

PARTIE II.

POSER LA PROBLÉMATIQUE

PARTIE II. POSER LA PROBLEMATIQUE

« Cela dit, en quoi consiste ce travail de dévoilement : mettre au jour – c'était une des intentions traditionnelles de la philosophie – des choses que, d'une certaine façon, tout le monde sait, mais qui se situent à un niveau de profondeur où on ne va plus chercher. »

Pierre Bourdieu [2004]

INTRODUCTION ET CADRAGE

La première partie est centrée d'une part sur l'origine de la recherche et d'autre part sur les aspects relatifs aux outils et méthodes de recherche. Cette deuxième partie nous amène dans le vif du sujet : l'organisation de santé et ses ressources humaines. C'est à partir de l'analyse de situation du district de santé qu'il est possible d'envisager les perspectives professionnelles attendues. Nous commençons cette partie par un débat ouvert sur le concept de district de santé.

Dans la mesure où le district de santé peut être considéré comme une nécessité organisationnelle basée sur un rationnel argumenté, il peut servir de référence pour un modèle d'organisation de nombreuses activités de santé. Néanmoins, il est tout aussi important de considérer ce district et le système de santé dont il fait partie comme une seule vision d'une organisation centrée sur ses professionnels et ses problèmes médicaux exclusivement. L'élargissement des questions médicales à des problèmes de santé et de bien-être des populations fait en revanche apparaître le côté réducteur d'une organisation de santé basée sur la définition simple d'un seul système [Segall, 2003 ; Porignon, 2003]. Une approche systémique des problèmes de santé au sens large des communautés entraîne nécessairement une vision multisystémique des organisations pour y répondre [Weinberg, 1992].

Le district de santé peut être considéré à la fois comme un concept purement théorique et comme un outil pratique et nécessaire de rationalisation. C'est la compréhension de cette double vision qui doit permettre d'appréhender l'organisation de santé dans toutes ses limites.

On peut se questionner sur les arguments permettant de défendre le point de vue d'un rationnel nécessaire. Ces arguments sont multiples et sont ceux, plus transversaux, des organisations et des systèmes en général. Pourquoi organiser les soins et services médicaux dans un système de santé ? Quelle est l'histoire des organisations de santé dans les contextes du sud ? Pourquoi n'existe-t-il pas le même type d'organisation dans les contextes du nord et quelles sont les différences des organisations de santé entre le nord et le sud ?

Si on part de la définition des problèmes médicaux, un système de santé aura plus ou moins de facilités à définir une structure relativement rationnelle au regard du niveau technique de la prise en charge médicale. En élargissant la définition des problèmes de santé auxquels un système doit faire face, les limites d'un tel rationnel apparaissent rapidement. Ce ne sont pas les seuls acteurs médicaux concernés, ni le niveau ou le plateau technique qui vont répondre avec efficacité aux problèmes [Parent *et al.*, 2003].

On voit ainsi apparaître une sorte de corrélation entre une approche globale de l'individu et des communautés qu'un soignant est amené à considérer, et une approche systémique des

problèmes de santé d'un individu ou d'une communauté auxquels une organisation de santé doit faire face. Dans les deux cas, l'organisation de la formation médicale et celle du système de santé ne sont pas adéquates. Elles sont réductrices.

Il est utile, dans la révision des cursus de santé en vue de réformes basées sur des approches plus ouvertes et orientées sur les tâches réellement effectuées par les soignants, de considérer également la nécessaire ouverture du système de santé lui-même. Dans la ligne des analyses des systèmes complexes [Bonami *et al.*, 1996], le système de santé en est bien un. On ne peut le simplifier à outrance dans un rationnel ciblé sur des problèmes médicaux. Il est soit nécessaire de le définir comme tel, soit utile de le décoder dans sa complexité nouvelle, celle des problèmes de santé, de bien-être et de ses communautés, elles aussi multiples [Pineault *et al.*, 1995].

Le maintien du système de santé dans un rationnel réducteur mais bien déterminé peut également être appréhendé dans une approche intersectorielle qui définit les visions de ses actions à travers des champs aussi divers que ceux des sciences humaines et sociales. L'action est alors nécessairement coordonnée à d'autres niveaux plus « méta » du système afin d'assurer une vision systémique des problèmes. A titre d'exemple, on peut décrire les problèmes des ressources humaines en santé. La gestion de la formation et de la qualité des soins dépasse totalement le système de santé et seule une approche intersectorielle réelle entre planification, formation et santé peut améliorer durablement l'efficacité des formations initiales et continuées des agents.

Un autre exemple plus proche des populations est de considérer le problème de l'hygiène et des maladies transmissibles [World Bank, 2005]. Dans quelle mesure le système de santé va-t-il pouvoir faire face à des changements de comportements déterminés par des variables aussi complexes que les savoirs, les savoir faire et les représentations ? L'organisation de santé doit devenir une organisation culturelle et contextuelle très fine qui ne peut alors être standardisée selon un modèle rationnel. La flexibilité de ces adaptations peut seule provenir de ses acteurs et il est alors question d'analyser l'adéquation des formations aux différents contextes. Le champ est à nouveau intersectoriel. On ne peut envisager un seul système de santé identique pour plusieurs contextes à moins d'en accepter une certaine réduction et une nécessaire adaptation aux problèmes des contextes et de leurs populations.

Afin de documenter cet avant-propos, cette partie propose des analyses de situation, sous la forme d'un article et de trois tableaux synthétiques ou posters, de la problématique globale de la qualité des soins au sein des districts de santé et de l'approche plus spécifique des problématiques du manque d'adéquation des formations de base et continuées des professionnels de santé dans différents contextes.

Les analyses de situations sous forme systémique, présentées ci-dessous, permettent de :

- vérifier la représentativité des acteurs dans un processus de changement face à une problématique commune (dénominateur commun) ;
- corriger cette représentativité en fonction de l'évolution du changement, tout le monde ne doit pas être présent au même moment, mais chacun devrait avoir participé au processus à un moment. L'étape à privilégier est dépendante du profil de chaque acteur ou groupe d'acteur ;
- visualiser, d'une part la limite de son action et, d'autre part, les actions complémentaires ;
- favoriser la cohérence.

Au total, il s'agit d'une analyse des systèmes d'actions régulées qui devrait permettre un management, voir une planification des activités, en relation avec cette complexité. Par ailleurs, l'analyse des déterminants des comportements des acteurs confrontés dans ce système d'actions régulées devrait permettre d'élaborer des axes stratégiques cohérents pour l'action tout en visualisant les limites de cette même action.

L'élaboration des modèles PRECEDE est documentée à la fois dans l'article ci-dessous et en introduction dans chacun des tableaux synthétiques. Par ailleurs les articles 3 et 4 dans la partie trois présentent l'ensemble des étapes d'élaboration d'un modèle PRECEDE selon l'approche systémique de Green et Kreuter.

Après cette deuxième partie de la recherche, la troisième va nous amener à considérer à la fois les analyses de situation PRECEDE et leurs traductions en modèle PROCEED, dans le cadre de la mise en œuvre de l'action. L'ensemble est en interaction dans le cadre de la gestion de cycle de projet.

1. APPROCHE GLOBALE DE LA PROBLÉMATIQUE DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

1.1. A SYSTEMIC APPROACH FOR A STRATEGIC ANALYSIS OF THE HEALTH DISTRICT (ARTICLE 1)

Soumis pour publication

Florence Parent (MD, MPH)¹⁻²; Yves Coppieters (MD, PhD)¹⁻² ; Danielle Piette (MPH, PhD)¹

¹ *Department of Epidemiology and Health Promotion, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles (ULB), Brussels, Belgium.*

² *ARE@ Santé (Association pour le Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé), Brussels, Belgium.*

Abstract

The health district is an entity, which may appear well circumscribed and clearly identifiable. Nevertheless, when analysing the medical, economical, organisational aspects, numerous elements and levels of analysis can be totally ignored. L.Green's systemic model (PRECEDE-PROCEED) is usually applied for the analysis of situations in health promotion. However, it gives also a relevant answer to the need of obtaining a common vision on expected change and on interrelated factors and determinants of individual, social and political changes in health services at district level. The results are firstly observed in the process itself, which is in the building up of models in each context using a really participating approach.

In the contextual analysis, the health district is made up of 19 groups of different actors, each of them having different behaviours, favourable or not, to the improvement of the global well being in their work settings. In each identified group, educational and specific motivational factors related to health workers need to be discussed. The second result consists in the final model obtained by this consensual approach.

The environment plays a very significant role on the perennality of actions but it is not the only factor ensuring the durability of interventions. The number of variables studied in the institutional diagnosis shows the importance of political choices given to all actions aiming at improving the well being of all.

Key-words : health district ; systemic analysis ; primary health care ; planning ; health policy

Introduction

In the 1990s few countries in the world where important transformation of the health system has begun to ensure equity in resource allocation, have restructured the health system according to a 'district health system' (DHS) and delivered health care according to the principles of the primary health care (PHC) approach (1). The objectives set at Alma Ata would not be met unless there was a clear recognition of the necessity to create a coherent vehicle to manage the delivery of PHC (2). This recognition resulted in the development of the DHS concept that has been promoted by the World Health Organisation (WHO) (3). There is a national consensus on the principles underlying the establishment of the DHS and what the DHS should strive for. These include: overcoming fragmentation, equity, provision of comprehensive services, effectiveness, efficiency, quality, improved

access to services, local accountability and community participation, decentralisation, developmental and intersectorial approach, and sustainability (4). This policy implementation differs from one country to another. Districts are units of planning. The size of this unit is large enough in power to cover an entire health system made up of several dispensaries and one hospital, but too small for the managers to take into account some characteristics of the zone during the planning process. Nevertheless, when analysing the medical, economical and organisational aspects, numerous elements and levels of analysis are sometimes totally ignored. The consequences on action are obvious. Systemic analysis enables providing common vision to the actors of change and generally defining priority issues on which a need for action on related problems is expected (5).

This work described the PRECEDE PROCEED model of analysis (6) within the

framework of the health district. This approach respects various dimensions of individual and organisational comprehensiveness and identifies the factors and determinants, which condition the quality of care and services. This method can be useful as a tool for evaluation.

This systemic approach makes it possible to include/understand the processes and their operation through the interactions between various variables (the experimental validation of the assumptions can in particular be well represented in this type of model) (7).

The objective of this paper is to enhance the fact that a multidisciplinary and systemic approach is the basis to the understanding of interrelated actors' behaviours, quality of care and organisations at district level and to present a methodology, which may help health professionals to construct through different process (training, project, evaluation,) a relevant vision in order to ensure a global support of health district activities in their own setting.

Method

A participative process for the development of the systemic analysis

The results of the model are firstly in the process: this is the building up of models in different contexts using a participating approach and reaching a consensus. The choice has been done to present results of this process as objectives pointing out priorities. The content of this research was constructed progressively and then used as a tool for discussing priorities and impact (evaluation) in three health district contexts in Africa: Senegal, Rwanda and Democratic Republic of Congo. The participative process, which is the base to elaborate a model, was initiated through workshops and visits in the projects, starting from discussions on the actors experience to conceptualize and organize their tasks and activities. Even if each district worked out its own conceptual framework, the results of the analyses in the three contexts are presented in such a way as to allow a comparative analysis and to draw conclusions.

Presentation of the systemic model

Green's and Kreuter's systemic model (PRECEDE-PROCEED) is usually applied for the analysis of situations in health promotion (8). However, it gives also a relevant answer to

the need of obtaining a common vision on expected changes and on interrelated factors and determinants of individual, social and political changes in health services at district level.

This model allows the planning of the interventions in health promotion starting from a social and epidemiological, behavioural, environmental, educational, organisational, administrative and political diagnosis. The development of this systemic analysis model was done with the involvement of a large number of representative actors. Designing a systemic model according to Green and Kreuter proceeds itself in a double orientation: firstly, a situation analysis called PRECEDE phase ("Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation") and secondly, a strategic analysis that can go until developing a specific action framework called PROCEED phase ("Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development"). We use it in this paper only for the situation analysis of the health district.

Construction of the systemic model

The full model should necessarily analyze the educational (educational diagnosis), environmental (environmental diagnosis) and institutional (institutional diagnosis) determinants specifically in relation with each group of actors and identified behaviour. The model is composed of five diagnosis in relation with the studied problems:

- ***The diagnosis on priority problem*** : the lack of competent health professionals (adequacy issue) added to a misdistribution of them leads to a additional global problem in the quality of care provided in the nursing and obstetrical services. The analysis of the priority problem is undertaken from social and epidemiological diagnosis. The social diagnosis studies the relationship between the quality of life and the health problems. Social problems in a community are relevant indicators of quality (9). These indicators must integrate two dimensions: a quantitative axis (employment, unemployment, absenteeism, level of education, density of population, rate of criminality, segregation, housing, social services...) and a qualitative axis (answers of the population to the obstacles to improve their quality of life). The epidemiological diagnosis

allows identifying the specific problems of health. The knowledge of the epidemiological data like the incidence, the prevalence and the distribution of health problems will allow the determination of the priorities for actions.

- **The behavioural diagnosis** is the study of the relationships between the behaviours and the health problems to identify the multi-factorial causality of situations (10). The specificity of this diagnosis is the exhaustive enumeration of all the direct and indirect actors in relation to the stated problems (target population, specific actors and others people). For each group of actors, an example of behaviour is presented. The list of behaviours in this model is not exhaustive. Categories are not mutually exclusive; behaviours are formulated as far as possible in the form of problems.

- **The environmental diagnosis** is the complement of the behavioural diagnosis. Some factors related to the environment (physical and social environments) must be required. This diagnosis allows the recognition of factors linked to the environment and directly causing the epidemiological and social diagnosis.

- **The educational diagnosis** shows the behaviours according to their causes: the determinants in relation to the identified behaviours. This diagnosis is carried out at several levels in relation with all groups of considered actors. All these determinants are classified in three categories: the predisposing factors (knowledge, attitudes, {values, perceptions, beliefs, representations, intention}), the enabling factors (personal, social and community, skills), and the reinforcing factors (feedback received or anticipated by the person from significant others in the community related to the adapted behaviour).

- **The political and administrative diagnosis** is the data analysis of the administrative,

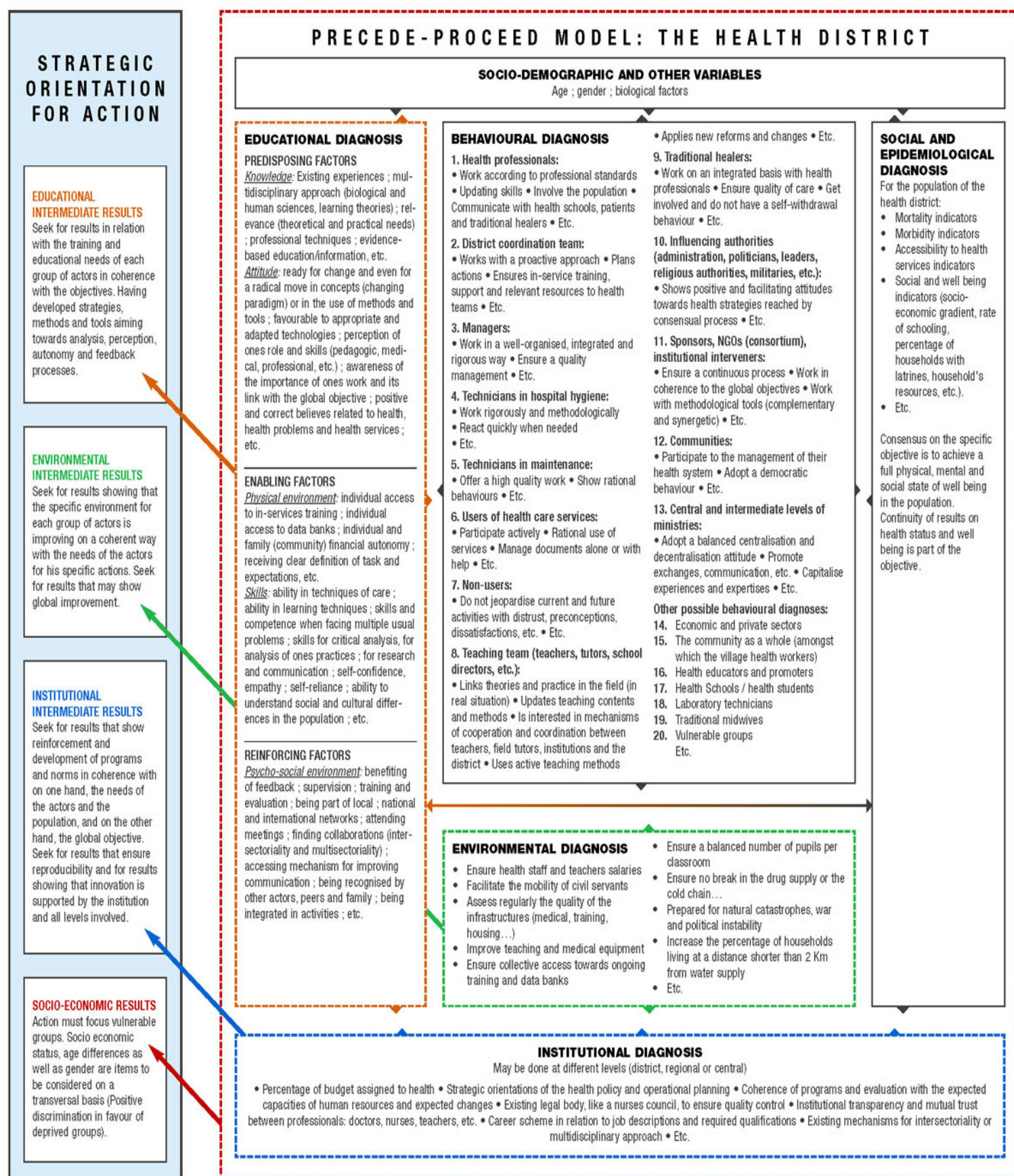
institutional, organisational context, which influence the installation of a program in relation to the analyzed problems.

Results

The experiences in 3 countries show that, the priority problem is the quality of care and the lack of global health approach for their populations. The actors of the health districts in the three projects recommend a global vision of health: a state of complete physical, mental and social well being in the community (11). The explanation of the problems requires more precise elements. The epidemiological and social diagnosis brings us to specify the problems in the fields of accessibility, quality of care services and the environment. The health actors wanted to work on widened objectives of well being of the populations, as shown by a structured communitarian approach. The problems of schooling, the financial autonomy of the poorest members of the community, the access to water and sanitation are the first quoted essential objectives. Each district documented its specific problems starting from its social and epidemiological data: mortality, morbidity, accessibility to health services, social and well being indicators ...

The behavioural analysis shows that the health district is made up of 19 groups of different actors and stakeholders, each of them having different behaviours, favourable or not, to the improvement of global well being in their work of life settings. The identified targeted public is "the health professional". He develops various negative behaviours in relation to the quality of care. Figure 1 presents the systemic model and the analysis of each diagnosis.

Figure 1. The systemic analysis of the health district



The specific analyses of each district show various needed behaviours of health professionals: working accordingly to professional standards (to rationalize therapeutics, to use guidelines, to integrate education, promotion and prevention, to improve techniques of care); to be able to develop the capacity of communication; to involve the population; to be able to establish links between practice and theory; to communicate with patients, health teachers and traditional healers. The health professional must thus acquire these behaviours in order to improve the quality of care in his district.

The direct and indirect actors are then identified: the district health management team, the technicians in hospital hygiene and in maintenance, the users (and non-users) of health care services, the teaching team, the traditional healers, the NGOs, the communities, the ministries, etc. Figure 1 presents some behavioural determinants for these groups of actors.

In the different contexts, geopolitical and socio-economic factors head the list in the environmental diagnosis, along with the inaccessibility of the health structures. When taking a constructive approach without denying reality, it is necessary to focus the diagnosis on problem of the health quality: the medical equipment, the “cold chain”, the access towards ongoing training and data banks, etc.

In the educational diagnosis, the results show that it is relatively easy to separate the educational determinants from one other in order to facilitate subsequent understanding of the strategic action to be taken. The “predisposing factors”, that is knowledge, experience, attitudes, perceptions, values, beliefs and representations have a key place in relation to the behaviours of the actors. The other important result is to be able to visualise the place of the representations in a conceptual framework that will also be used for understanding and planning actions.

The “enabling factors” in terms of actual competences (skills, know-how, abilities to perform a behaviour) are too often disregarded and underestimated in interventions. Few analyses and means are devoted to the enabling factors in terms of development of effective competences (ability, know-how, knowledge-to be). It is also necessary to highlight the

reinforcing factors and the needs of communication, exchanges and networks.

The “reinforcing factors”, which are sometimes also referred to as “facilitating factors”, are the set of determinants acting upon the positive feedback loops. These factors can be anticipated.

In each context, it is important to identify the variations in the institutional diagnosis. In certain districts, the activities are not directly dependent on a reproducible institutional support. The principal determinants are for example: the proportion of resources assigned to the health system, the health policy and central decisions, the institutional transparency, the career schemes for health professionals, etc.

The analysis is always supplemented by the enumeration of the socio-demographical variables (and others factors) to describe each specific population with references to distribution, composition, structure, sex ratio, etc.

Discussion

Over the last years, the decentralisation of the administration in most sectors has been declared reform policy in low-income countries (12). Quite apart from the aspect of democratisation, it is assumed that the breakdown of the national health sector into operational subunits (health districts) will boost quality of care and bring efficiency gains (13).

Quality of care and services offered by a health system is in relation to a certain number of interdependent factors, which is difficult to analyse separately. These factors are particularly the means injected into the health system, the PHC and decentralisation, the quality of the infrastructure and equipment, the quality and accessibility of care and services, the human resources, etc. One crucial factor is the quality of the new regulations and instruments of decentralised administration (i.e. their scope and effectiveness). Another is the speed of implementation in terms of the requisite human resources and their ability to perform their new tasks competently and reliably (14).

One of the entrance doors selected in terms of measurable health issues is the access to care and services and, more particularly, the

acceptability by the population of their responsibility in the health system. Meanwhile, in many contexts of Africa, credibility and confidence of the population in the health care professionals are low or non-existent (15). This situation still induces consultations to traditional healers and even a reduction in attending health centres and peripheral hospitals, an overload in tertiary health level. These dysfunctions have significant human and financial costs. This lack of credibility and confidence is mainly due to health care professionals' lack of competences and capacities to coop with traditional knowledge, care and prevention. A planning based on a systemic and sociological approach meets the needs of analyses of actions in coherence with the global approach of the understanding of primary health care, in comparison with the selective primary health care. The systemic analysis may be applied as usual for and by each group of actors and should be for each behaviour separately (16). The relevance of applying firstly the model to the whole system is to ensure a global and consensual vision.

A first step is to construct this kind of global model so as to identify, firstly the common objective (social and epidemiological diagnosis), secondly the numerous actors and their interrelations, thirdly the main strategies for action as well as the possible threats to changes.

A second step is to define possible additional actors and stakeholders for actions. The model gives a strategic vision for change by focussing:

- on the chosen actors and their changes in behaviour
- on the determinants of these behaviours
- on the links between variables (actors' behaviours, environmental factors, educational determinants and institutional variables)
- on the need for a global and coherent strategy for any group of actor previously defined
- on intermediate results all aiming at defining a more specific objective
- on the continuity in action enhancing the role of actors, environment and institution.

This kind of construction gives the opportunity to discuss between partners the perennial in action by enhancing different diagnosis on a same conceptual level:

- educational and motivational diagnosis as a mean for individual improvement in quality of care ;
- institutional diagnosis as a mean to decide on political choices, assure reproducibility and quality control ;
- environmental diagnosis as part of the conditions for sustainability and motivation for each group of actors.

In terms of strategies for actions, the systemic approach has shown a number of variables to be considered. According to resources available for the supports to the health district, collaborative and interdisciplinary work is the lever to achieve these objectives.

In relation to different diagnoses, three strategic axes are appearing, which have an additional importance for acting globally on the identified behaviours:

- in relation to the educational diagnosis: to develop strategies, methods and tools in order to strengthen analysis, belief and autonomy and establish or reinforce constructive/positive mechanisms of feedback ; to look for results in relation to building capacities and competences identified from different groups of actors.
- in relation to the environmental diagnosis: to develop a suitable environment in adequacy with the needs in each group of actors and in coherence with actions and specific purposes of actors, project and/or issues.
- in relation to the institutional diagnosis: to strengthen coherence of the institutional framework having in vision the expected changes ; to support program implementation and standards in coherence to changes and populations needs ; to ensure institutional sustainability of action ; to establish management mechanisms for quality of care at several levels.

This type of analysis is distinguished from the "holistic" models by the fact that it does not consider that "all is in all", but that a certain number of key parameters influence the operation of the related process (17). With this process, the solutions are not those who were obvious in the beginning and the logics and motivations of actors take a more fundamental scope.

In comparison, other method (for example the Objectives-based Indicative Planning) is fully

inspired from a deterministic conception. A hierarchisation of items in the problems' tree and its translation into objective-related tree make the entire making up of logical framework. This type of model especially shows an interest in teaching, in inducing thinking, but can lead to false or partial convictions concerning complex problems (18).

In a more general way, it is advisable to stress that the recommended methods as well as logical frameworks must be used as tools for comprehension and negotiation in order to leave a real place to flexibility and involvement.

Methods like new World Bank program, Sector Wide Approach (SWAp), are carrying mechanisms of strategic planning suitable to a more rational vision of supports (19). This later exercise of planning is certainly interesting and relevant, in a very different environment from the one described in this paper. For this purpose, the public health approach, which oriented the process of systemic thinking and strategic planning in this paper, is one of equity in accessibility to health care and services.

This method is easily transferable in many contexts and depends on the real implication of the actors in the construction of their conceptual framework in relation to the clarification of their problems, defined in the framework of the model. It is the reason why we want to privilege the systemic "approach" rather than a systemic "model" and to insist on the process. Many other adaptations and uses of this approach are possible to better understand processes and effects. On an operational and research basis, a unique model for each identified group of actors is more efficient and relevant (20). Indeed, an educational diagnosis for each group of actors is essential. This methodological approach enters also in the field of problems structuring methods (21).

The systemic analysis shows the complexity of relations between all actors in the process of global improvement of quality of care. This approach shows the complexity of the problems and provides a vision to the expected changes. The systemic approach is a diagnostic tool, a planning tool for targeted action, a tool for negotiation and evaluation of processes and actions. This approach clarifies the limits of action of each actor, and at the same time aims

at giving him a global overview of the whole health district.

References

1. H. Görgen, T. Kirsch-Woik, B. Schmidt-Ehry. The District Health System. Experiences and Prospects in Africa. Manual for Public Health Practitioners. Schriftenreihe der GTZ, 276, Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Universum Verlag, Wiesbaden, 2nd edition 2004.
2. Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. Soc Sci Med. 1986;23(6):559-66.
3. Mills A, Vaughan J.P., Smith D.L., Tabitzaheh I. Health system decentralization, concepts, issues and country experience. WHO, Geneva, 1990.
4. Grodos D, Tonglet R. Developing a coherent functional sanitary setting in sub-Saharan African cities: proof of the health district. Trop Med Int Health. 2002 7(11):977-92.
5. Proulx M, Potvin L, Lehoux P, Garipey E, Tremblay M. Structuring action from using a model for planning health promotion programs. Can J Public Health. 1999;90(1):23-6.
6. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. London: Mayfield Publishing Company, 1991 (2d edition).
7. www.lgreen.net
8. Green LW, Glanz K, Hochbaum GM, Kok G, Kreuter MW, Lewis FM, Lorig K, Morisky D, Rimer BK, Rosenstock IM. Can we build on, or must we replace, the theories and models in health education? Health Educ Res. 1994;9(3):397-404.
9. DeVries H, Kok GJ. From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention program. Health Education Research 1986; 1: 85-94.
10. Thurston WE, Mackean G, Vollman A, Casebeer A, Weber M, Maloff B, Bader J. Public participation in regional health policy: a theoretical framework. Health Policy. 2005;73(3):237-52.
11. Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford Press, 2001.
12. Cassels A.. A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements ; WHO, DANIDA, EC, DFID, 1997.
13. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the

- experience from Uganda. Soc Sci Med. 2003;56(12):2433-41.
14. Jeppsson A, Okuonzi SA, Ostergren PO, Hagstrom B. Using burden of disease/cost-effectiveness as an instrument for district health planning: experiences from Uganda. Health Policy. 2004;70(3):261-70.
 15. Fawcett, S. B. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. American Journal of Community Psychology 1995; 23 (5): 677-98.
 16. Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Leveque A, Piette D. A model for analysis, systemic planning and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo: a vision for action. Hum Resour Health. 2004;2(1):16.
 17. Mintzberg H. The Rise and Fall of Strategic Planning. Free Press and Prentice-Hall International, 1994.
 18. Silimperi DR, Franco LM, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C. A framework for institutionalizing quality assurance. Int J Qual Health Care. 2002;14 S1:67-73.
 19. World Bank, Fiduciary arrangements for sector-wide approaches. 2002, Operations Policy and Country Services, World Bank. Pages: 12.
 20. Chaney JD, Hunt BP, Schulz JW. An examination using the precede model framework to establish a comprehensive program to prevent school violence. American Journal of Health Studies 2000, 16(4):199-204.
 21. Ringsted C, Henriksen AH, Skaarup AM, Van der Vleuten CP. Educational impact of in-training assessment (ITA) in postgraduate medical education: a qualitative study of an ITA programme in actual practice. Med Educ. 2004;38(7):767-77.

2. APPROCHE SPÉCIFIQUE DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA FORMATION ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

La problématique qui nous intéresse est bien celle de la qualité des soins [Jaffré *et al.*, 2003]. L'analyse de cette problématique dans son contexte d'organisation de santé en Afrique vient d'être présentée. Dans le cadre de ce travail de recherche, l'analyse systémique a nécessairement été faite dans plusieurs des contextes de recherche sur la problématique plus spécifique de la qualité des soins et de la formation. En République Démocratique du Congo et au Rwanda, c'est sur la qualité de la formation des infirmier(ère)s que l'analyse de situation s'est focalisée [Kahombo, 2003]. Au Sénégal c'est l'inadéquation générale de la formation continuée des agents de santé qui est analysée [ARE@ Santé, 2004]. Comme pour l'analyse du district de santé, c'est le modèle de Green et Kreuter, adapté à la planification stratégique et aux processus participatifs de mises en œuvre, qui est utilisé.

Les intitulés de ces analyses de situation sont les suivantes :

- Analyse systémique et synthèse stratégique de la problématique de l'inadéquation des formations des professionnels de santé avec les attentes des populations dans le cadre de la réforme de l'enseignement infirmier en République Démocratique du Congo – 2005.
- Analyse systémique et synthèse stratégique de la problématique du manque de compétences et de la mauvaise répartition des professionnels de santé infirmier(ère)s et sages femmes au Rwanda – 2005.
- Analyse systémique et synthèse stratégique de la problématique de l'inadéquation de la formation continue avec les attentes des professionnels de la santé et les besoins de la population de la région Médicale de Diourbel au Sénégal.

2.1. LA FORMATION DE BASE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Analyse systémique et synthèse stratégique de la problématique de l'inadéquation des formations des professionnels de santé avec les attentes des population dans le cadre de la réforme de l'enseignement infirmier en RDC – 2005

Direction de l'enseignement des sciences de santé,
Ministère de la santé RDC

Cellule de Recherches Educatives et de Formation continue en
Sciences de Santé (CREFFS)

Association pour Renforcement de l'Enseignement et de
l'Apprentissage en Santé (Are@Santé)

Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier
(ISEI / Haute Ecole Léonard de Vinci)

En partenariat avec
le RESI, Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières :
www.pf-resi.org

Contexte et méthodologie

La réforme du curriculum infirmier en RDC se base sur une approche pédagogique par compétences. Il est pertinent devant un tel changement d'envisager les choses dans toutes leur complexité. L'analyse systémique permet de donner une vision commune aux acteurs d'un changement et de définir ensemble la problématique prioritaire sur laquelle on veut agir et les problèmes en relation. Le choix de l'action pourra alors s'envisager de façon systémique et cohérente tout en précisant de manière ciblée les limites temporaires ou non de son action.

La construction de ce modèle d'analyse systémique (modèle de référence : Green et Kreuter) s'est faite de manière participative avec un grand nombre d'acteurs représentatifs de la réforme de l'enseignement en sciences de santé de niveau secondaire en RDC.

La construction d'un modèle systémique selon Green et Kreuter se déroule en deux temps : une analyse de situation appelée la phase PRECEDE et une vision stratégique pouvant aller jusqu'à l'élaboration d'un cadre d'action précis appelé la phase PROCEED. Une adaptation de ce modèle en provenance du monde de la promotion de la santé a été faite par Area Santé et la commission recherche de la CREFFS afin de se centrer sur l'ensemble des groupes d'acteurs dans le diagnostic comportemental. Le modèle complet doit nécessairement analyser les déterminants éducationnels (diagnostic éducationnel), environnementaux (diagnostic environnemental) et institutionnel (diagnostic institutionnel) en lien, et de manière spécifique, avec chaque groupe d'acteurs et comportement identifié. Pour des raisons de lisibilité, le choix a été de regrouper les déterminants par diagnostic pour l'ensemble des acteurs, à l'exception du diagnostic comportemental.

AXES STRATÉGIQUES POUR L'ACTION

En relation avec les divers diagnostics, on peut voir apparaître trois axes stratégiques qui ont une importance complémentaire afin d'agir de manière globale sur les comportements identifiés.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIONNEL

Développer des stratégies, méthodes et outils afin de renforcer l'analyse, la perception et l'autonomie et avoir mis en place ou renforcé des mécanismes de feedback constructifs/positifs. Rechercher des résultats en lien avec le développement des capacités et des compétences identifiées des divers groupes d'acteurs.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL

Développer un environnement adéquat aux besoins de chaque groupe d'acteurs et en cohérence aux actions et finalités spécifiques des acteurs, du projet et/ou de la problématique.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

Renforcer la cohérence du cadre institutionnel avec la vision du changement attendu. Appuyer la mise en œuvre du programme et des normes en cohérence à la réforme et aux besoins des populations. Assurer la pérennité institutionnelle de l'action. Favoriser la mise en place de mécanismes de gestion de la qualité à plusieurs niveaux.

MODÈLE PRECEDE-PROCEED

FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET AUTRES VARIABLES

ÂGE ; SEXE ; FACTEURS BIOLOGIQUES

DIAGNOSTIC ÉDUCATIONNEL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes/éléments suivants doivent être considérés. La liste n'est pas exhaustive.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS / NON PRÉDISPOSANTS :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les connaissances (savoirs), les attitudes, les valeurs et les perceptions :

- Réceptivité au changement de paradigme • Vision systémique des problématiques et de la problématique prioritaire en particulier • Attitudes par rapport à la formation continue et à l'auto formation • Pensée critique • Identités professionnelles • Attitudes par rapport à un travail/production collaboratif • Rôles pédagogiques • Représentation de l'évaluation • Représentations des rôles sociaux et identités professionnelles (rôle pédagogique) • Fausse croyances et représentations en relation avec la qualité des soins • Connaissances (des théories de l'apprentissage, des pédagogies actives, des stratégies de remédiation, des démarches qualité ou de l'utilisation de l'analyse factuelle, etc.) • Savoir être • Conscience professionnelle.

FACTEURS RENDANT CAPABLES / NON CAPABLES :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec le savoir-faire, les capacités et les habiletés techniques :

- Capacité de faire des recherches bibliographiques (en bibliothèque ou sur Internet) • Capacité de travailler en interdisciplinarité et en équipe • Compétences en pédagogies actives et en ingénierie pédagogique • Capacité de se mettre en pratiques réflexives • Esprit critique • Capacité de mener des recherches actions • Capacité d'analyser une situation de manière systémique • Capacité de développer les capacités et l'autonomie • Disponibilité pour la formation continue • Accessibilité financière individuelle (l'accessibilité financière collective est une variable du diagnostic environnemental).

FACTEURS RENFORÇANTS / DEFORÇANTS :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les mécanismes de feedback, d'échanges et d'expériences :

- Suivi pédagogique et feedback sur les pratiques enseignantes et apprenantes (projet RESI par exemple) • Motivation du corps enseignant • Ressenti d'un leadership au sein de l'établissement (Direction et/ou autre) • Travail en réseau (projet RESI par exemple) • Partenariats entre acteurs (école / terrain stage ; école / parents et apprenants) • Travail interdisciplinaire et en équipe • Vécu des apprenants (expériences comme pré requis aux pédagogies actives par exemple) • Résultats de recherches actions et publications • Exploitation de son vécu / Portfolio.

DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes/éléments suivants doivent être considérés. Le diagnostic institutionnel se fait à plusieurs niveaux en relation avec l'ensemble des groupes d'acteurs considérés (école, administration, politique, etc.) :

DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL ET ACTEURS

Pour chaque groupe d'acteurs considéré l'un ou l'autre exemple de comportement est présenté. La liste des comportements de ce modèle n'est pas exhaustive. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Par souci de cohérence, les comportements sont formulés dans la mesure du possible sous forme de problèmes.

1. Direction d'établissement de formation (préfet, proviseur et intérimaire)

- Organisent peu ou pas d'activités en faveur de la formation continue des enseignants / ramédiation • Manifestent peu de leadership • Informent peu les parents sur le fonctionnement et les projets d'établissements.

2. Enseignants / formateurs infirmiers

- Développent insuffisamment l'autonomie des élèves • Ne font pas de lien entre la théorie et la pratique • S'interrogent peu sur leurs pratiques.

3. Experts en ingénierie pédagogique (CREFFS et autres structures)

- Organisent insuffisamment de formation en pédagogies actives • Se forment insuffisamment (auto formation).

4. Encadreurs de stage relais (enseignants des écoles)

- N'aident pas les apprenants à établir le lien entre la pratique et la théorie.

5. Encadreurs de terrain de stage (hôpital et centre de santé)

- Développent insuffisamment une vision commune avec les écoles sur les objectifs de stage • N'encadrent pas suffisamment les stagiaires.

6. Bibliothécaires et documentalistes

- Ne travaillent pas suffisamment en réseau • N'archivent pas les documents.

7. Scientifiques

- Investissent peu dans la recherche-action en pédagogie et santé.

8. Apprenants

- S'interrogent peu sur leurs pratiques d'apprentissages • Ne prennent pas suffisamment d'initiatives en stage.

9. Parents d'apprenants

- Ne collaborent pas suffisamment avec la direction d'école dans le suivi des apprenants.

10. Administration centrale et provinciale en charge de l'Enseignement en Sciences de Santé

- Mettent insuffisamment à jour les programmes • Développent insuffisamment les capacités des ressources humaines.

11. Autres administrations (Ministères éducation, planification)

- Travaillent peu en intersectoriel.

12. Décideurs politiques

- Actualisent peu les lois qui régissent l'enseignement • N'assurent pas ou peu un environnement adéquat pour les divers groupes d'acteurs.

13. Corporations et syndicats professionnels

- Participent insuffisamment aux prises de décisions dans la sphère de la formation.

14. Ordre des infirmiers

- Coordonnent insuffisamment les actions • Tiennent insuffisamment compte des besoins réels et de la pérennité des actions.

15. Bailleurs de fonds, ONG et opérateurs

- Coordonnent insuffisamment leur réseau • N'assurent pas le feedback.

16. Acteurs en réseau

- Coordonnent insuffisamment leur réseau • N'assurent pas le feedback.

17. Professionnels de la santé

- N'assurent pas des soins de qualité • Se forment insuffisamment (auto formation) • N'encadrent pas suffisamment les stagiaires.

18. Acteurs du pilotage (acteurs désignés)

- N'accompagnent pas toujours les acteurs de terrain • Ne prennent pas souvent d'initiatives • Informent insuffisamment.

19. Leaders des changements (acteurs émergents)

- Utilisent insuffisamment les approches d'analyse systémique dans leur action • Travaillent peu en intersectoriel.

20. Population

- Participe peu aux actions de développements sanitaires.

DIAGNOSTIC DU PROBLÈME PRIORITAIRE

- Indicateurs de mortalité et de morbidité en RDC.

↓

- Manque de qualité des services et des prestations de soins.

↓

- Manque de confiance de la part de la population dans ses services de santé (faible acceptabilité).

↓

- Inadéquation des formations des professionnels de santé avec les compétences attendues sur le terrain.

DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes/éléments suivants doivent être considérés :

- Retards et insuffisance des salaires d'un certain nombre d'acteurs • Mauvaise distribution des professionnels de santé sur le terrain (problème dans la planification des ressources humaines en santé) • Insuffisance du nombre et de la qualité des encadreurs de stages • Écarts d'apprenants au même moment sur le terrain de stage • Mauvaise qualité ou inadéquation

des terrains de stage • Manque de matériel didactique en classe et sur le terrain de stage • Manque d'un environnement familial favorable à l'apprentissage • Faible accessibilité aux ressources documentaires physiques et virtuelles : ouvrages, articles, multimédias, index, catalogues, sites web • Faible accessibilité à l'ordinateur • Faible accessibilité à Internet • Autres.

Programme de formations initiales et continues (inadéquats aux besoins des populations, des formateurs et des professionnels de santé) • Intégration insuffisante de cours sur la recherche bibliographique et d'autres développements de capacités et excès de cours magistraux • Intersectorialité insuffisamment développée (Éducation, Santé, Recherche...) • Application des normes de visibilité pour les écoles insuffisantes • Application des normes de visibilité de terrain de stage insuffisantes • Normes d'implantation

des Centres de Santé non respectées • Absence de projets d'école • Manque de valorisation de logiques de type Portfolio • Normes de recrutement non respectées • Ratio apprenants/classe non respecté • Ratio apprenants/encadreurs de stage non respecté • Règlement intérieur d'écoles insuffisamment appliqué • Absence d'un ordre des infirmières structurés et visible • Manque d'organisation de gestion de la qualité des ressources humaines en santé (secteur Éducation, Santé et Planification).

Discussion

L'élaboration d'un cadre systémique de référence commun entre acteurs d'un changement est une étape importante pour la mise en place de nouveaux projets ou programmes. Au niveau du projet, l'action est mieux cernée sans être réduite. Au niveau managérial, la gestion d'équipe est favorisée par une vision commune. Enfin, au niveau individuel, l'analyse systémique est transférable à tous problèmes rencontrés et devient un outil de gestion quotidien personnel.

Contact

Direction de l'enseignement des sciences de santé,
Ministère de la santé
Avenue de la Justice 36,
Gombe, Kinshasa
République Démocratique du Congo

www.minisanterdc.cd

Cellule de Recherches Educatives et de Formation continue en Sciences de Santé (CREFFS)
Avenue Pozo A5, Matonge
Commune Kalumu, Kinshasa,
République Démocratique du Congo

www.areasante.org

Association pour Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé (Are@Santé)
Boulevard Léopold II, 128
B-1080 Bruxelles, Belgique

www.areasante.org

Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI / Haute Ecole Léonard de Vinci)
Clos Chapelle-aux-Champs, 41
bte 3960
B-1200 Bruxelles, Belgique

www.isei.be

2.2. LA FORMATION DE BASE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU RWANDA

Analyse systémique et synthèse stratégique de la problématique du manque de compétences et de la mauvaise répartition des professionnels de santé infirmier(ère)s et sages femmes au Rwanda - 2005

REPUBLIQUE DU RWANDA
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Unité de la Promotion de la Profession Infirmière

APEFE
Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger

CTB / BTC
Coopération Technique Belge

AREA Santé
Association pour Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé • www.areasante.org

En partenariat avec le RESI,
Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières:
www.pf-resi.org

Contexte et méthodologie

La construction de ce modèle d'analyse systémique s'est faite de manière participative avec un grand nombre d'acteurs représentatifs de l'enseignement et de la profession infirmière au Rwanda. L'analyse systémique permet de donner une vision commune aux acteurs d'un changement et de définir ensemble la problématique prioritaire sur laquelle on veut agir et les problèmes en relation. Le choix de l'action pourra alors s'envisager de façon systémique et cohérente tout en précisant de manière ciblée les limites temporaires ou

non de son action. La construction d'un modèle systémique selon Green et Kreuter se déroule en deux temps : une analyse de situation appelée la phase PRECEDE et une analyse stratégique pouvant aller jusqu'à l'élaboration d'un cadre d'action précis appelé la phase PROCEED. Le modèle complet doit nécessairement analyser les déterminants éducationnels (diagnostic éducationnel), environnementaux (diagnostic environnemental) et institutionnels (diagnostic institutionnel) en lien, et de manière spécifique, avec chaque groupe d'acteurs et comportement identifié.

MODÈLE PRECEDE - PROCEED

FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

ÂGE ; SEXE

DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes / éléments suivants doivent être considérés. La liste n'est pas exhaustive.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS :

- Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les connaissances (savoirs), les attitudes, les valeurs et les perceptions :
- Besoin de formation des professionnels de santé
- Manque de connaissance en VIH/SIDA et en santé reproductive
- Absence de connaissance de leur rôle de formateur
- Attitude peu favorable à l'encadrement des stagiaires
- Faiblesse voire absence de connaissances des méthodes pour l'encadrement des stagiaires
- Manque de confiance par rapport à leur rôle
- Connaissances superficielles en sciences infirmières en général
- Insuffisance de connaissances sur d'autres méthodes pédagogiques
- Peu de conscience quant à la finalité de la formation infirmière pour les directeurs non-infirmiers
- Faible conscience professionnelle
- Attitude peu favorable à la formation
- Manque de connaissance sur le cadre juridique de l'éducation
- Beaucoup de fausses croyances de la part de la population.

FACTEURS RENDANT CAPABLES :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec le savoir-faire, les capacités et les habilités techniques :

- Manque de capacité d'intégration des acquis malgré, parfois, beaucoup de connaissances
- Manque d'autonomie
- Insuffisance de capacité d'organisation et de planification d'un cours ou d'une séance
- Manque d'appropriation des changements
- Manque de capacité d'intégrer les acquis dans des situations d'enseignements pratiques
- Insuffisance de compétence pédagogique
- Manque de formation des éducateurs qualifiés
- Le patient ne s'implique pas dans sa prise en charge
- Manque de capacité de planifier leur trajectoire de vie relativement à leur choix d'étude
- Manque de capacité de se concentrer
- Manque d'information et de communication afin de s'intégrer dans les plans stratégiques
- Manque d'accès à la formation dans les diverses spécialisations relatives aux sciences infirmières
- Manque de capacités managériales
- Insuffisance de savoir-faire en Santé Reproductive
- Insuffisance d'habileté et de savoir-faire des apprenants.

FACTEURS RENFORÇANTS :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les mécanismes de feed-back, d'échanges et d'expériences :

- Manque de maturité
- Manque de confiance (self-esteem)
- Problème d'insuffisance salariale
- Problème de motivation socio-économique vis-à-vis des conditions de travail
- Manque de supervision / suivi de ces activités
- Manque d'encouragement pour les enseignants
- Absence de suivi évaluation des enseignements
- Pas suffisamment de suivi évaluation des programmes des écoles
- Manque de travail en réseau et d'échanges sur les pratiques enseignantes, apprenantes, de soins et de services
- Enseignement statique avec peu de place pour des échanges, remise en question, absence de partage des difficultés rencontrées sur les sites de stages.

DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL

Pour chaque groupe d'acteurs considéré, l'un ou l'autre exemple de comportement est présenté. La liste des comportements de ce modèle n'est pas exhaustive. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Par souci de cohérence, les comportements sont formulés dans la mesure du possible sous forme de problèmes.

PUBLICS CIBLES :

1. Les professionnels de santé infirmier(ère)s : Ne collaborent pas assez ; Ne s'aident pas, ne lisent pas ; Sont instables sur leur lieu professionnel ; Beaucoup ne respectent pas le secret professionnel ; Ne cherchent pas à communiquer avec les collègues ; Ne manifestent pas beaucoup de professionnalisme (accueil, suivi du malade, qualité des soins) ; Utilisent de façon variable les normes et standards ; Certains ne manifestent pas beaucoup de discipline ; Ne communiquent pas entre service ; Ne cherchent pas à communiquer avec les élèves stagiaires ; Ne font pas de liens entre théorie et pratique, pratique et théorie ; Ont des comportements de réalité ; N'impliquent pas suffisamment la population dans la prise de décision.
2. Les professionnels de santé sages femmes : Idem

LES ACTEURS SPÉCIFIQUES

Acteurs directement en relation avec la profession infirmière

3. Direction de Nursing / Unité de Promotion de la Profession Infirmière et Sage-femme (UPI)
4. Les apprenants infirmier(ère)s : Ne manifestent pas d'initiatives de recherche ; N'utilisent pas l'information ; Agissent sans beaucoup de discipline ; Ne manifestent pas

beaucoup de motivation ; N'utilisent pas de ressources documentaires ; Ne font pas assez le lien entre théorie et pratique.

5. Enseignants des écoles d'infirmières : Enseignent avec un excès de théorie ; Présentent une instabilité professionnelle ; Ne s'intéressent pas vraiment aux mécanismes de coopération et de coordination entre enseignants et encadreurs ; Certains enseignent en général de façon passive ; N'appliquent pas les nouvelles réformes et les changements de programmes ; N'appliquent pas comme il faut le cadre juridique de l'éducation ; Ne font pas de lien entre théorie et pratique ; Certains ne communiquent pas aux élèves leurs objectifs d'apprentissage et les activités attendues.
6. Enseignants-encadreurs des écoles d'infirmières : Enseignent avec un excès de théorie ; Présentent une instabilité professionnelle ; Ne communiquent pas aux élèves leurs objectifs d'apprentissage et les activités attendues.
7. Chargés de Pratique Professionnelle (CPP)
8. Infirmier(ère)s / Sage femmes référents
9. Directeurs des écoles en sciences infirmières : Certains ne collaborent pas suffisamment avec les hôpitaux et les terrains d'applications ; Réagissent de manière non appropriée lors problèmes.

10. Documentalistes des écoles d'infirmières et des structures en relation : Gèrent difficilement leur ressources afin de maximiser l'utilisation par les divers publics cibles.
11. Formateurs en charge de la formation des enseignants et des autres spécialisations en sciences infirmières : Enseignent avec un excès de théorie.
12. Formateurs en charge de la formation continue des professionnels de santé et plus particulièrement des infirmiers (KH/CEFOCK/IE...) : Enseignent avec un excès de théorie.
13. Association Nationale des Infirmières au Rwanda (ANIR)
14. Conseil Rwandais des Infirmières et des Sages-femmes (CRISF)

LES ACTEURS GÉNÉRALISTES

Acteurs qui existent indépendamment de la profession infirmière

15. Administration de l'hôpital : Ne s'impliquent pas assez dans la formation des stagiaires ; Ne collaborent pas avec l'administration de l'école
16. Bailleurs de fonds : Ne financent pas suffisamment la formation de base et supérieure ; S'impliquent insuffisamment dans les actions ainsi que leur suivi (feed back) ; Tiennent insuffisamment compte des besoins réels en matière de santé
17. Professionnels de santé
18. Les acteurs des programmes verticaux
19. Les scientifiques
20. Conseil des Ministres
21. Ministère de la Santé
22. Ministère de l'Éducation
23. Ministère des Affaires Étrangères
24. Ministère des Finances
25. Ministère du Plan
26. Ministère de la Fonction Publique
27. Ministère de la Promotion Féminine
28. Autorités décentralisées
29. Parents d'élèves
30. La population et la société
31. Tradipraticiens
32. Les media / la société
33. Autres acteurs : du secteur privé

DIAGNOSTIC DU PROBLÈME PRIORITAIRE

Insuffisance de professionnels de santé infirmier(ère)s et sages femmes compétentes (problème d'adéquation) ajouté à une mauvaise répartition entraînant un problème plus global de qualité des soins et des services infirmiers et obstétricaux.

AXES STRATÉGIQUES POUR L'ACTION

En relation avec les divers diagnostics, on peut voir apparaître trois axes stratégiques qui ont une importance complémentaire afin d'agir de manière globale sur les comportements identifiés.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL
Développer des stratégies, méthodes et outils afin de renforcer l'analyse, la perception et l'autonomie et avoir mis en place ou renforcé des mécanismes de feed-back constructifs / positifs. Rechercher des résultats en lien avec le développement des capacités et des compétences identifiées des divers groupes d'acteurs.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL
Développer un environnement en adéquation avec les besoins de chaque groupe d'acteurs et en cohérence aux actions et finalités spécifiques des acteurs, du projet et/ou de la problématique.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL
Renforcer la cohérence du cadre institutionnel avec la vision du changement attendu. Appuyer la mise en œuvre du programme et des normes en cohérence au changement et aux besoins des populations. Assurer la pérennité institutionnelle de l'action. Favoriser la mise en place de mécanismes de gestion de la qualité à plusieurs niveaux.

DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes / éléments suivants doivent être considérés. Le diagnostic institutionnel se fait à plusieurs niveaux en relation avec l'ensemble des groupes d'acteurs considérés (école, administration, politique, etc.) :

- Centre national d'examen essaye de réguler l'évaluation de certification
- Évaluation que ne cible pas suffisamment le savoir-faire et le savoir être
- Manque d'orientation et de sélection des élèves
- Financement insuffisant des ESI et des terrains de stages
- Programme trop orienté vers la théorie
- Suppression du profil de fonction des assistants médicaux
- Clarification du rôle de la Direction de l'Unité Genre et Développement
- Manque de concordance actuelle entre le profil de compétences des formateurs et ceux des infirmiers
- Manque d'une définition plus claire du personnel cadre et de la description de tâches
- Manque d'un organe juridique
- Manque d'un mécanisme de communication et de coordination

- Manque de collaboration institutionnelle entre les différents corps de métiers
- Instabilité des emplois
- Salaires insuffisants
- Manque d'une cartographie des ESI et de normes
- Manque d'une cartographie de « Districts d'apprentissages » et de normes
- Risque de commercialisation dans les ESI privées
- Programme non adapté aux tâches et responsabilités réelles des infirmiers
- Programme qui priorise les théories non indispensables au déficit de la pratique
- Différences non apparentes entre le niveau A1 et A2
- Programme sans année d'agrégation
- Les stages en périphérie (au CS) se font uniquement en dernière année et selon les moyens
- Les stages se font pendant les congés par manque de temps et sans supervision
- Rôle des hôpitaux dans la formation en sciences infirmières
- Manque de normes pour l'enseignement et l'encadrement des stagiaires
- Problème dans les mécanismes d'évaluation

- Indispensables au déficit de la pratique
- Différences non apparentes entre le niveau A1 et A2
- Programme sans année d'agrégation
- Les stages en périphérie (au CS) se font uniquement en dernière année et selon les moyens
- Les stages se font pendant les congés par manque de temps et sans supervision
- Rôle des hôpitaux dans la formation en sciences infirmières
- Manque de normes pour l'enseignement et l'encadrement des stagiaires
- Problème dans les mécanismes d'évaluation

- Indispensables au déficit de la pratique
- Différences non apparentes entre le niveau A1 et A2
- Programme sans année d'agrégation
- Les stages en périphérie (au CS) se font uniquement en dernière année et selon les moyens
- Les stages se font pendant les congés par manque de temps et sans supervision
- Rôle des hôpitaux dans la formation en sciences infirmières
- Manque de normes pour l'enseignement et l'encadrement des stagiaires
- Problème dans les mécanismes d'évaluation

- Indispensables au déficit de la pratique
- Différences non apparentes entre le niveau A1 et A2
- Programme sans année d'agrégation
- Les stages en périphérie (au CS) se font uniquement en dernière année et selon les moyens
- Les stages se font pendant les congés par manque de temps et sans supervision
- Rôle des hôpitaux dans la formation en sciences infirmières
- Manque de normes pour l'enseignement et l'encadrement des stagiaires
- Problème dans les mécanismes d'évaluation

Discussion

L'élaboration d'un cadre systémique de référence commun entre acteurs d'un changement est une étape importante pour la mise en place de nouveaux projets ou programmes. Au niveau du projet, l'action est mieux

cernée sans être réductrice. Au niveau managériale, la gestion d'équipe est favorisée par une vision commune. Enfin, au niveau individuel, l'analyse systémique est transférable à tous problèmes rencontrés et devient un outil de gestion quotidien personnel.

2.3. LA FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ AU SÉNÉGAL

Analyse systémique et synthèse stratégique de la problématique de l'inadéquation de la formation continue avec les attentes des professionnels de la santé et les besoins des populations dans la Région médicale de Diourbel au Sénégal

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE
REGION MEDICALE DE DIOURBEL

A.R.M.D. II
Projet d'appui à la Région Médicale de Diourbel

Coopération Technique Belge
Bureau de représentation au Sénégal

Association pour Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé (Are@Santé)

En partenariat avec le RESI, Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières:
www.pf-resi.org

Contexte et méthodologie

Dans le cadre des activités des districts et de la Région médicale de Diourbel, on observe un nombre considérable de formations des agents de santé sans nécessairement de cohérence avec les plans d'action en cours ou très éloignés des préoccupations des bénéficiaires. Il est donc paru nécessaire d'effectuer une analyse de l'adéquation de la problématique de l'inadéquation de la formation continue avec les attentes des professionnels de la santé et les besoins des populations. L'analyse systémique permet de donner une vision commune aux acteurs d'un changement et de définir ensemble la problématique prioritaire sur laquelle on veut agir et les problèmes en relation. Le choix de l'action pourra alors s'envisager de façon systémique et cohérente tout en précisant de manière ciblée les limites temporelles ou non de son action. La construction de ce modèle d'analyse systémique (modèle de référence: Green et Kreuter) s'est faite de manière participative avec un grand nombre d'acteurs représentatifs de

la Région Médicale de Diourbel. La construction d'un modèle systémique selon Green et Kreuter se déroule en deux temps: une analyse de situation appelée la phase PRECEDE et une vision stratégique pouvant aller jusqu'à l'élaboration d'un cadre d'action précis appelé la phase PROCEED. Une adaptation de ce modèle, en provenance du monde de la promotion de la santé, a été, au cours d'atelier participatif, coordonnée par la Région Médicale de Diourbel afin de se centrer sur l'ensemble des groupes d'acteurs dans le diagnostic comportemental. Le modèle complet doit nécessairement analyser les déterminants éducationnels (diagnostic éducationnel), environnementaux (diagnostic environnemental) et institutionnels (diagnostic institutionnel) en lien, et de manière spécifique, avec chaque groupe d'acteurs et comportement identifié. Pour des raisons de cohérence, le choix a été de relier dans la mesure du possible via une codification, les déterminants par diagnostic par groupe d'acteurs spécifique (exemple code: 02/03: correspond au groupe d'acteur n°2 et au comportement 3 de ce groupe).

MODÈLE PRECEDE - PROCEED

FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ÂGE ; SEXE

DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes / éléments suivants doivent être considérés. La liste n'est pas exhaustive.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les connaissances (savoirs), les attitudes, les valeurs et les perceptions:
• 04/04: Faible motivation • 04/04: Perception de la pertinence d'établir des plans de formation à des niveaux aussi centraux versus un rôle d'encadrement pédagogique des équipes décentralisées • 04/05: Manque de connaissances des besoins en RRS • 06/01: Perception faible de l'importance de la formation continue en terme de gestion des RRS • 06/02 - 06/01 - 09/01: Attitude peu motivée • 06/03: Manque de connaissances en management des RRS • 07/01: Attitude peu favorable à la formation continue en lien avec une motivation financière • 07/01: Peu de connaissances sur les formations en auto apprentissage et leurs modalités • 07/01: Peu conscience de l'intérêt de la formation continue • 07/01: Faible conscience de leur rôle pédagogique dans l'encadrement des stagiaires et des membres de l'équipe du CS • 07/02: Attitude peu motivée sauf pour les PAC (Parents, Amis, Connaissances) • 07/03: Attitude en faveur de soins curatifs et non promotionnels et préventifs • 11/01: Manque de connaissance en santé (curatif, préventif et promotionnel) • 11/01: Attitude peu prudente face à ses limites • 11/01: Perception insuffisante des limites de ses capacités (lien action avec la motivation) • 19/01: Ne connaissent pas leur rôle et leurs responsabilités • 20/01: Manque de connaissances des attentes des professionnels de santé en terme de formation et des besoins des populations en terme de qualité des soins • 20/01: Attitude favorable aux résultats et moins aux processus • 20/01: Manque d'une volonté d'intégration • 20/01: Visibilité.

FACTEURS RENDANT CAPABLES :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les savoir-faire, les capacités et les habilités techniques:
• 02/01: Manque de capacités en technique de formation des adultes (andragogique) • 02/01: Manque de maîtrise de thèmes de formation • 04/04: Manque de compétences dans l'analyse des plans de formation en lien avec les profils de compétences eux même en lien avec les normes sanitaires • 04/05: Manque de capacité dans la gestion par la formation des RRS • 05/-: Ne sont pas suffisamment outillés en technique pédagogique • 06/01: Manque de capacités et de compétences en pédagogie principalement sur les dispositifs de formation en pédagogie active et sur des méthodes d'analyse des besoins en formation • 06/02: Manque de capacité de mener le plaidoyer auprès des partenaires • 06/03: Manque de capacité en management des RRS • 06/03: Manque de capacité en ingénierie pédagogique afin de mieux cerner les profils de compétences des agents et leur mobilité etc. • 07/01: Manque de capacité d'analyser ses compétences et ses besoins de formation • 07/01: Peu ou pas d'habileté technique informatique favorisée aux échanges à distance • 07/02: Manque de capacité de gérer les RRS sur base des profils de compétences de chacun • 07/02: Absence de pratiques réflexives en général (analyse des incidents critiques etc.) • 07/03: Manque de capacité dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient • 11/01: Manque de capacités en situation • 20/01: Manque de capacité à développer les capacités.

FACTEURS RENFORÇANTS :

Il s'agit principalement de facteurs en relation avec les mécanismes de feed-back, d'échanges et d'expériences:
• 04/01: Formation continue plus proche des réalités de terrain en terme de contenu que la formation de base • 04/01: Les normes sanitaires ne sont pas adéquates aux réalités de terrain (pour autant que la formation continue s'appuie sur les normes sanitaires) • 06/01: Manque d'échanges en réseau local, régional, international sur les évolutions de la formation et l'éducation en sciences de santé • 06/02: Manque d'autonomie par rapport aux partenaires • 07/01: Peu d'échanges en réseau • 07/03: Influence de la société sur l'image des soins curatifs • 08/01: Mesure pas le suivi des formations (remédiation par exemple) • 08/01: Ne s'organise pas en un pool d'expertise complémentaire de formations (absence d'un pool de formateurs) • 11/01: Absence de supervision • 12/01: 14/-: Manque de clarté de leur place au sein de l'équipe cadre pas clairement définie • 20/01: Les programmes verticaux.

DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes/ éléments suivants doivent être considérés. Le diagnostic institutionnel se fait à plusieurs niveaux en relation avec l'ensemble des groupes d'acteurs considérés (école, administration, politique, etc.)

• Critères de qualité des modules de formation continue (04/01) • Manque d'un cadre institutionnel structuré favorable à la formation continue (06/01) • Absence d'une politique de formation continue/ de plan de formation national • Manque de plans de carrière et de valorisation des formations en cours d'emploi (07/01) • Manque d'un cadre de référence clair sur l'adéquation des profils de compétences et de métier entre eux (socle de compétences de base

DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL

Pour chaque groupe d'acteurs considéré, l'un ou l'autre exemple de comportement est présenté. La liste des comportements de ce modèle n'est pas exhaustive. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Par souci de cohérence, les comportements sont formulés dans la mesure du possible sous forme de problèmes.

ACTEURS EN CHARGE DE LA GESTION, PAR LA FORMATION, DES RRS :

01. Personnes en charge de la formation au sein de la RM:

• 01. Ne contextualisent pas réellement leur formation aux réalités de terrain • 02. Ne s'intégrant pas toujours aux formateurs des équipes cadres des districts.

02. Personnes en charge de la formation au sein des districts de santé:

• 01. Ne contextualisent pas la formation par rapport à la réalité.

03. Formateurs des structures de formation extérieures à la RM: Centres de formation (ENDS, CRP pour le personnel infirmier et SF), et (ISED) pour les médecins:

• 01. Ne s'impliquent pas dans la formation continue du personnel de santé.

04. Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (Niveau central):

• 01. N'adapte pas les modules aux réalités de terrain (pour un certain nombre de modules) • 02. Ne conçoit pas de modules de formation • 03. Ne finance pas suffisamment le volet formation

• 04. N'élabore pas des plans de formation continue pour les agents de santé • 05. N'affecte pas suffisamment de personnel qualifié en fonction des besoins • 06. Ne décentralise pas les bourses de formation • 07. Ne coordonne pas assez les programmes verticaux dans l'élaboration des modules.

06. Formateurs des programmes verticaux:

• 01. Ne supervisent pas les dispositifs des districts.

07. Infirmier chef de poste (ICP) et sages-femmes:

• 01. Ne se forme pas spontanément, ne développe pas de plan de formation personnel • 02. Délégué excessivement les activités notamment aux ASC • 03. Assure les activités de consultation curative et non celles de prévention et promotion • 04. Ne supervise pas les ASC • 05. Ne supervise pas les ACS et les matrones qui travaillent dans les cas de santé.

08. Equipe cadre de district-ECD (incluant les superviseurs):

• 01. Ne supervise pas les activités.

09. Equipe cadre de région (incluant les superviseurs):

• 01. Ne s'organise pas en pool de formateurs (absence d'un pool de formateurs) • 02. Ne tient pas leurs activités de supervision.

10. Agents du service d'hygiène:

• 01. Travailleur se reconstruit dans des activités autres que celles pour lesquelles ils ont été formés.

11. Agents de santé communautaire (ASC):

• 01. Procurent des services et des soins de faible qualité • 02. Procurent des soins surajoutés il n'est pas formé (vaccination, CNV).

12. Pharmaciens:

• 01. Ne supervisent pas souvent les dispositifs des districts.

13. Traithérapeutes:

• 01. Ne collaborent pas avec les structures sanitaires.

14. Travailleurs sociaux:

15. Directeurs d'hôpitaux:

• 01. Ne développent pas assez de stratégies pertinentes en faveur de la formation continue des agents de santé • 02. Orienté peu ou pas les partenaires vers des stratégies plus intégrées (n'assume pas le plaidoyer auprès des partenaires) • 03. Ne délègue pas suffisamment les tâches et les activités • 04. Ne fait pas de manière exhaustive l'état des besoins réels de formation des agents de santé • 05. N'élabore pas de plans annuels de formation.

07. Infirmier chef de poste (ICP) et sages-femmes:

• 01. Ne se forme pas spontanément, ne développe pas de plan de formation personnel • 02. Délégué excessivement les activités notamment aux ASC • 03. Assure les activités de consultation curative et non celles de prévention et promotion • 04. Ne supervise pas les ASC • 05. Ne supervise pas les ACS et les matrones qui travaillent dans les cas de santé.

08. Equipe cadre de district-ECD (incluant les superviseurs):

• 01. Ne supervise pas les activités.

09. Equipe cadre de région (incluant les superviseurs):

• 01. Ne s'organise pas en pool de formateurs (absence d'un pool de formateurs) • 02. Ne tient pas leurs activités de supervision.

LES PRESTATAIRES DE SOINS ET DE SERVICES:

06. Médecin chef de district / de région (le MCO, le MCD-A et le médecin du CS):

• 01. Ne développe pas assez de stratégies pertinentes en faveur de la formation continue des agents de santé • 02. Orienté peu ou pas les partenaires vers des stratégies plus intégrées (n'assume pas le plaidoyer auprès des partenaires) • 03. Ne délègue pas suffisamment les tâches et les activités • 04. Ne fait pas de manière exhaustive l'état des besoins réels de formation des agents de santé • 05. N'élabore pas de plans annuels de formation.

07. Infirmier chef de poste (ICP) et sages-femmes:

• 01. Ne se forme pas spontanément, ne développe pas de plan de formation personnel • 02. Délégué excessivement les activités notamment aux ASC • 03. Assure les activités de consultation curative et non celles de prévention et promotion • 04. Ne supervise pas les ASC • 05. Ne supervise pas les ACS et les matrones qui travaillent dans les cas de santé.

08. Equipe cadre de district-ECD (incluant les superviseurs):

• 01. Ne supervise pas les activités.

09. Equipe cadre de région (incluant les superviseurs):

• 01. Ne s'organise pas en pool de formateurs (absence d'un pool de formateurs) • 02. Ne tient pas leurs activités de supervision.

10. Agents du service d'hygiène:

• 01. Travailleur se reconstruit dans des activités autres que celles pour lesquelles ils ont été formés.

11. Agents de santé communautaire (ASC):

• 01. Procurent des services et des soins de faible qualité • 02. Procurent des soins surajoutés il n'est pas formé (vaccination, CNV).

12. Pharmaciens:

• 01. Ne supervisent pas souvent les dispositifs des districts.

13. Traithérapeutes:

• 01. Ne collaborent pas avec les structures sanitaires.

14. Travailleurs sociaux:

15. Directeurs d'hôpitaux:

• 01. Ne développent pas assez de stratégies pertinentes en faveur de la formation continue des agents de santé • 02. Orienté peu ou pas les partenaires vers des stratégies plus intégrées (n'assume pas le plaidoyer auprès des partenaires) • 03. Ne délègue pas suffisamment les tâches et les activités • 04. Ne fait pas de manière exhaustive l'état des besoins réels de formation des agents de santé • 05. N'élabore pas de plans annuels de formation.

07. Infirmier chef de poste (ICP) et sages-femmes:

• 01. Ne se forme pas spontanément, ne développe pas de plan de formation personnel • 02. Délégué excessivement les activités notamment aux ASC • 03. Assure les activités de consultation curative et non celles de prévention et promotion • 04. Ne supervise pas les ASC • 05. Ne supervise pas les ACS et les matrones qui travaillent dans les cas de santé.

08. Equipe cadre de district-ECD (incluant les superviseurs):

• 01. Ne supervise pas les activités.

09. Equipe cadre de région (incluant les superviseurs):

• 01. Ne s'organise pas en pool de formateurs (absence d'un pool de formateurs) • 02. Ne tient pas leurs activités de supervision.

10. Agents du service d'hygiène:

• 01. Travailleur se reconstruit dans des activités autres que celles pour lesquelles ils ont été formés.

11. Agents de santé communautaire (ASC):

• 01. Procurent des services et des soins de faible qualité • 02. Procurent des soins surajoutés il n'est pas formé (vaccination, CNV).

12. Pharmaciens:

• 01. Ne supervisent pas souvent les dispositifs des districts.

13. Traithérapeutes:

• 01. Ne collaborent pas avec les structures sanitaires.

14. Travailleurs sociaux:

15. Directeurs d'hôpitaux:

• 01. Ne développent pas assez de stratégies pertinentes en faveur de la formation continue des agents de santé • 02. Orienté peu ou pas les partenaires vers des stratégies plus intégrées (n'assume pas le plaidoyer auprès des partenaires) • 03. Ne délègue pas suffisamment les tâches et les activités • 04. Ne fait pas de manière exhaustive l'état des besoins réels de formation des agents de santé • 05. N'élabore pas de plans annuels de formation.

07. Infirmier chef de poste (ICP) et sages-femmes:

• 01. Ne se forme pas spontanément, ne développe pas de plan de formation personnel • 02. Délégué excessivement les activités notamment aux ASC • 03. Assure les activités de consultation curative et non celles de prévention et promotion • 04. Ne supervise pas les ASC • 05. Ne supervise pas les ACS et les matrones qui travaillent dans les cas de santé.

DIAGNOSTIC DU PROBLÈME PRIORITAIRE

Chaque constat est documenté

• Indicateurs de morbidité et de mortalité au Sénégal (multiples causes).

• Manque de qualité des services et des prestations de soins (une des causes de la situation sanitaire du pays).

• Manque d'efficacité des formations en cours d'emploi des professionnels de santé (une des causes du manque de qualité du système de santé).

• Inadéquation de la formation continue avec les attentes des professionnels de la santé et les besoins des populations de la Région Médicale de Diourbel au Sénégal (problématique spécifique).

• Les PARTENAIRES (FACILITATEURS)

18. Collectivités locales:

• 01. Ne s'impliquent pas assez dans les activités de santé • 02. Ne recrutent pas suffisamment de personnel qualifié.

19. Comités de santé:

• 01. Ne s'impliquent que dans les activités financières du poste de santé ou du centre de santé.

20. Bailleurs de fonds:

• 01. Offrent les thématiques de formation sans analyses suffisantes des besoins de formation (normes sanitaires, attentes des professionnels de santé) • 02. Développent des procédures lourdes d'accès aux financements qui entrainent une lenteur d'exécution.

21. Les organisations associatives et professionnelles:

• 01. Ne s'impliquent pas dans la formation continue des agents de santé.

22. Les consommateurs de soins

23. Les patients:

• 01. Ne s'impliquent pas dans la formation continue des agents de santé.

24. La population:

• 01. Ne s'impliquent pas dans la formation continue des agents de santé.

• 11/02 (11/03) • Manque de personnel qualifié (04/05) • Absence de financements des collectivités locales • Mobilité importante du personnel • Absence d'un cadre de formation adapté • Éléments spectraux (Mégal, épidémie...) • Forte influence religieuse • Manque de bourses de formation • Absence de financement de la supervision • Insuffisance des radios communautaires / téléphone rural • Existence d'OCB • Absence de supports pédagogiques / modules de formation • Insuffisance d'équipement dans les PS et les CS • Insuffisance de personnel/formateurs qualifiés • Locaux de formation inadéquats • Manque de matériel pédagogique et didactique • Manque de terrains de stage • Accès insuffisant aux NTIC (ordinateurs, Internet...) • Zones urbaines et zones rurales • Faible niveau d'instruction des populations (taux d'analphabétisation élevé) • Fortes croyances culturelles • Flux migratoire important (émigration et immigration importantes) • Pauvreté des populations.

• Mauvaise répartition des ressources humaines • Financement insuffisant des structures de santé • Absence d'une politique de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences • Absence de plan de formation continue dans la Région • Orientation des financements des bailleurs • Mauvaises conditions salariales du personnel de santé • Dégressivité des primes de motivation en lien avec la performance • Impact négatif de la décentralisation • Influence des politiques sur les activités • Absence de formations certifiantes (ou absence de critères pour définir les conditions d'une formation devenue certifiante) • Manque de coordination entre l'administration, les partenaires et le niveau politique • Normes sanitaires non adaptées et non actualisées • Absence de volonté politique d'appliquer les normes.

AXES STRATÉGIQUES POUR L'ACTION

En relation avec les divers diagnostics, on peut voir apparaître trois axes stratégiques qui ont une importance complémentaire afin d'agir de manière globale sur les comportements identifiés.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

Développer des stratégies, méthodes et outils afin de renforcer l'analyse, la perception et l'autonomie et avoir mis en place ou renforcés des mécanismes de feed-back constructifs/ positifs. Rechercher des résultats en lien avec le développement des capacités et des compétences. Identifier des divers groupes d'acteurs.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL

Développer un environnement en adéquation avec les besoins de chaque groupe d'acteurs et en cohérence aux actions et thématiques spécifiques des acteurs, du projet et/ou de la problématique.

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

Renforcer la cohérence du cadre institutionnel avec la vision du changement attendu. Appuyer la mise en œuvre du programme et des normes en cohérence au changement et aux besoins des populations. Assurer la pérennité institutionnelle de l'action. Favoriser la mise en place de mécanismes de gestion de la qualité à plusieurs niveaux.

Discussion

L'élaboration d'un cadre systémique de référence commun entre acteurs d'un changement est une étape importante pour la mise en place de nouveaux projets ou programmes. Au niveau du projet, l'action est mieux cernée sans être réduite. Au niveau managérial, la gestion d'équipe est favorisée par une vision commune. Enfin, au niveau individuel, l'analyse systémique est transférée à tous problèmes rencontrés et devient un outil de gestion quotidien personnel.

Contact

Direction des Ressources Humaines
(Division de la Formation) du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

Région Médicale de Diourbel
Projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel

Association pour Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé (Are@Santé)
Boulevard Léopold II, 128
B-1080 Bruxelles, Belgique
www.areasante.org

RÉFÉRENCES

1. ARE@ Santé. (2004). Suivi technique du volet santé publique du projet « Appui à la région médicale de Diourbel (Sénégal) – Phase II » (SEN 00 007 (ARMDII)), Bruxelles.
2. Bonami, de Henin, Boqué, Legrand. (1996). Management des systèmes complexes. Pensée systémique et intervention dans les organisations. De Boeck Université, Bruxelles, 266p.
3. Bourdieu P. (2004). Si le monde social m'est supportable, c'est parce que je peux m'indigner. Entretien avec Antoine Spire. Editions de l'aube, Paris, 59p.
4. Jaffré Y., de Sardan O. (2003). Une médecine inhospitalière. APAD-Karthala, Paris, 462p.
5. Kahombo G. (2003). Rapport d'évaluation du projet CK 01/01 " Renforcement de la formation de base pour infirmier(ère)s des Instituts Techniques Médicaux (ITM) à Kinshasa en République Démocratique du Congo (RDC), Kinshasa.
6. Parent F., Coppieters Y. (2003). Evaluation externe des interventions d'appui aux districts de santé dans le cadre du consortium A-COR-D. AREA Santé, Bruxelles.
7. Pineault R., Daveluy C. (1995). La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Editions Nouvelles, Montréal, 480p.
8. Porignon D. (2003). Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique. Expérience dans la Région des Grands Lacs africains. Thèse de Docteur en Santé Publique, Ecole de Santé Publique de l'ULB, Bruxelles, 187p.
9. Segall M. (2003). District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *Int J Health Plann Manage.*; 18 Suppl 1:S5-26.
10. Weinberg A. (1992). L'approche systémique des organisations. Les Cahiers de l'ANVIE, sciences Humaines.
11. World Bank and the London School of Public Health. (2005). The Handwashing handbook. A guide for developing a hygiene promotion program to increase handwashing with soap. New York, 76p.