu Célestin • Luakemba Kasongo Vincent • Lubuimi Léonie • Luvwefwa Louis • Mabika Ngandu • Mabololo Ma Bibolo • Malaba Nzeza Bonaventure • Malonda Nsungu Charlotte • Mambu Moke Simon • Matong'ya Jean • Matugoga Don Makindu • Mavar • Mbayabu Nianga Marie • Mbulamoko Albert • Mitendo Mwadi Valentin • Monga-Diemo Clotilde • Mipasi-Mpolo Simon • Mpembebe Joseph • Mputu Tshiondo Jacob • Muganga Jean René • Muganga Ndaye Louis • Mukengeshayi Bitshikila Dieudonné • Mukoko Anne Marie Sr. • Muley Mfunandi Adelin • Mulubwe Ernestine • Mutelo Cathy • Musafi ri • Mutombo Ely • Ndam Kasongo • Ndongala Keta • Nduya Nduya Crispin • Lefébure Marie-Claude • Dupont Brigitte • Ngbokoli Gigi • Ngoie Tshilonda • Ngoma Philippe • Ngoma Thuadi Marcelline • Ngongo Joseph • Ngulimba Alexis • Nkweto Donatien • Nsanga Makila • Ntumbudila Floribert • Pakiya Salumu Lucien • Sanduku Pélagie • Tambwe Jean • Tekilizaya Gustave • Tshifu Pongo Gaston • Tshiani Josué • Tshibengabo Jean-Pierre • Tshishiku Lumumba Jean Bosco • Yongo Enel Jean Pierre • Zanga Salabisala • Baroani Marcel • Bukasa Innocent • Bushiri Severin • Akatshi Elisabeth • Byalungeni Ange • Emelemekia Kasai Albert • Esako Marie • Esise Jean Noël • Essende Ilanga • Garubanda Clément • Geanemale Felix • Illenda Pascaline • Illunga Françoise • Isombo Isidor • Kabala Freddy • Kabema Bernadette • Kabeya Philippe • Kakomboli Whilhermine • Kalondji Ngoie • Kamanga André • Kapongo Jean • Kabbatende Anne Marie • Karamutsa Gérard • Mpamo Aimé • Kakana Laetitia • Kayihura Camille • Coppieters Kyo • Kasusa Michel • Uwitonze Agathe • Mukamunana Joséphine • Ahimbisibwe Ignatius • Coppieters Ethel • Sebaragirwa Michel • Godlewska Alicja • Kulas Dorota • Mukantabana Domitilla • Frédéric Florence • Bahatisangano Georges • Coppieters Siri ...

La problématique des ressources humaines est complexe. Elle a donc besoin de cadres conceptuels pour décoder la réalité et cerner les limites de ses actions. La présentation d'un cadre théorique qui questionne les niveaux d'adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé (à la fois dans le champ de la santé et dans celui de l'éducation) est l'aboutissement d'une réflexion sur la formation appréhendée comme voie d'accès à l'innovation, elle-même levier de changement dans la gestion des ressources humaines en santé. La démarche systémique appliquée à cette problématique et dans plusieurs contextes permet une action cohérente aux niveaux national, régional et local, tout en respectant la complexité de l'ensemble ainsi que les contraintes relatives aux mécanismes des marchés internationaux. L'importance du processus et de l'ensemble des acteurs concernés par le changement est analysée, mettant en évidence plus particulièrement la nécessité d'une appropriation, dès le départ, d'un cadre de référence et de sa mise en œuvre par les enseignants et les équipes de directions aux différents niveaux institutionnels.

L'adéquation des programmes à leurs contextes d'application et le renforcement des compétences des professionnels sont les questions centrales posées par cette recherche à travers la mise en œuvre de l'approche par compétences et des pédagogies actives. Les finalités sont celles de la mise en évidence des mécanismes, facteurs et visions nécessaires à l'amélioration de la formation des professionnels de santé et la promotion d'un « enseignement – apprentissage » favorable à l'intégration des principes d'actions de promotion et d'éducation à la santé. Ces finalités sont au centre des résultats recherchés dans ces vastes chantiers. Elles réclament un travail de fond sur la question du sens des apprentissages, dont la mise en réseau avec des centres de formation et d'expertise, ainsi que le développement de l'autonomie d'une masse critique de professionnels de santé. Parmi ces derniers, les infirmier(ère)s de première ligne sont responsables dans de nombreux contextes de plus de 80 % de l'offre de services. L'application de cette approche sur plusieurs terrains d'actions viendra renforcer les cadres théoriques et la méthodologie proposés.

Cette thèse est articulée de manière à présenter des articles sur la formation et la gestion des ressources humaines en santé dans un ensemble cohérent. Certaines redondances dans la présentation des contextes et des méthodes sont de ce fait inévitables. Chacune des parties commence par une introduction et un cadrage qui devraient permettre de se situer quant aux objectifs et aux contenus spécifiques de la partie concernée. Un débat peut ouvrir une partie tout comme une discussion peut la clore. Dans un souci de lisibilité, un lexique propre à cette thèse est donné en annexe, plus particulièrement aux champs de la pédagogie (annexe 1) et de la santé publique (annexe 2). Les mots et concepts qui se trouvent dans ce lexique sont soulignés la première fois qu'ils sont rencontrés dans le texte (à l'exception des articles).

PRÉAMBULE

Ce travail est présenté en cinq parties qui ont chacune leur objet propre :

Partie 1 : Objet et méthodes

La première partie cadre le travail en termes d'objectifs, de méthodologie et de description des contextes de recherche.

Partie 2 : Poser la problématique

La deuxième partie présente la problématique prioritaire du projet de recherche. D'une part il s'agit de la problématique globale de la qualité des soins au sein du district de santé et, d'autre part, celle de la formation de base et continuée des professionnels de santé. En utilisant un modèle d'analyse systémique, c'est toute la complexité de la problématique qui est ainsi posée.

Partie 3 : Éléments de processus relatifs aux organisations et aux acteurs : une planification de l'intégration

La troisième partie se centre sur l'analyse des processus et interactions entre acteurs et avec les organisations pour faire face au changement. En effet, ce travail de recherche a comme objectif non seulement l'analyse des facteurs favorables à l'adéquation des contenus de formation aux besoins des populations, mais également des processus qui peuvent l'y amener.

Partie 4 : Éléments techniques et méthodologiques relatifs aux développements pédagogiques : une pédagogie de l'intégration

La quatrième partie décrit précisément l'ingénierie pédagogique et l'environnement d'apprentissage nécessaires afin de résoudre la problématique de l'inadéquation des formations aux compétences attendues des professionnels de santé.

Partie 5 : Adéquation et conclusion

La cinquième partie aborde deux débats principaux en santé publique : l'intégration des programmes verticaux en santé aux curriculums de formation de base et les niveaux d'adéquation à envisager dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé. Une conclusion en lien avec la première partie permet de s'assurer de l'atteinte des objectifs de la recherche et de cerner ses limites.

Le choix d'un plan de présentation rend forcément une relative linéarité, d'ailleurs quelque peu artificielle, mais nécessaire pour qui veut exposer, analyser un système et des processus faits d'interactions et de rétroactions entre les éléments qui composent le système. Toute cette présentation, avec ses choix, linéarité d'écriture mais malgré tout analyse de situations complexes, n'a qu'un seul but : faire gagner en autonomie des systèmes de santé, des ressources humaines en santé et des acteurs de tous types.

La recherche est divisée en cinq parties.

Première partie

La première partie présente la méthodologie poursuivie y inclus un point de vue épistémologique permettant un recul critique sur les données récoltées. Une description des contextes d'actions - recherches, car il s'agit avant tout d'entrer dans l'analyse par l'action maîtrisée, nous amène sur le terrain des réflexions de la pédagogie et de la santé. Le cadre de recherche et de référence présenté dans cette partie permet d'envisager les objectifs de la recherche qui sont notamment de faire apparaître, documenter et renforcer les liens entre la sphère de l'éducation et celle de la santé, entre les mondes des sciences humaines et bio médicales. Ce maillage intervient dans le but très précis de mettre les formations des professionnels de santé en adéquation avec les besoins des populations. Cependant, nos capacités de transfert permettent de considérer cette recherche dans son exemplarité. Pour la santé publique, outre le questionnement général sur les facteurs favorables à une meilleure adéquation des formations des professionnels de la santé avec les besoins des populations, la particularité de cette étude se situe au niveau de l'analyse approfondie de la formation initiale des soignants ainsi que du ciblage d'un public de professionnels de la santé encore trop peu investi : les infirmier(ère)s.

Deuxième partie

L'analyse de la situation d'une problématique bien définie avec tous les acteurs concernés par un changement potentiel est une priorité pour quiconque est investi dans la promotion de la santé. Cette partie présente les analyses de situation systémiques faites de manière participative dans des contextes de recherche. D'une part, nous sommes amenés à considérer le système de santé dans son organisation la plus périphérique : le district de santé. Celui-ci représente l'unité opérationnelle des soins de santé primaires en Afrique. De cette façon, il est possible de nous projeter sur l'organisation professionnelle qui attend les futurs agents de santé. D'autre part, des analyses de situations centrées sur la problématique de la formation permettent de nous ramener au sujet spécifique de cette recherche : le manque d'adéquation entre l'offre de formation, les attentes des professionnels de santé et les besoins des populations en terme de qualité des soins. Cette problématique ouvre ainsi plus directement sur les enjeux des ressources humaines en santé. Par le biais des acteurs, l'approche intersectorielle apparaît comme une première nécessité. La structuration, avec une vision systémique des déterminants relatifs aux comportements des acteurs, permet d'envisager des axes stratégiques cohérents pour l'action.

Troisième partie

Les analyses de situation présentées dans la deuxième partie sont mises en relation dans la troisième partie avec la gestion des cycles de projet (GCP). Les gestions des cycles de projet sont abordées de façon plus systémique et plus participative dans la continuité des

actions menées. Autant d'exigences qui entraînent une plus grande complexité. Comment analyser une problématique dans toutes ses interactions et développer des stratégies d'action cohérentes qui tiennent compte de ces interactions et dont les activités ont du sens entre elles ? La troisième partie répond à cette interrogation majeure en se centrant sur les acteurs. Il peut apparaître, dans toute cette systémique, un éloignement de la problématique principale, celle des ressources humaines en santé. Néanmoins le gain du détour s'appelle processus et il s'agit bien de gestion de la qualité et de mise en œuvre de changements. Ceci est d'autant plus prégnant que nous parlerons dans la quatrième partie, de réforme, de changements de pratiques enseignantes, de révisions des modalités d'évaluation des apprenants, de valorisation de la profession, en bref, de mise en œuvre. Il s'agira de savoir où nous allons (diagnostic de la problématique principale), avec qui (diagnostic comportemental), pour changer quoi (diagnostic comportemental) et comment (diagnostics environnemental, institutionnel et éducationnel). Une discussion autour du maintien de la cohésion dans un système d'actions régulées clôture cette partie.

Quatrième partie

Cette quatrième partie amène à des notions concrètes de pédagogie, plus particulièrement dans le champ des pédagogies dites actives. Les approches peuvent être complexes, ce n'est pas une raison pour « craindre » cette complexité ou ne pas envisager, pour des améliorations, des changements fondamentaux. Cela peut conduire à approcher un problème « par le bas plutôt que par le haut » ou d'envisager autrement les facteurs motivationnels de l'apprentissage et les curriculums des professionnels de la santé. C'est ce qui est analysé dans cette quatrième partie avec l'objectif spécifique d'acquisition de la technicité (ingénierie pédagogique) pour le domaine de la santé afin d'assurer la reproductibilité des résultats et un meilleur impact pour la santé publique. Indépendamment des acquis techniques, la difficulté reste aussi liée au processus, auquel cas il est nécessaire de se référer à la troisième partie de cette recherche. Cette quatrième partie documente donc la mise en application, au secteur de la santé et dans les contextes décrits, de l'approche par compétences, telle que développée par des auteurs comme Xavier Roegiers et Jean Marie De Ketele. Cette partie de la recherche présente le degré d'adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de santé, qu'il est possible d'atteindre par l'application de ce type de méthodologie en provenance de la sphère de l'ingénierie pédagogique. Ce point est d'autant plus important que le manque d'efficacité de l'offre de formation des professionnels de la santé est un réel problème dans ces contextes à faibles revenus et à capacités limitées en ressources humaines de santé. Ces approches en pédagogie permettent une réelle intégration des compétences globales des agents de santé et amènent à élaborer des curriculums intégrés aux soins de santé primaires (SSP) et à l'existant. La réflexion ne s'arrête pas à la formation initiale mais s'engage aussi sur le terrain complexe de la formation continue des professionnels de santé en Afrique.

Le choix de travailler principalement sur le profil de fonction de l'infirmier(ère) en Afrique provient du double argumentaire qui est :

- de présenter une méthodologie transférable à tous profils de métier de type soignant dans les contextes décrits. Un profil principal, à titre d'exemple méthodologique, suffit.
- de viser un objectif de santé publique, celui de l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires dont les infirmier(ère)s sont les agents principaux en terme de masse critique.

Quelques éléments d'analyses comparatives entre programmes pré et post réforme, entre référentiels de compétences pour des profils de fonctions soignantes différentes, entre la pérennité et les contraintes face aux changements, font apparaître de nouvelles conclusions et perspectives. La quatrième partie tente aussi de répondre à la question : l'autonomie est-elle pérenne ?

Cinquième partie

La dernière partie de cette thèse se focalise d'une part sur le concept d'intégration en faisant référence à l'intégration des programmes verticaux aux curriculums de formation de base et, d'autre part sur le concept d'adéquation dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé. Ces deux axes sont des portes d'entrées particulièrement intéressantes en vue d'une rationalisation pertinente et efficace des soins de santé primaires. Nous ne sommes plus dans une gestion des soins de santé primaires orientée principalement sur l'organisation de santé. Par une intégration des acquis des premières parties de cette recherche, cette cinquième partie favorise la modélisation d'une vision du changement en santé publique orientée sur ses acteurs, ceux-ci appartenant autant au système de santé qu'à celui de la formation, de la planification et de l'administration. C'est ainsi que cette cinquième et dernière partie de la recherche ouvre une série de débats à partir de questionnements en cours. Une analyse qui revient fréquemment sur le terrain est celle des niveaux d'adéquations auxquels nous nous référons. L'approche par compétences devrait être revue à la lumière de l'organisation de santé en Afrique et avec elle, celle des normes sanitaires. Beaucoup de nuances et certains choix stratégiques, politiques et méthodologiques se confrontent entre le prescrit, le faisable et le réel dans la mise en œuvre d'une approche par compétences qui se doit d'être flexible et évolutive. Ce débat sur les niveaux d'adéquation auxquels il est fait référence, amène sur une même intersection : les formateurs, les professionnels de la santé, les administrateurs et les planificateurs, l'équilibre doit encore être recherché. Pour conclure, un retour sur les finalités, objectifs et hypothèses permet de confronter les résultats de la recherche à la réflexion de départ.

PARTIE I.

OBJET ET MÉTHODES

PARTIE I. OBJET ET METHODES

*« Aux questions particulières, il faut des réponses particulières ; si la série de crises dans laquelle nous vivons depuis le début du siècle peut nous enseigner quelque chose, c'est, je crois, le simple fait qu'il n'existe pas de normes générales pour déterminer infailliblement nos jugements, ni de règles générales sous lesquelles subsumer les cas particuliers avec un certain degré de certitude »
Hannah Arendt [2003]*

INTRODUCTION ET CADRAGE

Cette première partie a comme objectif de présenter le contexte de santé publique dans lequel ce travail s'inscrit, ainsi que les terrains d'application et de recherches actions qui ont servi cette réflexion, le cadre de référence, les hypothèses, objectifs et méthodologies poursuivis.

1. CONTEXTE

La qualité des soins et des services offerts par un système de santé, en général et plus particulièrement dans les contextes du sud (pertinence, continuité des soins, etc.), est déterminée par un nombre de facteurs interdépendants qu'il est difficile d'analyser séparément [Evans *et al.*, 1996 ; Fromageot *et al.*, 2005 ; Lewis, 2006]. Ces facteurs sont notamment les moyens injectés dans le système de santé, les politiques en matière de soins de santé primaires et de décentralisation, la qualité de l'infrastructure et des équipements, l'accessibilité des soins et des services, la planification des interventions, la gestion des ressources humaines ainsi que l'environnement au sens large.

Il est difficile, et sans doute impossible d'aborder de manière globale l'ensemble de ces facteurs. Le choix d'une porte d'entrée a été privilégié, celle des ressources humaines. Sans pour autant séparer ces divers problèmes, l'analyse des ressources humaines en santé relatives à la formation, nécessite une attention particulière en provenance des chercheurs en sciences humaines, médicales et sociales. La méthodologie poursuivie est l'approche systémique qui permettra de dégager une vision d'ensemble de la problématique de la qualité des soins.

Plus particulièrement, la recherche part du manque d'adéquation entre l'offre de formation (initiale et continuée), les compétences attendues des professionnels de la santé, les besoins et la demande en qualité des soins et services des populations. En effet, et plus particulièrement dans les contextes du sud, de nombreux observateurs ont témoigné du manque d'efficacité et d'efficience des systèmes de formation face à la problématique majeure du manque de compétences des ressources humaines en santé et du manque de qualité des soins [Rowe *et al.*, 2005 ; Biley *et al.*, 1999 ; Global Health Trust, 2003 ; European Commission, 2005]. Paradoxalement, apparaît un réel engouement en faveur du développement des capacités des ressources humaines en santé, qui se traduit par l'émergence d'un nombre de plus en plus important de formations en cours d'emploi à travers les programmes verticaux ou sur base d'initiatives isolées. Ces formations ciblent en général les professionnels de la santé mais pas les enseignants et les formateurs.

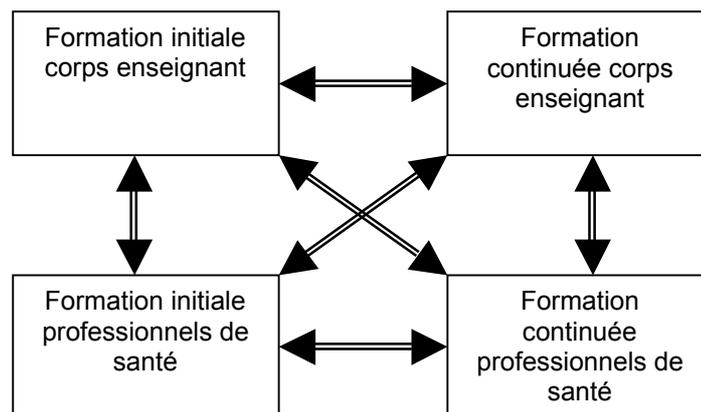
Si la faible efficacité de ces nombreuses formations est de mieux en mieux documentée [Rowe *et al.*, 2005], il est dès lors réellement possible de se questionner sur l'utilité de

continuer à multiplier à l'infini les programmes de formation notamment dans le cadre des programmes verticaux. Ceci jusqu'à aboutir à des situations relativement surprenantes de programmes verticaux intitulés : « Conseil National de Santé et du Bien-être » ou « Programme National de Réadaptation à Base Communautaire » [Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo, « RDC » 2005].

L'orientation ne relève-t-elle pas du rôle pédagogique d'un enseignement de base pour de futurs professionnels de santé qui initie et fasse acquérir à ses apprenants les savoirs, savoir faire et surtout savoir être leur permettant de développer santé et bien être au sein de leur communauté ? La parcellisation de la formation continue à travers ces programmes verticaux pour les professionnels de la santé se retrouve actuellement de plus en plus présente dans la formation initiale. On observe ceci surtout pour certains programmes verticaux, quand il s'agit par exemple d'intégrer les connaissances sur le VIH dans les cursus de base [Ministère de la Santé du Rwanda, 2005]. Une situation similaire à celle rencontrée avec les programmes verticaux sur le terrain des soins de santé primaires semble se dessiner avec la formation initiale. En amont, la formation de base et le développement des capacités des professionnels de santé réclament une attention particulière et la mise en œuvre urgente d'une pédagogie de l'intégration [Roegiers, 1998]. La santé publique qui combat en faveur de l'intégration des soins de santé primaires, aura aussi à s'intéresser à l'intégration des compétences des professionnels de son organisation [Crozier, 2000]. Le contexte de cette recherche devrait permettre de revenir souvent sur ce point essentiel.

La figure 1 présente un cadre de référence pour une analyse de cohérence qu'il faudra également envisager dans ce travail de recherche. En effet, l'analyse des facteurs permettant un renforcement de l'adéquation des formations des professionnels de santé aux besoins des populations devra également se projeter sur un contexte d'analyse plus macroscopique, celui de l'adéquation des formations entre formateurs, enseignants et professionnels de la santé.

Figure 1. Analyse de l'adéquation entre formation des formateurs, enseignants et professionnels de santé dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé.



Malgré l'entrée apparemment réduite des ressources humaines dans la problématique de la qualité des soins, le contexte d'analyse et de réflexion est large. Il est d'autant plus vaste que la recherche des facteurs favorables à une meilleure cohérence entre formation et compétences des professionnels de la santé ne s'arrête pas à définir un cadre de référence mais aussi un cadre d'action et de mise en oeuvre. La problématique du développement des compétences des professionnels de la santé nécessite un cadre d'analyse global et en

rapport à son terrain d'action, sur plusieurs niveaux (système de santé et de formation), afin de mieux cerner les facteurs en lien avec l'efficacité de la formation.

Une autre manière de circonscrire le contexte de la recherche a été de se centrer sur un public cible particulier, celui des infirmier(ère)s. Ce choix a été guidé par une évidence : les soins de santé primaires sont d'abord et avant tout délivrés par les infirmier(ère)s. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipule que l'enseignement en soins infirmiers/obstétricaux en Afrique ne s'est pas encore adapté aux changements intervenus dans la région [Tornquist, 1997]. Une enquête menée par l'Université de Natal en 1999 suggère que l'enseignement en soins infirmiers prend place principalement dans des hôpitaux [University of Natal, 2004]. Le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, dans son rapport de stratégie pour le développement des ressources humaines en santé [Commonwealth, 1999], déclare que l'enseignement de base et de spécialisation est « sélectif et basé à l'hôpital ». Plus récemment, le Dr Gro Harlem Brundtland disait en 2002 et au nom de l'OMS « les services de soins infirmiers et obstétricaux sont une ressource essentielle pour atteindre les objectifs de santé et de développement. Ils forment la pierre angulaire des systèmes de santé partout dans le monde et sont au centre des efforts déployés pour lutter contre les maladies responsables de la pauvreté et de la mauvaise santé. Si nous voulons parvenir à améliorer la performance des systèmes de santé, des mesures s'imposent d'urgence pour résoudre les problèmes qui compromettent la contribution que ces services peuvent apporter à l'amélioration de la santé pour toutes les communautés » [World Health Assembly, 1992]. Par ailleurs, le fait de se centrer plus particulièrement sur un profil de métier n'est pas en soi réducteur grâce à la méthodologie développée [Lemenu *et al.*, 2000]. Aussi bien l'analyse systémique que l'approche par compétences sont décrites dans une visée de transfert en faveur du renforcement des autres profils de fonctions des agents de santé de l'organisation de santé en Afrique.

L'analyse systémique s'intéresse à l'ensemble des publics concernés par les organisations de santé et d'éducation en Afrique francophone. En terme de finalité, ce sont les publics cibles du district ou zone de santé que nous retrouvons dans leur entièreté en considérant les ressources humaines aussi bien au sein de l'hôpital, des centres de santé (CS) urbains et périphériques, que de l'administration et de la communauté.

Dans le contexte de recherche qui est envisagé et qui devrait nous amener à une analyse de la qualité des soins et des soins de santé primaires, la seconde entrée choisie après celle des ressources humaines en santé est donc celle des professionnels de niveau infirmier. En terme de processus, ce sont les acteurs des secteurs de la formation et de la santé qui vont nous intéresser. C'est ainsi que l'approche systémique de notre problématique spécifique, en résumé, la qualité de la formation infirmière, nous amène à travailler avec les groupes d'acteurs suivants :

- les **enseignants** et **encadreurs de stages** en soins infirmiers
- les **étudiants** infirmiers en apprentissage (les apprenants)
- les **professionnels** de la santé
- les **directions** d'écoles infirmières
- les **fonctionnaires** et hauts fonctionnaires des Directions de Ministères impliqués
- de nombreux **autres acteurs** du processus tels que les organisations professionnelles, associatives et les réseaux.

Cette étude analyse notamment le contexte éducatif dans l'enseignement en sciences infirmières en partant du corps enseignant comme fil conducteur pour le changement, et du terrain de stage comme lieu d'hypothèse pour la rencontre des dysfonctionnements entre système éducatif et système de santé.

La priorité donnée à cette recherche est renforcée par le fait qu'il y a peu de projets de recherche-action ou de recherche opérationnelle qui lient la pédagogie et la santé dans les contextes du sud. De plus, les projets existants manquent d'une vision systémique des acteurs et des organisations qui interviennent de près ou de loin sur des changements attendus dans la sphère de la formation en santé.

Cette recherche sur les déterminants éducationnels et les facteurs environnementaux et institutionnels favorables à un renforcement des ressources humaines en santé en Afrique francophone doit mettre en évidence des stratégies d'actions pertinentes afin d'améliorer l'efficacité de la formation et de diminuer l'inadéquation entre enseignement, apprentissage et compétences des professionnels de santé.

2. FINALITÉS

Les valeurs sous-jacentes portées par ce travail sont celles de la promotion de la santé et de la santé publique. Elles portent sur des objectifs et des processus relatifs au développement des ressources humaines. Malgré cet ancrage précis dans une réalité, celle des pédagogies de la formation en santé dans les pays du sud, ces valeurs s'inscrivent dans une vision plus large d'une société équitable, où l'humain donne le sens aux changements, indique les savoirs les plus pertinents et le pourquoi de l'utilisation des ressources. C'est dans ce cadre éthique que de manière concrète, il s'agit plus précisément de :

- ✓ Mettre en évidence les mécanismes, facteurs et visions nécessaires à l'amélioration de la formation des professionnels de santé dans les pays économiquement pauvres, plus particulièrement en Afrique francophone.
- ✓ Promouvoir un enseignement - apprentissage favorable à l'intégration des principes d'actions de promotion et d'éducation à la santé parmi le personnel de santé.

Les principes d'actions en promotion de la santé sont notamment [WHO 1986, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005] :

- Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé
- Intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé
- Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées
- Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel
- Développer des procédures d'assurance de qualité
- Augmenter les compétences et les capacités d'action par l'éducation permanente et la formation
- Articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique

QUESTIONNEMENT GÉNÉRAL :

Le constat d'inadéquation des ressources humaines en santé amène progressivement le corps médical et le corps enseignant à se questionner sur les modalités d'apprentissages en lien avec la réalité professionnelle. C'est ainsi qu'un questionnement général a été énoncé :

Comment amener le changement dans la formation des professionnels de santé afin de favoriser un apprentissage plus proche des réalités attendues du terrain dans les contextes cités ? Sous quelle forme ce changement peut-il avoir un effet sur la qualité des soins et des services ?

Ce questionnement se traduit par des objectifs précisés ci-dessous.

3. OBJECTIFS

Les objectifs sont énoncés à trois niveaux, en termes :

De processus (niveau stratégique et opérationnel) :

- Mettre en évidence les visions, facteurs et mécanismes nécessaires pour améliorer la formation des professionnels de la santé dans les pays économiquement pauvres et plus particulièrement en Afrique francophone

De cadre de référence (niveau technique et institutionnel) :

- Adapter et/ou développer une méthodologie d'élaboration des curriculums et plans de formation en santé favorable à une meilleure adéquation des objectifs de formation avec les compétences des professionnels de santé et avec les besoins des populations.

De méthode ou de pratiques (niveau technique et opérationnel) :

- Promouvoir un « enseignement–apprentissage » favorable à l'intégration des principes d'actions de promotion de la santé (participation, autonomie, analyse critique, bien être global, qualité des services et des soins) parmi les professionnels de l'éducation et de la santé.

4. CADRE DE RECHERCHE ET DE RÉFÉRENCE

On peut considérer les organisations et les ressources humaines de ces organisations comme étant à la base des analyses, recherches et changements attendus. Il s'agit plus particulièrement :

- ✓ du district ou zone de santé et le système de santé en général (pyramide sanitaire) ;
- ✓ du système éducatif et de formation des professionnels de santé en général.

Les modèles de références (cadres conceptuels) étant :

- ✓ l'approche systémique par l'utilisation, adaptée à la formation, d'un modèle en promotion de la santé, le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et de Kreuter ;
- ✓ le modèle socioconstructiviste par l'utilisation, adaptée à la santé, d'un modèle en ingénierie de la formation, celui de l'approche par compétences.

4.1. LE DISTRICT OU LA ZONE DE SANTÉ ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

La politique de santé des pays d'Afrique francophone subsaharienne se base sur la stratégie des soins de santé primaires dispensée avec équité dans le cadre d'un système de santé intégré, basé sur le district de santé ou la zone de santé à mettre en place dans un contexte de décentralisation et de participation communautaire.

Le district de santé est défini comme l'unité opérationnelle prenant en charge l'ensemble des problèmes de santé d'une population bien circonscrite, avec la participation de cette dernière. Le district comprend plusieurs centres de santé et un hôpital de référence (certaines variations existent selon les contextes), tant publics, qu'agréés ou privés, formant un système de santé intégré [Grodos *et al.*, 2002].

Le Ministère de la Santé, selon les contextes, définit des normes comprenant les charges de travail pour chaque niveau du système sous forme d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) et d'un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), ainsi que les descriptions de poste des différents professionnels de santé oeuvrant au sein du système (profils de fonctions ou de

métiers) [Van Lerberghe, 2000]. Un complément d'information sur les normes des infrastructures et des équipements est parfois rendu accessible.

Cette vision modélisée d'un système de santé en Afrique ne doit pas faire perdre de vue la complexité de ces systèmes qui sont d'autant moins intégrés que les programmes verticaux se multiplient et prennent la majeure partie des ressources [Travis *et al.*, 2004]. Par ailleurs, le maintien d'une cohésion entre acteurs en provenance des secteurs public, privé ou confessionnel au sein d'un même découpage administratif rend d'autant plus complexe l'image d'un seul système organisé. En résumé et malgré l'identité administrative et opérationnelle du district de santé ou de la zone de santé, de nombreux autres éléments systémiques sont à considérer dans la mise en œuvre de changement à ce niveau. En dehors et en amont de la zone de santé ou du district de santé, l'organisation de la pyramide sanitaire est variable selon les contextes mais fait en général intervenir un niveau intermédiaire situé au niveau de la province ou des régions et un niveau administratif central qui se découpe en autant de directions ou d'unités stratégiques que le Ministère de la santé l'a défini. A titre d'exemple, deux annexes sur la pyramide sanitaire en République Démocratique du Congo et au Rwanda permettent de faciliter la vision de ce type d'organisation (annexes 3 et 4). L'annexe 5 sur la description du système de santé au Tchad aide également à comprendre l'organisation du système de santé dans ces contextes.

4.2. LE SYSTÈME ÉDUCATIF ET DE FORMATION

L'enseignement et la formation en Sciences de la Santé sont, selon les contextes, sous la responsabilité des divisions ou directions techniques soit du Ministère de l'Éducation ou du Ministère de la Santé, soit des deux. La gestion de l'enseignement infirmier et sage femme est sous la tutelle du Ministère de la Santé dans les deux principaux contextes appréhendés, la République Démocratique du Congo et le Rwanda (seulement depuis 2004 au Rwanda). Le travail sur les réformes des programmes en Sciences Infirmières sera plus ou moins facilité selon qu'on se trouve dans une boucle courte ou longue, au sein d'un même Ministère ou de deux.

En ce qui concerne la formation continue des professionnels de santé, le système est rendu plus complexe par le manque habituel de cadre de référence ou de concertation défini. Dans certaines situations la formation continue est structurellement mieux définie qu'ailleurs, mais dans tous les cas de figure, et pour des raisons évidentes d'efficacité, elle est en train de s'organiser, notamment au sein même des divers systèmes de santé (Direction des ressources humaines au Sénégal et Direction de la formation continue en République Démocratique du Congo qui se développent au sein des Ministères de la Santé).

Par ailleurs, en ce qui concerne des réformes ou des changements au niveau des enseignants et des formateurs elles sont sous la responsabilité du Ministère de l'Éducation. Il s'agit, par exemple de la licence en éducation pour les formateurs. Les salaires des enseignants, eux, seront sous la dépendance du Ministère de l'Éducation dans certains contextes (Rwanda, Sénégal), mais pas toujours. En effet s'il s'agit de l'enseignement secondaire technique professionnel, les enseignants sont sous la responsabilité financière de l'organisation du système de santé et de l'enseignement en santé lui-même. C'est le cas en République Démocratique du Congo.

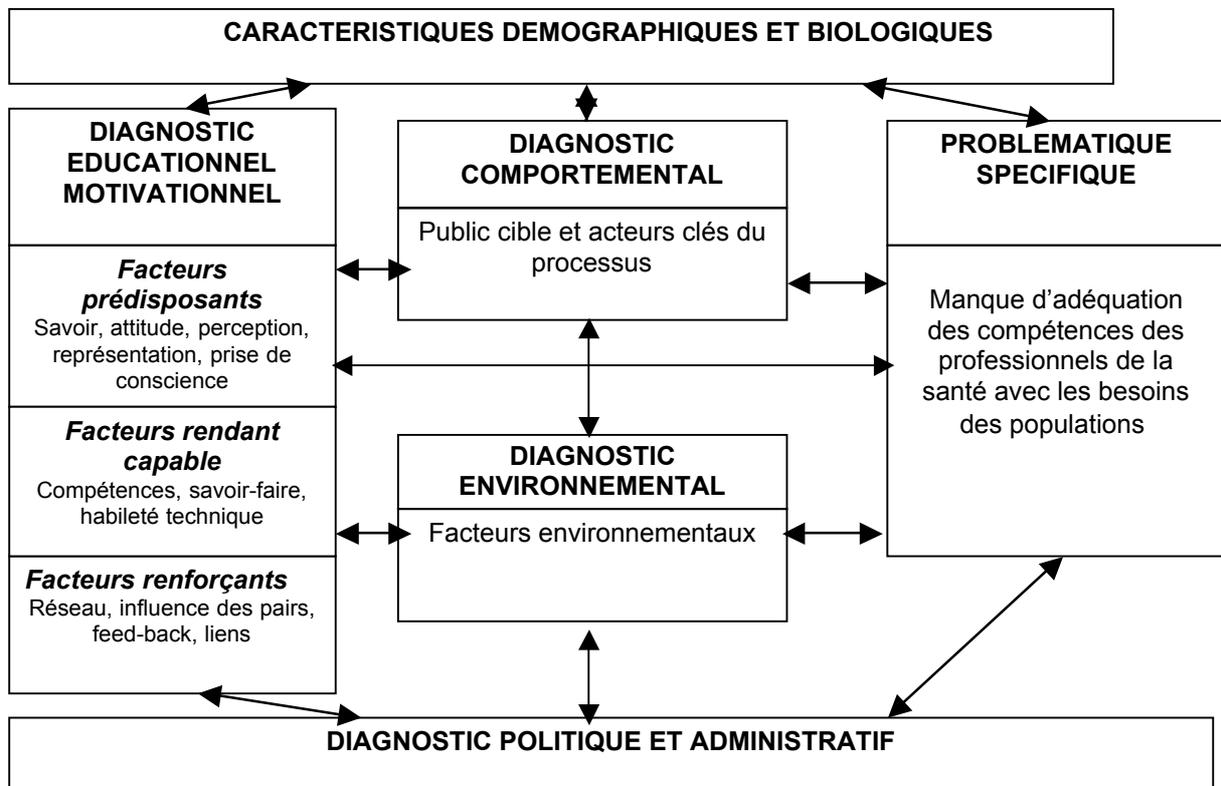
La complexité du paysage de la formation en sciences de santé nécessite d'être bien comprise dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé car il s'agit, en planification, de considérer de façon cohérente les ressources humaines en santé et les ressources humaines en éducation et formation. Une approche intersectorielle de la gestion des ressources humaines en santé est toujours nécessaire. L'annexe proposée dans le chapitre précédent permet de situer spécifiquement l'Enseignement en Sciences de Santé (ESS) dans la pyramide sanitaire en République Démocratique du Congo.

De manière plus pragmatique l'organisation de certains systèmes éducatifs est précisée dans le paragraphe qui présente les contextes de recherches-actions.

4.3. MODÈLE PRECEDE-PROCEED DE GREEN ET KREUTER ADAPTÉ À UN CADRE DE PROJET DE FORMATION

L'analyse des problèmes et des stratégies d'intervention peut se baser sur une approche systémique et intégrée représentée par le modèle sociologique PRECEDE-PROCEED de L. Green et Kreuter [Green *et al.*, 1999].

Figure 2. Présentation du cadre opérationnel : modèle d'analyse systémique, phase PRECEDE



L'acronyme PRECEDE signifie "Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Ecosystem Diagnosis and Evaluation". L'acronyme PROCEED signifie quant à lui, "Policy, Regulating or Resourcing, and Organizing for Constructs in Educational and Environmental Development". L'instrument de Green et Kreuter repose sur deux prémisses. D'abord, la santé et la qualité de vie constituent deux éléments intimement liés. En outre, la santé et les comportements favorables à la santé dépendent de facteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. Par conséquent, cette vision complexe appelle des programmes de nature multidimensionnelle pour la promotion de la santé. Ainsi, un programme développé à l'aide du modèle PRECEDE-PROCEED vise souvent, de façon simultanée, les modes de vie des individus (comportements liés par une cohérence profane ou autre), leurs milieux de vie (famille, réseau social personnel) ainsi que leur environnement (structure socio-économique, valeurs sociales et culturelles, politiques publiques), qui façonnent le bien-être des personnes et des collectivités. C'est un modèle qui s'inscrit dans une approche écologique de la santé et du bien-être des individus, des familles et des communautés au sens sociologique du terme.

Dans la perspective de ces deux prémisses, l'identification des besoins et la planification doivent tenir compte des facteurs qui influencent la santé ainsi que les comportements ayant un impact sur celle-ci. Green et Kreuter proposent d'abord de centrer initialement l'attention sur les résultats ou les changements visés par une intervention en promotion de la santé, pour ensuite entreprendre un cheminement exploratoire à rebours, de droite à gauche, à travers une série d'étapes illustrées par la figure ci-dessus. Selon le modèle PRECEDE-PROCEED, le comportement constitue un résultat intermédiaire mais fondamental à atteindre. Partant de ce principe, il s'avère indispensable de faire une analyse comportementale pour en rechercher les déterminants. Cette analyse dégage les facteurs négatifs à changer et les facteurs positifs à renforcer pour opérer un changement comportemental et environnemental. Si on parvient à changer ces facteurs négatifs, l'adoption et le maintien du comportement souhaité peuvent devenir une réalité. Cette démarche permet de collecter des informations sur les facteurs influençant les comportements et l'environnement ou sur les facteurs liés aux problèmes de santé qui affectent la qualité de vie des publics visés. En fait, il s'agit d'un instrument de causes multiples à effet.

L'outil de Green et Kreuter repose sur les comportements et l'environnement comme objets de changement. Les comportements reliés aux problèmes de santé individuels ou collectifs sont au centre de la démarche. Ils forment des objets d'analyse autour desquels on peut construire un programme ainsi que des indicateurs et des unités de mesure pour l'évaluation de l'intervention. Dans ce contexte, des facteurs autres que la santé interviennent dans la qualité de vie des individus et des communautés. Il s'agit, par exemple, de l'économie, de la vie sociale, du climat politique, du système éducatif, etc. Des associations autres que comportementales interviennent dans l'apparition des problèmes de santé dont l'âge, le sexe et l'environnement [Ministère de la Santé de la République du Burundi, 2004 ; www.lgreen.org].

En résumé, le modèle PRECEDE – PROCEED met l'accent sur la planification des interventions en dirigeant l'attention vers les résultats escomptés définis à partir du diagnostic épidémiologique, social, comportemental, environnemental, éducationnel, organisationnel, administratif et politique d'une situation sociosanitaire et/ou éducative.

La problématique de l'inadéquation entre la qualité des prestations de services et les compétences requises des acteurs du système de soins se situe entre le diagnostic épidémiologique et social et le diagnostic comportemental.

L'objectif général de la recherche se situe en amont, au niveau des diagnostics éducationnels, environnementaux et institutionnels tandis que l'hypothèse de la recherche provient d'une lecture dynamique et continue du modèle.

L'objectif de la thèse n'est pas de faire le diagnostic épidémiologique et social, mais de partir de ce constat documenté et d'en comprendre les mécanismes à travers une analyse des diagnostics comportemental, environnemental, éducationnel et institutionnel.

Certaines limites de l'utilisation opérationnelle du modèle de Green & Kreuter, dans le cadre envisagé, devront être explicitement explorées. Il s'agit notamment de documenter la méthodologie permettant de passer de l'analyse des problèmes et de la situation aux stratégies d'interventions.

4.4. LE MODÈLE CONSTRUCTIVISTE

Quand nous voulons résumer les pratiques en classe en nous plaçant du point de vue de l'apprenant, nous arrivons à trois grands modèles :

- ✓ **le modèle de l'empreinte** qui se caractérise essentiellement par l'idée qu'il suffit ou qu'il faut que l'enseignant exprime la matière pour qu'elle s'imprime et laisse une empreinte dans la tête des apprenants.
- ✓ **le modèle du conditionnement** qui se caractérise essentiellement par l'idée qu'il faut découper la matière en petites unités simples pour permettre à l'apprenant d'effectuer rapidement les tâches demandées. D'où l'importance accordée dans cette conception au découpage de la matière en objectifs opérationnels facilement accessibles aux apprenants.
- ✓ **le modèle constructiviste interactif** qui se caractérise essentiellement par l'idée que ce sont les apprenants qui construisent leur savoir à partir de situations proches de la réalité d'utilisation de ce savoir et cela grâce aux interactions entre son propre savoir et celui des autres : condisciples, enseignants, livres, etc.

Un curriculum basé sur une pédagogie de l'intégration, une approche par compétences et des méthodes d'enseignement basées sur les pédagogies actives et la métacognition [Bourgeois,1996 ; Barth, 1993] s'intègrent dans ce dernier modèle. Il existe un certain nombre de références bibliographiques permettant de faire la synthèse sur l'utilisation, l'efficacité et les contraintes liées aux changements de méthodes (pédagogies classiques versus pédagogies actives centrées sur l'apprenant) dans l'enseignement infirmier dans les contextes du nord [Biley *et al.*,1999 ; Mawn *et al.*, 2000]. On observe que les avis peuvent parfois être fort divergents mais qu'en règle générale, après une période de contraintes et de freins de la part des divers groupes d'acteurs (notamment les apprenants), on peut passer à une phase plus constructive en faveur d'un apprentissage plus autonome [Roegiers, 2000]. Par ailleurs, beaucoup de littérature sur la formation infirmière et la qualité des soins se centre sur les aspects techniques de la pédagogie et moins sur les changements attendus à des niveaux méso et macroscopiques [Proulx *et al.*,1999 ; Goleman *et al.*, 2002]. De plus, il existe très peu de publications dans le domaine de la recherche en éducation et sciences de santé analysant les contextes d'Afrique francophone.

5. HYPOTHÈSE ET DISPOSITIFS MÉTHODOLOGIQUES

Hypothèse de recherche :

L'originalité de la recherche provient de la nécessaire juxtaposition des organisations de santé et de celles en éducation. De plus, l'étude des ressources humaines ne peut faire l'économie d'une analyse en profondeur des processus participatifs et des méthodes, notamment celle de l'approche par compétences en ingénierie pédagogique, qui amènent le changement. Ces changements sont énoncés sous la forme de modifications de comportements des acteurs ciblés.

La particularité de cette étude est également dans son approche résolument systémique mais aussi dans le choix d'analyser l'innovation pédagogique, phénomène émergent, comme levier au changement à moyen terme dans l'institution éducative et de santé. L'innovation pédagogique est vue à travers une approche pédagogique socioconstructiviste [Guilbert, 1998] et est basée sur l'utilisation des pédagogies actives en classe et sur le terrain d'application des stages.

On peut ainsi énoncer l'hypothèse globale de cette étude : "L'innovation pédagogique et ses implications individuelles et systémiques, associées à un processus de traduction incluant l'ensemble des niveaux et des acteurs liés au développement des ressources humaines au

sein du district de santé, sont les conditions ou leviers nécessaires pouvant amener le changement dans l'Institution Educative et de Santé et plus spécifiquement amener à une meilleure adéquation entre programmes d'enseignement en sciences de santé et prestations de soins en Afrique."

Cette hypothèse de recherche confronte au minimum trois approches différentes qui se retrouvent notamment présentées sur la figure 4.

Dispositifs méthodologiques :

Se situant à l'intersection des mondes de la formation, de la santé et de la planification, il est apparu utile de présenter la grille de lecture suivante qui donne un autre regard sur les résultats. Cette manière d'aborder les choses amène également à mieux cerner les dispositifs méthodologiques.

Tableau 1. Analyse de la porte d'entrée et du niveau d'intervention dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé

	Analyse de la complexité pour une problématique ciblée	Entrée par la production	Entrée par la mise en œuvre
Planification évaluation	Approche systémique d'une problématique de santé et/ou du district de santé : phase PRECEDE	Plans opérationnels : Phase PROCEED	Gestion du cycle de projet participative et systémique (GCPPS) et gestion de la qualité/ Evaluation formative des projets
Gestion, par la formation, des Ressources humaines en santé	Approche systémique des Ressources Humaines en Santé (ressources humaines en santé) : Phase PRECEDE	<u>Référentiels de métiers</u> , profils et référentiels de compétences, <u>référentiels et plans de formation</u> . Intégration aux plans opérationnels des différents niveaux concernés	Pédagogies actives et compétences/ Pratiques réflexives/ Evaluation de compétences/ Recherches actions/Réseaux de pratiques/ Centre de Ressources Documentaires

Les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche intègrent globalement l'ensemble des croisements de cette grille. Cependant, selon le contexte ou les contraintes environnementales rencontrées, il est apparu qu'une entrée plutôt qu'une autre a été privilégiée :

- soit il s'est agi de cibler la production finale attendue, c'est à dire renforcer ou produire les plans opérationnels et/ou les référentiels de compétences et les curriculums de formation ;
- soit il s'est agi de cibler le processus d'installation du changement qui intervient par un travail de fond sur les facteurs éducationnels prédisposants, rendant capables et renforçants et qui permet une mise en processus et une production dès le départ plus autonome.

La nécessité du prérequis est une constante pour toute intervention, qui se traduit par une analyse systémique de la problématique de santé ciblée ou de la gestion des ressources humaines en santé dans leur contexte. En effet, l'analyse systémique de départ devrait permettre de relativiser l'action et d'envisager les partenariats.

L'entrée par la production a été l'entrée la plus facile, car plus proche de la réalité immédiate (les normes sanitaires, le cadre institutionnel) pour les professionnels de la santé dans le cadre du renforcement de la formation continuée. L'entrée par la mise en œuvre a été l'entrée la plus pertinente pour les enseignants (les changements de pratiques en classe) dans le cadre de réformes de l'enseignement en formation initiale. Le contexte général devrait néanmoins nécessairement chaque fois prévaloir dans le choix pour la meilleure manière d'entrer en processus.

C'est ainsi qu'il a été possible de considérer, dans le cadre de l'amélioration des ressources humaines en santé, que le corps enseignant est un point d'entrée à privilégier pour l'innovation et la traduction en vue du changement au sein du district de santé.

Afin de casser les boucles de rétroaction courtes entre les problèmes de compétences des agents de santé sur le terrain et les solutions ponctuelles de formations qui existent au sein du district de santé ou du système de santé, ainsi que d'approcher la problématique à long terme du manque d'adéquation des programmes d'éducation en sciences de santé avec les compétences attendues, le choix est de partir du corps enseignant et des programmes et de progresser vers les professionnels de santé et la population.

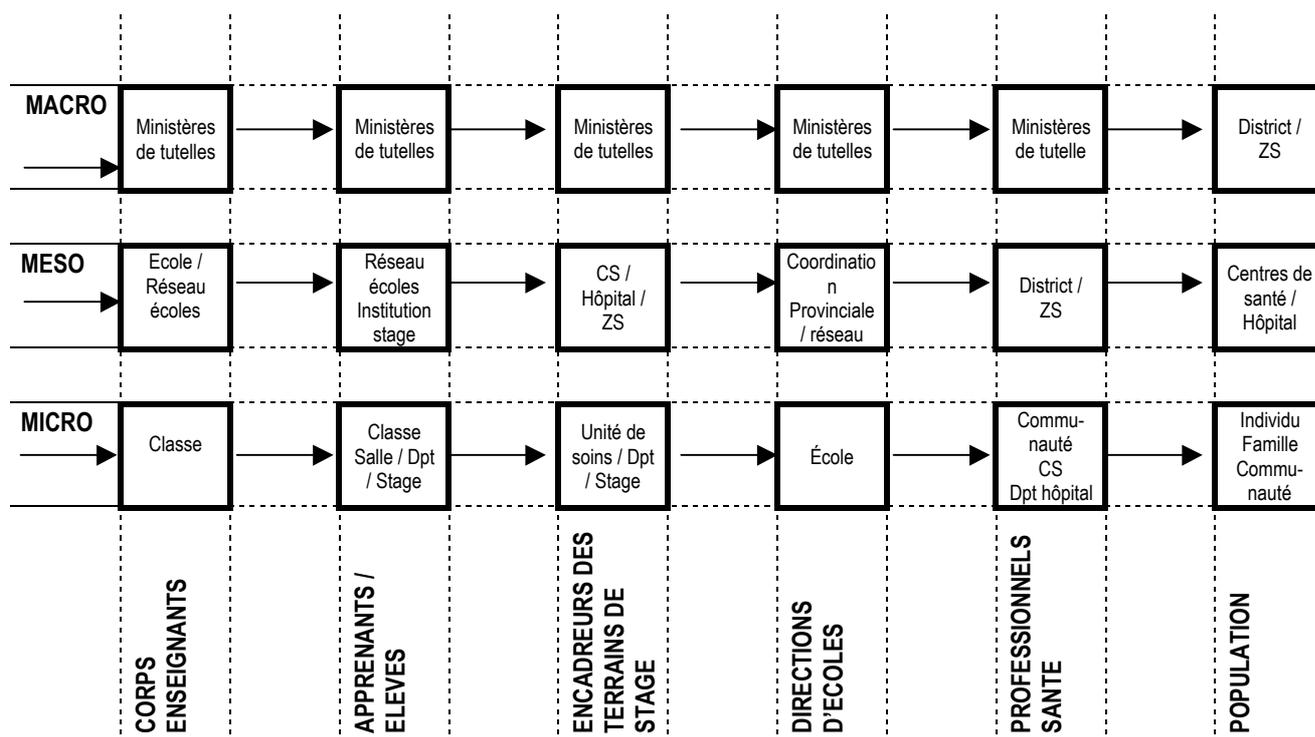
Ce choix méthodologique est également régi par la nécessité de mieux documenter le rôle du corps enseignant dans l'appui au district de santé et à l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires.

Par rapport à la problématique de départ (manque de confiance de la population envers ses prestataires de soins et qualité des soins et des services), il s'agit d'un groupe d'acteurs en amont aux professionnels de santé au sein du district de santé.

Ce dispositif méthodologique sous-tend le transfert suivant lié à l'approche pédagogique choisie (socioconstructivisme) : « si on met l'apprenant au centre du processus d'apprentissage, on met le patient au centre du processus de prise en charge et de soins ».

La figure ci-dessous présente une matrice d'analyse à deux entrées. Une première entrée considère le public cible prioritaire, tandis que la seconde entrée se focalise sur le niveau d'intervention, macro, méso ou micro. La lecture de cette matrice devrait nécessairement être systémique, c'est ainsi par exemple qu'on ne rencontre pas comme tel le groupe d'acteurs représenté par l'administration centrale, mais que cette organisation est étudiée de manière transversale en relation avec chaque groupe d'acteurs.

Figure 3. Présentation de la matrice d'analyse



Niveau macro :

Il s'agit principalement du niveau institutionnel central et des politiques en Santé et en Education favorables ou non aux changements (en relation avec l'approche de Green il s'agit en premier lieu des diagnostics institutionnels et environnementaux larges).

Niveau méso :

Implications du changement des méthodes sur les contraintes environnementales directement en relation avec les acteurs (diagnostic éducationnel et environnemental).

Niveau micro :

Implications des pédagogies actives, de la logique du constructivisme et de l'approche par compétences parmi les acteurs considérés (diagnostic éducationnel, social et épidémiologique).

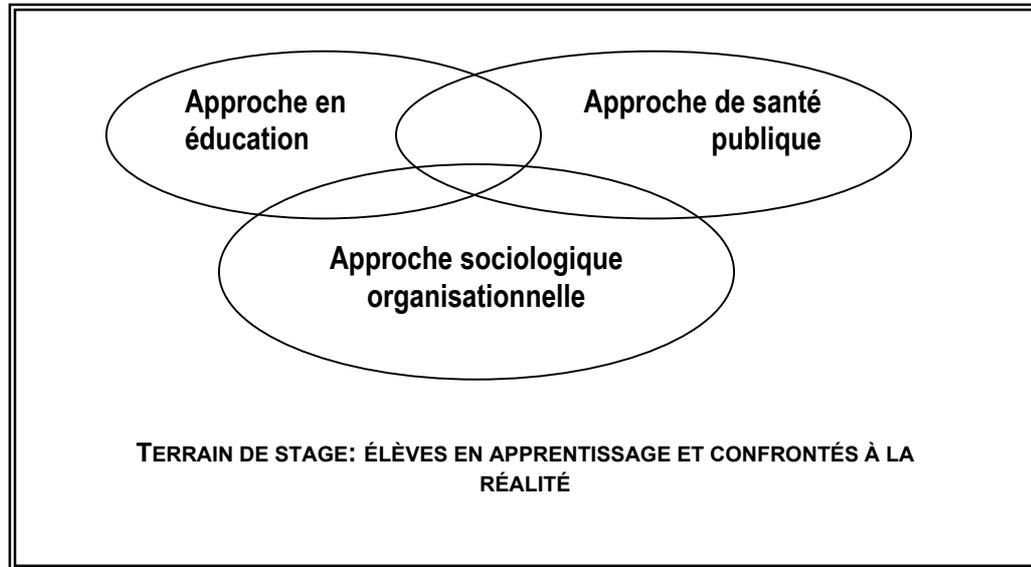
Remarque sur l'importance accordée au terrain de stage :

L'analyse de la situation des stages en formation infirmière est en soi une porte d'entrée pour mieux comprendre les dysfonctionnements du système éducatif en relation aux besoins et demandes du système de santé et de sa population. La problématique du terrain de stage est cruciale et mérite une attention méthodologique particulière.

La pratique clinique est, de façon incontournable, considérée comme une partie essentielle de la formation en sciences infirmières. Beaucoup de choses ont été écrites sur le rôle de l'encadreur de stages cliniques ainsi que sur celui de l'enseignant [Lee, 1996]. Le terrain de stage est un élément essentiel des mécanismes d'apprentissage pour les professionnels de santé. Il est représenté par les structures en charge des soins de santé primaires, l'hôpital de première et seconde référence, le centre de santé, la communauté mais aussi le système de santé dans son ensemble incluant les organes de fonctionnement du district, du niveau intermédiaire et du niveau central (dans la logique de la décentralisation des soins de santé

primaires). C'est également un moment de rencontre privilégiée entre le monde de l'éducation et le monde de la santé et un croisement intéressant entre sciences naturelles et humaines. Ce lieu de rencontre est en soi un dispositif méthodologique particulièrement important afin d'étudier et comprendre les relations complexes entre ces deux mondes. La figure 4 permet de visualiser ce dispositif spécifique.

Figure 4. Visualisation de la situation particulière du terrain de stage



Sur cette figure, l'approche sociologique se base principalement sur l'apprentissage organisationnel et la sociologie organisationnelle, tandis que l'approche en éducation fait intervenir les dimensions psychologiques et pédagogiques des individus.

En référence à l'approche systémique du cadre conceptuel, on peut comme Blum l'écrivait déjà en 1965 [Blum, 1998], considérer l'environnement comme constitué par les conditions, les forces et les stimuli externes qui affectent l'individu. L'environnement offre un réseau de forces et de facteurs qui entoure et englobe l'individu [Levêque, 2001 ; Coppieters, 2003]. En se référant à notre cadre conceptuel (construction du modèle de Green & Kreuter [Green, 1999]), il s'agira d'étudier ces déterminants et facteurs tout en étant suffisamment structuré pour clarifier le concept « d'environnement d'apprentissage » dans le contexte des soins de santé primaires et du district de santé en Afrique. L'étude de l'environnement « éducatif » ou « académique » sera mise en relation avec l'étude de l'environnement « clinique » ou des « soins de santé primaires » qui est beaucoup plus complexe. En effet, l'environnement des stages est difficile à contrôler en comparaison à l'environnement en classe et dans la structure scolaire [Cowan, 1998 ; Parent, 2001].

6. MÉTHODOLOGIE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

La méthodologie générale de récolte des données est basée sur un ensemble de méthodes, moyens et outils en relation avec les objectifs de la recherche. Les éléments de la méthodologie sont :

6.1. LES TERRAINS DE RECHERCHES ACTIONS

Les différents contextes et le résumé de leur implication :

Cette recherche se base sur des résultats en provenance de plusieurs contextes, au sud comme au nord. Les contextes sont les suivants :

- la République Démocratique du Congo ;
- le Rwanda ;
- le Sénégal ;
- la Belgique ;
- le Tchad.

Chacun des contextes participe de près ou de loin aux résultats de cette thèse soit par le biais de l'analyse des processus participatifs et des méthodes de planification favorables aux changements dans l'institution de santé, soit par l'analyse des outils et méthodes dans le domaine de l'innovation pédagogique. Cette multiplication des terrains de recherche, outre la production de données, permet des analyses comparatives particulièrement intéressantes dans la sphère de la formation. Le dénominateur commun est le développement et le renforcement des ressources humaines en santé par le développement des compétences et du professionnalisme [Le Boterf, 2002] et, selon les contextes, le processus participatif et représentatif des acteurs concernés par la problématique ciblée. C'est le travail de comparaisons et de synthèses qui a permis de se projeter sur les résultats de cette recherche en terme d'amélioration de la gestion des ressources humaines en santé.

Chaque contexte est décrit selon son implication dans les résultats de cette recherche. Dans certains cas il s'agit de décrire avec plus ou moins de précision le système de santé ou plutôt le système d'éducation. Dans tous les cas, une précision sur le contexte de projet est donnée malgré le fait que cette thèse ne se limite pas aux contextes des projets mais se projette bien au-delà de la logique de projet, qui est envisagée principalement comme un levier du changement quand elle est bien utilisée.

L'innovation étant favorisée par la mise en réseau d'acteurs et la capitalisation des expertises et expériences, un projet particulier est décrit comme faisant partie de ces terrains de recherches et d'actions, c'est celui du RESI ou Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières.

En terme de mise en contexte, une précision sur l'origine de cette réflexion sur le développement des ressources humaines en santé est nécessaire. L'initiative provient d'ARE@ Santé A.S.B.L., Association pour le Renforcement de l'Enseignement et l'Apprentissage en Santé. En effet, cette association a été créée en 2001 afin de permettre le développement de projets et d'initiatives en santé basé sur la recherche d'une meilleure adéquation entre formation, besoins et attentes des populations en terme de qualité des soins et des services.

La manière dont les différents contextes sont impliqués dans le travail de recherche peut être résumée de la manière suivante :

Les contextes de la République Démocratique du Congo, du Rwanda et de la Belgique interviennent principalement sur la réflexion liée aux réformes des curriculums en sciences

de santé, plus spécifiquement aux réformes de l'enseignement infirmier. Le contexte de recherche du Sénégal participe à la réflexion sur l'élaboration de plans de formation continuée basés sur l'approche par compétences pour les professionnels de santé du district de santé en Afrique, médecins et infirmier(ère)s. Le contexte du Tchad est particulier à la réflexion car il se centre sur l'implication des acteurs dans les processus de changement en faveur de la gestion de la qualité des soins et des services. L'ensemble des cinq contextes participe donc à la réflexion sur la mise en œuvre des changements, en relation avec l'analyse des acteurs, de leurs comportements et des déterminants de ces comportements.

Ci-dessous sont présentés les descriptions plus précises de chacun des contextes de recherche. Selon la pertinence, ces contextes sont décrits en termes de projet, de système de santé et/ou de système d'éducation et de formation. Le contexte plus global des pays n'est pas repris. La description de chaque projet et contexte permet de mieux appréhender la réalité des productions.

Description des différents contextes :

6.1.1. La République Démocratique du Congo

Le projet :

Le projet "Appui à l'enseignement en sciences de santé du niveau secondaire en République Démocratique du Congo" (projet APEFE / ARE@ Santé) a démarré en janvier 2002 [Parent, 2001]. Il s'agit de la mise en œuvre d'un projet basé sur l'innovation pédagogique, une approche intersectorielle du monde de la formation et de la santé et une vision des systèmes de santé orientée sur les ressources humaines. Basé sur l'intégration des méthodes actives dans les pratiques enseignantes et l'autonomie dans l'apprentissage au départ avec trois écoles pilotes de Kinshasa, ce projet s'est rapidement inscrit dans le cadre de la première phase d'une réflexion initiée par la Direction en charge de l'enseignement en sciences de santé (ESS) du Ministère congolais de la santé pour avancer vers une réforme nécessaire du programme et favoriser un cursus plus intégré. Dans la seconde phase, c'est l'approche par compétences qui a été choisie pour la révision du curriculum. Ce projet a mené, en septembre 2005 dans six écoles dispersées dans trois provinces de la République, à la mise en œuvre pilote de la réforme de l'enseignement infirmier en République Démocratique du Congo. Cette intervention s'est mise en place sans assistance technique à long terme mais a plutôt favorisé l'appropriation et le développement d'une vision « Programme » centrée sur un objectif prioritaire : l'amélioration des ressources humaines en santé dans leur contexte.

Le système éducatif :

En République Démocratique du Congo, l'enseignement tant maternel, primaire, secondaire, que supérieur et universitaire, est régi par la Loi-cadre du 22 septembre 1986. Depuis le 30 juin 2003, le Ministère de l'Education Nationale se divise en trois ministères distincts :

- le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel ;
- le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire ;
- le Ministère de la Recherche Scientifique et Technologique.

Le système éducatif est totalement pris en charge par les parents de l'école maternelle à l'université à la suite de la démission de l'Etat de prendre en charge ce secteur [Ministère de l'Enseignement de RDC, 2004]. Le taux de scolarité (école secondaire) est de 76% en

milieux urbains et 48% en milieux ruraux. Les titres ci-après sanctionnent la fin d'un cycle. Il s'agit de :

- certificat d'études primaires : 6 ans d'école primaire ;
- diplôme d'Etat : 6 ans des humanités ;
- diplôme technique : 4 ans dans les humanités ;
- graduat : 3 ans d'université ;
- licence : 2 ans d'université après le graduat.

Les enseignements primaire, secondaire et professionnel ont mis en place une série de mécanismes d'évaluation assurée au niveau de chaque école au travers des épreuves journalières et périodiques. Les méthodes utilisées sont d'ordre quantitatif et qualitatif. Au niveau primaire, il existe un test de fin d'études appelé « test national de fin d'études primaires ». Cette épreuve, ainsi que les points obtenus à l'examen de fin d'année sanctionnent l'obtention du certificat de l'école primaire. En fin du cycle long des études secondaires, l'examen d'état sanctionne la fin des études. L'examen d'Etat s'est affirmé depuis comme une véritable institution nationale faisant autorité dans le domaine. Depuis la promulgation de l'Ordonnance loi l'instituant, l'examen d'état s'est imposé au système éducatif à cause de l'impossibilité matérielle d'homologuer objectivement tous les diplômes émis par les écoles dont le nombre et les effectifs de finalistes ont connu une croissance exponentielle [Banque Mondiale, 2005].

Remarque : le système de santé de la République Démocratique du Congo est présenté dans l'annexe 3.

6.1.2. Le Rwanda

Le projet :

Le démarrage en octobre 2004 du projet "Renforcement de la formation des formateurs des Ecoles en Sciences Infirmières" Rwanda (projet APEFE / BTC-CTB, suivi scientifique assuré par ARE@ Santé) fait suite à l'existence du projet pilote de réforme de l'enseignement infirmier en République Démocratique du Congo [Parent, 2002]. Ce projet suit la même philosophie que tout le travail mené en République Démocratique du Congo mais dans un cadre de coopération et de partenariat très différent, notamment avec la présence d'assistance technique. Les retards successifs que ce projet a pris ont amené à travailler le curriculum infirmier (niveau A1) avant la mise en place d'une masse critique de formateurs en pédagogies actives et approche par compétences.

Le système éducatif :

Au Rwanda, l'enseignement secondaire s'étend sur 6 ans et est scindé en 2 cycles successifs :

- un premier cycle de 3 ans d'enseignement général appelé «tronc commun »
- un deuxième cycle de 3 ans pour les sections spécialisées comprenant :
 - un enseignement secondaire général avec deux options scientifiques (math-physique et biochimie), une option littéraire et une option de sciences humaines ;
 - un enseignement pédagogique pour la formation des enseignants ;
 - un enseignement technique et professionnel offrant 19 options de niveau A2 et 5 options de niveau A3.

Accès à l'enseignement secondaire

L'accès à la première année du tronc commun de l'enseignement secondaire est déterminé par la réussite à un concours d'entrée organisé au niveau national, à la fin de la 6^{ème} année primaire. Le taux d'admission aux établissements publics et libres subsidiés est fixé en fonction des places disponibles.

Les établissements privés accueillent en général les élèves non admis au concours national avec une contribution financière plus élevée que dans les écoles publiques.

Le même principe est appliqué à l'issue du tronc commun pour accéder aux sections d'enseignement secondaire du 2^{ème} cycle.

Le personnel enseignant

L'enseignement secondaire emploie 6.329 enseignants dont 3.319 du public et libre subsidié, et 3.010 dans le privé. On compte en moyenne 26.7 élèves par professeur dans le public et libre subsidié, alors que le ratio est de 22.8 dans le privé.

Le total des enseignants qualifiés s'élève à 3.286 pour tous les établissements publics et privés, ce qui représente un taux de qualification de 51.9% dont 2.990 hommes (90.9%) et 296 femmes (9.1%). Il faut également préciser que d'après les réalités observées sur le terrain, le nombre d'étrangers reste important parmi les enseignants qualifiés.

La qualité des enseignements

Les programmes de l'enseignement secondaire général et pédagogique ont été rénovés et harmonisés en 1996. Ceux de l'enseignement technique et professionnel viennent d'être revus, et l'action de réforme se poursuit progressivement.

Dans les filières technique et professionnelle, la part des disciplines techniques devrait atteindre au moins 60% de pratique tandis que la théorie ne devrait pas excéder 40%. La réalité observée sur le terrain montre que les cours restent trop théoriques et dans certains cas la pratique se limite à quelques exercices de démonstration que les élèves suivent du regard, notamment par manque d'équipements. Cette situation s'applique également à l'enseignement secondaire général à caractère scientifique où le manque de laboratoire et autres équipements est manifeste.

L'adéquation entre la formation et l'emploi

Concernant certaines filières d'enseignement technique et professionnel, il n'existe pas de critère fiable qui permette de mesurer le rendement externe puisque aucune étude de suivi n'a été menée pour connaître le devenir des diplômés dans les entreprises. Un autre obstacle à l'adéquation formation-emploi est le manque de données élémentaires sur le marché de l'emploi et l'absence d'informations sur son évolution.

L'adéquation formation/emploi reste cependant une nécessité que recommandent les responsables des secteurs de formation et d'emploi, mais sa mise en œuvre est restée pour le moment au niveau de l'intention. Certes, il arrive que les représentants du secteur de l'emploi soient associés dans les rencontres de réflexion et dans l'élaboration des programmes d'enseignement technique et professionnel, mais on ne dispose pas de cadre formel de concertation qui permette aux employeurs et aux formateurs d'échanger des informations sur les besoins en main d'œuvre.

Le financement

Concernant les sources de financement, le gouvernement rwandais augmente régulièrement les crédits alloués à l'éducation. Les autres fonds proviennent des contributions des parents,

des coopérations bilatérales et des organismes internationaux, des confessions religieuses et d'autres associations. Les initiatives des diverses associations dans la fondation, le financement et la gestion des écoles secondaires privées sont des apports importants.

Cependant, l'approche par projet qui a prévalu dans la période d'urgence a fait que la situation financière soit tributaire de la façon de faire des individus, si bien que certaines écoles ont été plus favorisées que d'autres. De plus, la coordination quasi inexistante des apports financiers a favorisé l'éparpillement des ressources sans équité et sans tenir compte des priorités et des besoins réels [Direction de l'Enseignement Secondaire Général, 2003].

Enfin, il n'existe pas à ce jour de cadre légal, conventionnel et réglementaire définissant :

- la participation des parents dans la gestion financière des écoles publiques et libres subsidiées ;
- la part des confessions religieuses et d'autres associations dans le financement des écoles libres subsidiées dont ils sont propriétaires ;
- les instructions relatives à la gestion des comptes hors budget provenant des productions des établissements.

Remarque : Le système de santé du Rwanda est présenté dans l'annexe 4. Le Rwanda traverse actuellement d'importantes réformes administratives [Gouvernement du Rwanda, 2003 ; 2004]. La réforme du secteur de la santé amène à la présentation de ce nouvel organigramme du MiniSanté.

6.1.3. Le Sénégal

Le projet :

Dans le cadre du renforcement des plans d'actions de la région médicale de Diourbel (projet CTB/BTC ARMD II, suivi de projet pour le volet santé publique par ARE@ Santé) [Coopération technique belge, 2003], une attention particulière a été donnée à l'élaboration d'un cadre conceptuel pour la formation continuée au sein des districts de santé de la région médicale de Diourbel. Ce cadre vise à intégrer l'analyse des formations continuées au niveau des districts et de la région médicale et vise également l'intégration de la proposition de stratégies de renforcement de ces formations continuées à partir de l'approche par compétences pour, au minimum, deux profils de fonctions (infirmier chef de poste et médecin chef de district). Une extension du processus est envisagée pour les autres profils de fonctions selon l'évolution de la réflexion et de sa mise en œuvre.

Le système éducatif :

Au Sénégal, on distingue les secteurs formel et non formel dans le système éducatif sénégalais. L'éducation formelle : concerne plusieurs niveaux et types d'enseignement. Elle est composée de l'éducation préscolaire, de l'enseignement élémentaire, de l'enseignement moyen et secondaire général, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur (<http://www.education.gouv.sn/index.php>).

A chacun de ces niveaux, on retrouve à côté de l'enseignement public, un enseignement privé qui s'est beaucoup diversifié et développé ces dernières années.

De même, l'éducation spéciale occupe une place de plus en plus importante dans le système. Même si sa présence est plus marquée dans l'enseignement élémentaire, les orientations sont à un développement du secteur qui permet la prise en charge adéquate d'une catégorie de la population scolarisable, jusqu'ici marginalisée.

La politique d'éducation du Sénégal pour la prochaine décennie (1999-2008), s'inspire de la loi d'Orientation 91-22 du 16 février 1991, tire les leçons du processus de développement et prend en compte les mutations intervenues dans l'environnement interne et externe du système éducatif. Cette politique repose sur les axes suivants :

- élargissement de l'accès à l'éducation et à la formation en matière de compétences utiles à la vie ;
- consolidation des capacités à dispenser une éducation pertinente et de qualité à tous les niveaux ;
- création des conditions pour une coordination efficace des politiques et programmes d'éducation ;
- rationalisation de la mobilisation et de l'utilisation des ressources.

Dans ce cadre, la réalisation de l'objectif d'une scolarisation universelle de qualité à l'horizon 2008 constitue la première priorité du Gouvernement. La République garantit à « Tous les enfants, garçons et filles, en tous lieux du territoire national, le droit à l'éducation et à la formation ». Le gouvernement de la République s'inscrit dans une démarche de rupture qualitative qui accorde la prépondérance aux ressources humaines pour accroître les chances de développement dans le contexte de la mondialisation.

L'enseignement technique et la formation professionnelle sont considérés comme un secteur prioritaire et par conséquent un levier important dans le cadre de la nouvelle politique de développement économique et social. Cela consiste à mettre en œuvre une formation professionnelle dans les divers secteurs : primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire par :

- une formation initiale, dans les filières porteuses, correspondant au standard international ;
- une formation continue des agents par le biais du perfectionnement et une formation pré-insertion pour les demandeurs d'emploi ;
- une mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement et d'insertion des personnes formées ;
- une mise en œuvre d'un enseignement technique débouchant sur des compétences et des capacités opérationnelles relatives au secteur de production et de service ;
- une organisation et une valorisation de l'apprentissage traditionnel, en utilisant notamment l'alphabétisation fonctionnelle en langues nationales et dans la langue de travail.

6.1.4. La Belgique

Les projets :

L'approche par compétences dans l'enseignement infirmier

Cette recherche a bénéficié d'un partenariat privilégié entre l'association ARE@ Santé et la Haute Ecole Léonard de Vinci (ISEI). L'ISEI, l'Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, propose depuis plus de 10 ans un enseignement clinique basé sur l'approche par compétences. La réforme du programme avait été élaborée dans un cadre de projets de recherche avec Xavier Roegiers, auteur de nombreux ouvrages sur l'approche par compétences [ISEI, 2005]. La collaboration, sous forme d'un réseau d'excellence, avec cette école et plus particulièrement avec deux de ses enseignantes ont permis la guidance méthodologique nécessaire à l'avancée de ce travail et à l'implantation d'une réflexion en profondeur en faveur d'une pédagogie de l'intégration dans l'enseignement infirmier en Afrique francophone.

Les Stratégies Concertées du Secteur Sida en Communauté Française de Belgique (SCSS)

Les SCSS, au sein du secteur du Sida en communauté française de Belgique, reflètent un processus de gestion de cycle de qualité. La mise en œuvre des SCSS [Martens *et al.*, 2005] a permis, dans le contexte de cette recherche, de mieux cerner les aspects universels liés aux processus en tant que facteurs renforçant ou déformant la mise en œuvre des changements dans le cadre de la gestion de cycle de qualité.

6.1.5. Le Tchad

Le projet :

Le projet de renforcement des districts de santé au Tchad mené par Médecin Sans Frontières (de 1992 à 1998) couvrait 3 districts de santé dans la préfecture du Mayo-Kebbi, au sud de N'djamena. L'appui consistait à pallier au manque de personnel cadre au niveau des districts (médecins chefs des district et des hôpitaux) ainsi qu'un appui global aux structures de santé (hôpitaux, centres et postes de santé). Le projet a permis un appui spécifique dans la gestion et l'organisation des soins de santé primaires au niveau du district, une meilleure prise en charge et suivi des activités des centres de santé ainsi que la mise en place d'un programme de recouvrement des coûts. Le projet a, de plus, favorisé l'implantation de certains programmes spécialisés dont la prise en charge intégrée de l'enfant malade (notamment, supervision du traitement et du suivi des cas de malnutrition hospitalisés [Parent, 1996].

Remarque : le système de santé du Tchad est proposé en annexe 5 à titre de description plus précise d'un contexte de santé.

6.1.6. Le RESI

Le projet :

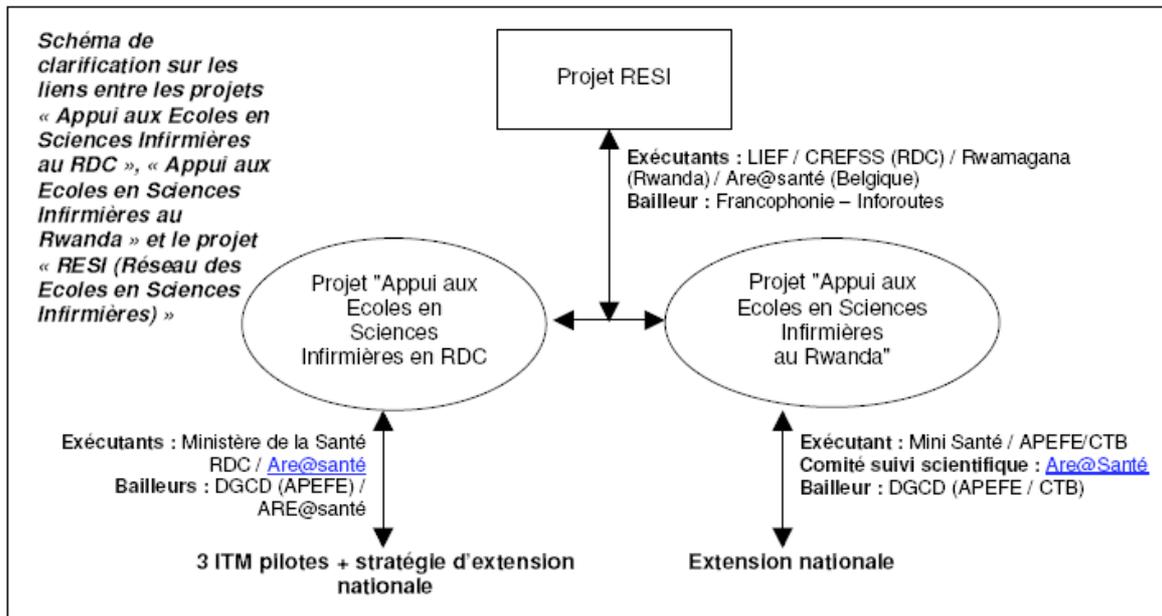
Le projet " Réseau francophone de pratiques en pédagogies actives et à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) dans l'enseignement en Santé" – le projet RESI ou Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières (projet Inforoute Francophonie / LIEF / CREFSS / Are@ Santé) a démarré en octobre 2004 [ARE@ Santé, 2003] et permet d'envisager les développements des deux projets de réforme de l'enseignement infirmier (République Démocratique du Congo et Rwanda) dans le cadre plus ouvert d'un réseau structuré d'échanges sur les meilleures pratiques d'enseignement en pédagogies actives et approche par compétences.

Le RESI poursuit quatre objectifs :

- élaborer, à travers des projets collaboratifs, les dispositifs pédagogiques et de suivi d'une réforme de l'enseignement infirmier basée sur l'approche par compétences en République Démocratique du Congo et dans d'autres contextes ;
- mettre en réseau les professionnels de l'enseignement et de la santé afin de renforcer l'adéquation des formations aux réalités des terrains ;
- capitaliser en réseau les résultats et les ressources des projets du RESI et de ses partenaires ;
- développer une expertise et une offre de services dans les domaines de la pédagogie et de la santé.

La figure 5 permet de visualiser les liens envisagés entre les projets de réforme de l'enseignement infirmier en République Démocratique du Congo et au Rwanda. Cette conceptualisation ne se limite pas à ces deux contextes mais va bien au-delà par la mise en réseau d'écoles infirmières en provenance de contextes divers, au sud comme au nord.

Figure 5. Articulation entre les différents projets



Les modalités de suivi :

Avec le développement des technologies de l'information et de la communication, il a été possible de suivre de nombreuses activités à distance dans les différents contextes de recherche, moyennant une certaine organisation de la communication et une bonne identification des partenaires de la recherche. L'organisation de la communication bénéficie de l'utilisation du mailing et a été renforcée par la mise en place d'une plate forme de communication (Projet RESI).

6.2. LA RÉCOLTE DES DONNÉES

Diverses modalités présentées ci-dessous ont permis la récolte des données. Il s'agit avant tout d'une recherche action dans plusieurs contextes qui nous amène à considérer en avant-plan les données existantes et celles, qualitatives, obtenues au cours des processus d'élaboration des contenus. Les données quantitatives sont orientées plutôt sur l'analyse de la situation et sur les modifications de comportements attendus dans un même contexte et procèdent de la guidance pour la mise en œuvre des changements et de l'évaluation de ceux-ci.

6.2.1. L'utilisation de la documentation grise, la recherche bibliographique et les normes sanitaires

Une revue de la littérature sur les systèmes d'éducation et les réformes dans l'enseignement en soins infirmiers et plus particulièrement en Afrique francophone subsaharienne a été un élément de départ pour l'analyse de situation. Les terrains de recherche étant des projets de coopération, la documentation grise issue de l'identification, la formulation, le suivi et l'évaluation de ces projets a été une source d'information conséquente dans ce travail.

Le travail de recherche bibliographique a été fait entre autres à partir de l'ensemble des publications reprises dans la base Medline (1966 à 2006) avec un travail préalable sur la

Mesh et les mots clés afin d'être le plus exhaustif possible. D'autres recherches bibliographiques ont été faites dans les bases de données Science Direct, Biomed Central et Blackwell Synergy ainsi que sur les portails de différents organismes scientifiques tant médicaux que pédagogiques. La démarche de recherche dans ces différentes bases de données est reprise en annexe (voir annexe 16). Des recherches ont aussi été faites au sein des documents produits par chaque institution partenaire des projets et d'autres groupements responsables de la gestion des ressources humaines en santé.

La récolte de données a procédé également de manière conséquente à partir des normes sanitaires et des programmes existants. La base de données s'est faite principalement au départ de ce type de documents afin d'avancer dans les productions pédagogiques dans certains contextes quitte, ensuite, à en assurer une validation par une récolte de données complémentaires.

6.2.2. Les enquêtes qualitatives au sein des écoles et organisations partenaires des projets

L'utilisation de l'entretien individuel ou collectif est une des techniques les plus adaptées pour permettre aux individus de s'exprimer et d'aller le plus loin possible dans l'approche de leurs connaissances, représentations et pratiques. En santé publique, ces approches qualitatives sont nécessaires afin de compléter et de rechercher des informations que les méthodes quantitatives classiques ne peuvent apporter avec suffisamment de précision [Krueger *et al.*, 1998]. En pédagogie elles sont notamment un outil de travail immédiat dans l'élaboration des référentiels de fonction [Vermersch, 1994].

Dans le cadre de cette recherche, les approches qualitatives de récolte de données ont été effectuées sous forme de :

- groupes d'entretiens semi-dirigés ;
- entretiens individuels ;
- descriptions narratives ;
- observation sur les terrains d'applications.

▪ **Groupes d'entretiens semi-dirigés:**

La technique des groupes d'entretiens semi-dirigés a été mise à profit à plusieurs occasions. Pour l'analyse de la situation de la profession infirmière et enseignante, une dizaine d'entretiens semi-dirigés ont été effectués. L'objectif a été de recueillir un maximum d'informations sur les sentiments et les opinions des enseignants en encourageant l'expression individuelle. Cette technique a également été utilisée dans le cadre de la validation des productions pédagogiques, par exemple le référentiel de compétences en République Démocratique du Congo, auprès de divers groupes cibles dont les apprenants eux-mêmes. La récolte de données concernant l'élaboration du référentiel de métier dans certains contextes a bénéficié de cette méthode.

▪ **Entretiens individuels :**

L'objectif de ces entrevues a été de recueillir des informations sur la pratique pédagogique individuelle. Cette technique est importante car elle permet de compléter la précédente en ciblant des acteurs « clés » [Arborio *et al.*, 1999].

Les entretiens individuels et collectifs (groupes d'entretiens semi-dirigés) ont été menés selon un mode semi-directif, c'est-à-dire conduit de façon que soient abordés tous les points consignés à l'avance dans un guide/une grille d'entretien et cela afin d'être systématique, de recueillir plus largement les données et d'intégrer éventuellement un aspect que n'avaient

pas prévu les auteurs du projet. Ces entretiens ont fait partiellement l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription écrite afin de faire une analyse de contenu individuel et collectif (transversale). Ils ont été menés depuis le début par les mêmes enquêteurs.

- **Descriptions narratives :**

La description la plus précise, sous forme de verbes d'actions, des activités quotidiennes des agents de santé par l'agent de santé lui-même est une modalité de récolte de données particulièrement pertinente dans ce cas où l'on travaille le référentiel de compétences de ces mêmes agents. C'est ensuite à partir d'un décodage des niveaux d'observabilité de ces verbes d'actions qu'il sera possible de procéder à l'énoncé des compétences et capacités du profil de fonction envisagé.

- **Observation :**

L'observation des pratiques en classe ou sur les terrains de stages pose un problème délicat, en particulier sur le plan méthodologique car il nécessite des choix [Postic *et al.*, 1994 ; Wenner, 2001]. Ces choix ont un effet sur le type d'informations recueillies. En effet l'observation, c'est à la fois décrire et interpréter : on ne peut donc éviter un débat sur l'objectivité et la subjectivité de telles méthodes (notons qu'il en est de même des approches et méthodes quantitatives qui « bénéficient » trop souvent d'un manque de réflexions similaires). L'observation s'est centrée sur l'exploration des différentes composantes pédagogiques au sein des classes : l'organisation de l'enseignement, les méthodes pédagogiques, l'observation et l'analyse des situations d'enseignement-apprentissage (organisation physique de la classe, comportement des enseignants, comportement des élèves, activités d'enseignement, etc.).

Un mode particulier de lieu d'observation : les visites de terrain

Dans le cadre du suivi du travail de recherche à Kinshasa, un certain nombre de visites de suivi au sein des terrains de stages a été effectué et les données ont été récoltées à partir d'une grille d'observation établie au préalable.

- **Les panels d'experts et la participation :**

On considère dans cette recherche le processus participatif comme un lieu de rencontre d'experts de terrain et un lieu de récolte et de validation de données. La définition sociologique de la participation est la suivante : "un engagement personnel dans le groupe contribuant à multiplier les interactions dans celui-ci" [Garant, 2002]. Dans nos sociétés occidentales, c'est la participation citoyenne, non exclusivement réduite au simple exercice du droit de vote, qui est mise en exergue pour pallier à différents problèmes de société [Crozier, 2000]. Les psychologues ajoutent cependant que cette participation n'est ni automatique ni spontanée et qu'elle "doit être comprise comme un système de comportements collectifs hétérogènes qui renvoie à des perceptions, des représentations et des pratiques différentes" [Yach, 2005]. Cette implication concrète des citoyens dans l'élaboration de la décision à différents niveaux est à la base de l'initiation de la participation communautaire dans le cadre des appuis aux systèmes de santé des pays économiquement pauvres. Elle est la clé de voûte des soins de santé primaires et une priorité des projets de coopération internationale. Cependant dans la plupart de ces projets, il est difficile d'envisager ce concept de participation en dehors de la seule "participation communautaire" [Piette, 1990].

Dans le cadre de projets de recherche action, des ateliers participatifs entre tous les niveaux en charge des ressources humaines en santé ont été à la base du processus et de l'élaboration des curriculums de formation. Cette notion de « participation » sera reprise et

détaillée systématiquement comme processus méthodologique nécessaire à travers tous les résultats de cette recherche.

Par ailleurs, il est fait appel également à des panels d'experts, en plus des ateliers participatifs, au moment des rencontres des comités pédagogiques et des comités de suivi scientifiques. Le RESI peut aussi être considéré au même niveau en tant que réseau d'échanges entre experts sur le sujet de l'approche par compétences et de la santé.

6.2.3. Les enquêtes quantitatives au sein des écoles et organisations partenaires du projet

Une série d'enquêtes par questionnaires a été effectuée pour les différents publics cibles du projet en République Démocratique du Congo. L'objectif principal a été d'étudier les comportements et facteurs éducationnels sous-tendant les comportements pédagogiques (enseignants et apprenants).

Variables récoltées :

Chez les enseignants :

- les pratiques et connaissances pédagogiques ;
- les méthodes pédagogiques utilisées ;
- les méthodes évaluatives ;
- les façons de donner les exposés théoriques ;
- les supports de cours utilisés ;
- les stratégies d'intégration et d'autonomisation des apprenants ;
- la motivation aux changements.

Chez les élèves :

- les pratiques d'apprentissage ;
- l'implication des élèves dans les cours ;
- les motivations liées à l'apprentissage ;
- les moyens disponibles ou accessibles pour renforcer l'apprentissage ;
- l'environnement social et familial de l'apprentissage.

Taille des échantillons :

L'enquête auprès des enseignants a touché 60 personnes. Ce sont principalement les enseignants «à temps plein » des 3 instituts visés par la recherche. En effet, 20 % de l'échantillon renvoie à des enseignants à temps partiel, c'est-à-dire ayant leur principale activité professionnelle en dehors de l'école (le plus souvent au niveau de l'hôpital).

L'enquête auprès des élèves concerne tous les élèves qui commencent leur formation d'infirmier(ère) en 2002 dans les 3 écoles du projet. Cela représente 250 élèves.

Administration de l'enquête :

Les enquêtes ont été administrées au sein des 3 écoles du projet. Les enseignants et les élèves ont été systématiquement encadrés par le responsable de l'enquête lors de l'administration du questionnaire.

La récolte de données s'est déroulée en 2 temps auprès des mêmes personnes :

- T0 : avant le démarrage de l'intervention en septembre 2002
- T1 : 12 mois après le démarrage de l'intervention en septembre 2003.

7. POINT DE VUE ÉPISTÉMOLOGIQUE

Le fait de favoriser l'analyse factuelle (utilisation de l'évidence épidémiologique) dans les décisions en santé individuelle (EBM, Evidence Base Médecine) et collective peut oblitérer la vision essentiellement subjective des faits. Sackett ne s'y trompe pas en insistant sur les 50% que représente l'utilisation de l'évidence dans la décision clinique [Sackett, 1997]. Les autres 50 % sont liés à la connaissance subjective de l'individu (environnement social et familial, capacité propre et perception etc.)

Néanmoins l'approche quantitative et statistique des faits a sa raison d'être pour aider à l'analyse de situations et à la prise de décision (diminuer le risque de prendre une mauvaise décision, diminuer l'incertitude quant à la qualité des résultats) et cela au même titre qu'une approche qualitative, psychosociologique et économique. Il s'agit en effet de prendre en considération les différentes approches du risque dans la décision [Coppieters *et al.*, 2004 ; Elwyn *et al.*, 2005].

Par un transfert de ce constat épistémologique pour la décision en santé au choix épistémologique envisagé dans le cadre de ce travail de recherche en enseignement en sciences de la santé, il apparaît que :

- l'approche statistique représente un outil quantitatif au service des autres approches qualitatives d'observation des systèmes et variables en relation ;
- il ne s'agit pas de relations de causalité (basées sur une argumentation épidémiologique à 7 niveaux) mais d'inférence contextuelle et dépendante des niveaux d'analyse définie (micro, méso et macro) ;
- le choix épistémologique correspond bien à ce que Vincent Dupriez [Dupriez, 2002] définit dans son alternative d'une épistémologie constructiviste : "le chercheur constructiviste veille surtout à produire de l'intelligibilité, c'est à dire à proposer une interprétation cohérente de faits observés dans leur environnement spécifique". On reprendra également à Vincent Dupriez ces deux autres références : "Koenig pour la recherche sur les organisations ou Huberman et Miles [Lefevre *et al.*, 2002] pour la recherche en éducation qui revendiquent l'intérêt d'un certain "oecuménisme méthodologique" et la complémentarité entre des approches quantitatives et qualitatives".

Ce choix épistémologique et donc méthodologique doit évidemment être en cohérence avec la finalité du travail de recherche [Verhaegen *et al.*, 2004]. Il s'agit d'appliquer au processus même de la recherche une vision globale permettant d'intégrer les différentes lectures possibles des relations entre événements.

Le cadre conceptuel d'analyse en référence au modèle de Green semble respecter ce choix épistémologique :

- les différentes dimensions / lectures / approches s'y retrouvent : psychologique, pédagogique, sociologique, épidémiologique et institutionnelle ;
- les possibilités de situer les hypothèses avec précision bien qu'elles soient loin d'être toujours quantifiables.

L'analyse comparée en éducation sera également une méthode à favoriser, notamment par l'existence d'un certain nombre de terrains de recherche :

- la République Démocratique du Congo avec la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement infirmier basée sur une approche par compétences ;
- le Rwanda avec le démarrage d'une réflexion similaire de réforme institutionnelle basée sur une pédagogie de l'intégration ;
- le Sénégal avec l'élaboration des profils de compétences de certains agents de santé du district de santé dans la région médicale de Diourbel ;

- la Belgique avec une longue expérience de mise en œuvre de l'approche par compétences dans la formation clinique à l'Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI) ;
- le RESI avec les échanges de pratiques entre formateurs et administrateurs de la fonction infirmière.

C'est la documentation des concepts d'actions, des processus et des résultats en terme de qualité des produits qui sera au maximum valorisée afin de renforcer les moyens et outils favorables aux transferts de savoirs dans des contextes de grandes complexités.

RÉFÉRENCES

1. Arborio AM., Fournier P. (1999). L'enquête et ses méthodes : l'observation directe. Nathan, Paris.
2. ARE@ Santé. (2003). Réseau francophone de pratiques en pédagogies actives et à l'utilisation des TICE dans l'Enseignement en Santé" - Le Projet RESI - (Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières), AREA Santé, Bruxelles.
3. Arendt. H. (2003). Responsabilité et jugement. Payot, Paris, 316p.
4. Banque Mondiale. (2005). Le système éducatif de la République Démocratique du Congo : priorités et alternatives. Région Afrique Banque Mondiale, 164 p.
5. Barth BM. (1993). Le savoir en construction : Former à une pédagogie de la compréhension. Retz, Paris, 208 p.
6. Biley F.C., Smith K.L. (1999). Following the forsaken: a procedural description of a problem-based learning program in a school of nursing studies. *Nursing and Health Sciences*; 1: 93-102.
7. Blum RW. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Adolesc Health.*; 22(5):368-75.
8. Bourgeois E. (1996). L'adulte en formation, regards pluriels. Perspectives en éducation. De Boeck, Bruxelles.
9. Commonwealth Regional Health Community Secretariat for ECSA. (1999). Strategic plan 1999-2004; Strengthening the regional platform for addressing health challenges in ECSA. CRHCS, Arusha.
10. Coopération Technique Belge. (2003). Appui à la Région médicale de Diourbel – ARMD Phase II. CTB/BTC, Bruxelles.
11. Coppieters Y. (2003). La prise de conscience des risques chez les jeunes : exemple de l'asthme professionnel. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique. Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, LB. D/2003/Yves Coppieters, Bruxelles, 204p.
12. Coppieters Y., Parent F., Lagasse R., Piette D. (2004). Évaluation des risques, une approche pluridisciplinaire en santé publique. *Environnement, Risques & Santé* ; 3, 45-52.
13. Cowan S. (1998). The approach to learning of student nurses in Republic of Ireland and Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*; 28: 899-910.
14. Crozier M. (2000). A quoi sert la sociologie des organisations ? Théorie, culture et société (Tome 1). Seli Arslan, Paris, 288p.
15. Crozier M. (2000). A quoi sert la sociologie des organisations ? Vers un nouveau raisonnement pour l'action (Tome 2). Seli Arslan, Paris, 352p.
16. Direction de l'Enseignement Secondaire Général du Rwanda. (2003). Politique sous-sectorielle de l'enseignement secondaire. Premier draft écrit par la Direction de l'Enseignement Secondaire Général, Technique et Professionnel de Kigali, Kigali.
17. Dupriez V. (2002). La régulation dans les établissements et les systèmes scolaires .Analyse du cadre institutionnel et des écoles d'enseignement secondaire en Belgique francophone. Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve.
18. Elwyn G, Corrigan JM. (2005). The patient safety story. *BMJ*; 6; 331(7512):302-4.
19. European Commission. (2005). EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries. Communication from the Commission to the council and the European Parliament.
20. Evans RG., Barer ML., Marmor TR. (1996). Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 359p.
21. Fromageot A., Coppieters Y., Parent F., Lagasse R. (2005). Epidémiologie et géographie : une interdisciplinarité à développer pour l'analyse des relations entre santé et environnement. *Environnement Risques & Santé*; 4(6) : 395-403.
22. Garant M., Grootaers D., Tilman F. (2002). La participation des acteurs dans l'institution, chemin de démocratie et d'équité (chapitre 9) ? In Peter Lang (eds) La participation des acteurs dans l'institution, chemin de démocratie et d'équité ? La pédagogie émancipatrice, Bruxelles/Bern : Peter Lang, Bruxelles, p 165-178.
23. Global Health Trust. (2003). Human resources for health and development. A joint learning initiative. www.globalhealthtrust.org
24. Goleman D., Boyatzis R. (2002). L'intelligence émotionnelle au travail. Village Mondial, Paris, 320 p.

25. Gonjé L. (2004). La santé au Tchad : Un secteur prioritaire soumis à de rudes épreuves. Tchad et Culture; 231.
26. Green LW., Kreuter MW. (1999). Health promotion planning. An educational and ecological approach. Mayfield Publishing Company, London (3rd edition), 621p.
27. Gouvernement du Rwanda. (2003). Plan stratégique du secteur de l'éducation 2004-2008. Ministère de l'Education, de la Science, de la Technologie et de la Recherche Scientifique, Kigali, 117p.
28. Gouvernement du Rwanda. (200). Health Sector strategic plan 2005-2009. Kigali, 75p.
29. Godos D., Tonglet R. (2002). Developing a coherent functional sanitary setting in sub-Saharan African cities: proof of the health district. Trop Med Int Health.; 7(11):977-92.
30. Guilbert JJ. (1998). Guide pédagogique pour les personnels de santé. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
31. ISEI (Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, Bruxelles). (2005). Référentiel de compétences Bachelier en Soins Infirmiers, Bruxelles, 12p.
32. Lee D. (1996). The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. Journal of Advanced Nursing; 23: 1127-34.
33. Krueger RA., Casey MA. (1998). Focus groups. A practical guide for applied research. Sage Publications, Thousand Oaks, 215p.
34. Le Boterf G. (2002). Ingénierie et évaluation des compétences. Ed. d'Organisation, Paris, 563p.
35. Lefevre P, Suremain CE. (2002). Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ? *Cahiers Santé*; 12(1) : 77-85.
36. Lemenu D., Darras E., Parmentier P. (2000). Enseigner ou apprendre des compétences". Analyse des pratiques d'apprentissages de compétences à l'Institut Supérieur de Soins Infirmier. Rapport de recherche, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
37. Levêque, A. (2001). Traumatisme et épidémiologie, un cadre de réflexion, une approche globale, un rôle central pour l'épidémiologie. Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles. D/2002/Alain Levêque, Bruxelles, 217p.
38. Lewis M. (2006). Governance and Corruption in Public Health Care Systems. Center for Global Development, Working Paper Number 78, 59p.
39. Martens V., Parent F., et al. (2005). Stratégies concertées du secteur de la prévention du SIDA et des IST en Communauté française. Observatoire du Sida et des Sexualités, Bruxelles, 18p.
40. Mawn B., Reece S.M. (2000). Reconfiguring a curriculum for the new millennium: the process of change. Journal of Nurse Education; 39: 1001-8.
41. Ministère de la Santé de la République du Burundi. (2004). Stratégie nationale de communication pour le changement de comportement en matière de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Burundi. Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte. Bujumbura.
42. Ministère de la Santé de République Démocratique du Congo. (2005). Liste des programmes verticaux. Kinshasa, 2p.
43. Ministère de la Santé du Rwanda. (2005). Curriculum de formation des infirmières en VIH/SIDA. Kigali.
44. Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel. (2004). Rapport National de la République Démocratique du Congo. République Démocratique du Congo, Kinshasa, 12p.
45. Ministère de la Santé de République Démocratique du Congo. (2005). Stratégie de renforcement du système de santé. Ministère de la Santé, Secrétariat Général, République Démocratique du Congo, Kinshasa, 24p.
46. Parent F. (1996). Programme nutritionnel dans le cadre d'une prise en charge intégrée de l'enfant au Mayo-Kebbi. *N'Djamena Hebdo*;251:10.
47. Parent F. (2001). Dossier d'instruction "renforcement de la formation de base pour infirmier(e)s des Instituts Techniques Médicaux (ITM) et des Instituts d'Enseignement Médicaux (IEM) par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication à Kinshasa en République Démocratique du Congo (RDC)". APEFE / ARE@ Santé, Bruxelles.
48. Parent F. (2002). Dossier d'identification du projet "Appui aux écoles de Sciences Infirmières du Rwanda". Coopération Technique Belge / HERA, Bruxelles.
49. Postic M., De Ketele J.M. (1994). Typologie de l'observation. L'observation systématique. L'observation expérientielle. Champs d'application de l'observation. PUF, Paris, (pp. 47-78).

50. Proulx M., Potvin L., Lehoux P., Gariépy E., Tremblay M. (1999). L'action structurante de l'utilisation d'un modèle pour la planification de programmes en promotion de la santé. *Canadian Journal of Public Health*; 90 (1) : 23-6.
51. Roegiers X. (2000). Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. De Boeck Université, Paris-Bruxelles.
52. Rowe AK., de Savigny D., Lanata CF., Victora CG. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resources settings? *Lancet* ; 366 :1026-35.
53. Sackett DL., Richardson WS., Rosenberg W., Haynes RB. (1997). Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM. Churchill Livingstone, London, 249p.
54. Tornquist E (1997). *Nursing practice around the world*. World Health Organization, Geneva.
55. Travis P., Bennett S., Haines A., Pang T., Bhutta Z., Hyder AA., Pielemeier NR., Evans T. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millenium Development Goals. *Lancet*; 364:900-6.
56. University of Natal. (2005). Guidelines for a basic nursing and midwifery curriculum for the African region of the World Health Organization. University of Natal, Durban.
57. Van Lerberghe W. (2000). Réforme et politiques de santé. CIPS / MCD 2000-2001, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, 358p.
58. Verhaegen J-C., Wolfs J.L., Simon X., Compère D. (2004). Pratiquer l'épistémologie. De Boeck, Bruxelles.
59. Vermersch P. (1994). L'entretien d'explication. Collection pédagogies, ESF, Paris, 221p.
60. Wenner M. (2001). Sociologie et culture infirmière. Pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles. Seli Arslan, Paris, 224p.
61. World Health Assembly. (1992). Strengthening of Nursing and Midwifery in support of strategies for Health for All. WHA Resolution 45.5. Geneva, World Health Organization.
62. Yach D. (2005). Globalization and Health: Exploring the opportunities and constraints for health arising from globalization. *Globalization and Health*;1:2.