

PARTIE IV.

ÉLÉMENTS TECHNIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES RELATIFS AUX DÉVELOPPEMENTS PÉDAGOGIQUES : UNE PÉDAGOGIE DE L'INTÉGRATION

PARTIE IV. ELEMENTS TECHNIQUES ET METHODOLOGIQUES RELATIFS AUX DEVELOPPEMENTS PEDAGOGIQUES : UNE PEDAGOGIE DE L'INTEGRATION

A propos du rôle de l'éducation, « Une pédagogie rigoureuse de la liberté »

Hegel [1770-1831]

...car « il importe avant tout que les enfants apprennent à penser ». En vue d'une humanité meilleure.

Kant [1724-1804]

« (...) le propre des vrais savoirs est qu'on ne peut les recevoir passivement de quelqu'un, comme un cadeau ou un héritage. Il faut les constituer progressivement, pas à pas (...) »

Antoine Prost [1985]

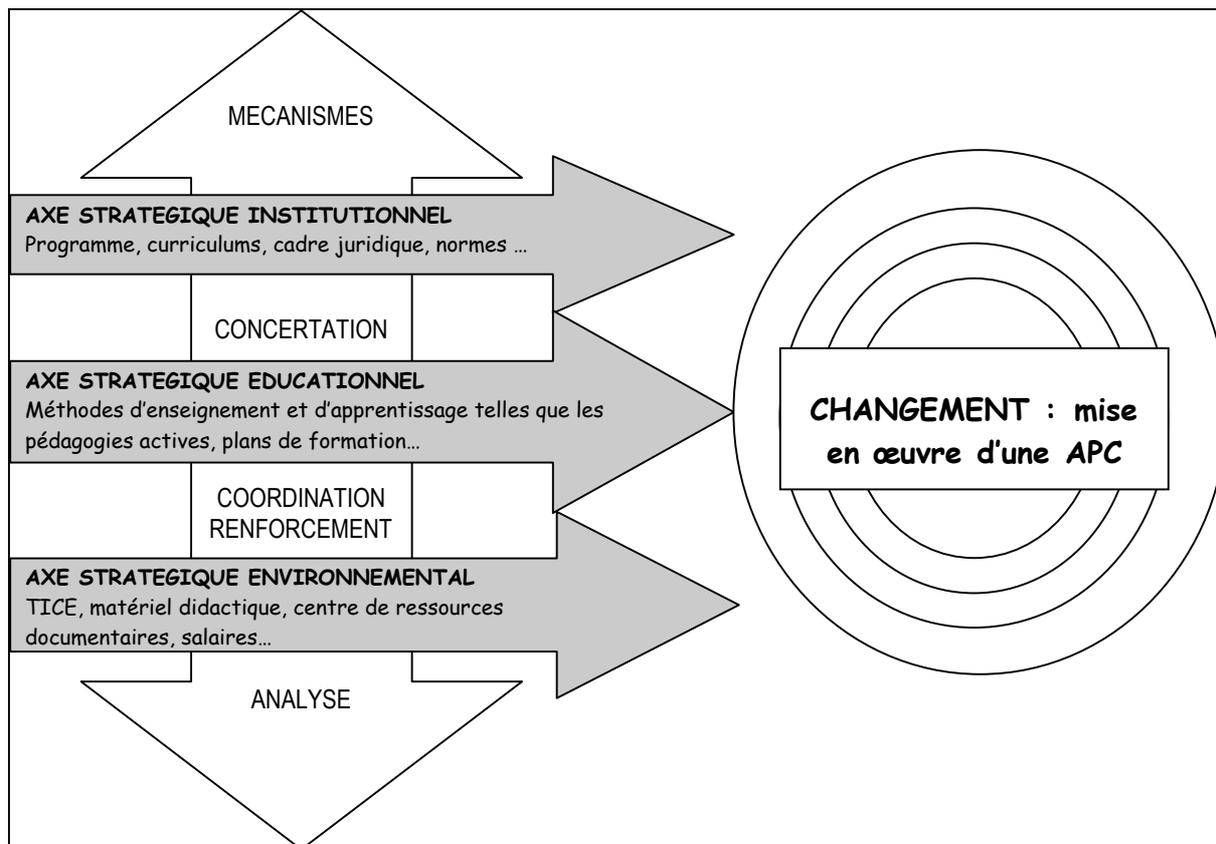
INTRODUCTION ET CADRAGE

A la troisième partie centrée sur la nécessité d'une planification de l'intégration - notamment systémique, cohérente, participative et favorable à la mise en œuvre des changements – succède une quatrième partie focalisée sur le changement particulier et représentatif de notre problématique prioritaire : l'adéquation de l'enseignement aux compétences attendues de ces professionnels.

En nous référant à Guy Le Boterf, nous insistons sur le lien entre résultats et processus : « L'expérience montre que l'efficacité des processus d'ingénierie de la formation relève non seulement du bon choix des instruments à utiliser mais également de la qualité de la démarche participative qui sera appliquée. En matière de développement des ressources humaines ou de formation, il est risqué de ne considérer les hommes que comme simples objets d'une planification d'inspiration technocratique ou fonctionnaliste ».

En référence aux modèles PRECEDE et PROCEED analysés dans les parties une et deux de cette thèse, la figure suivante permet de cerner les trois axes stratégiques principaux à mettre en œuvre.

Figure 6. Axes stratégiques pour la mise en œuvre d'une réforme basée sur l'approche par compétences (APC)



Cette figure montre la nécessité à la fois de travailler sur le renforcement des capacités des enseignants et formateurs en termes de pédagogies actives [De Ketele *et al.*, 2001 ; Goudeau *et al.*, 2003 ; Beckers *et al.*, 2003], de s'assurer la gestion d'un axe institutionnel en cohérence en adaptant le programme de cours à l'approche par compétences [Watkins, 2000 ; Donnadiou *et al.*, 1998] et enfin, de vérifier et de renforcer l'environnement d'apprentissage en fonction des besoins d'une approche par compétences, approche qui nécessite des ressources documentaires nombreuses et pertinentes. Selon le contexte et les contraintes rencontrées, un axe peut être privilégié plutôt qu'un autre au moment du démarrage du processus. Par exemple la gestion de la situation en République Démocratique du Congo a permis un travail au préalable avec les enseignants de la base, alors qu'au Rwanda, c'est le travail sur le référentiel de compétences qui a dû être privilégié en premier lieu. L'axe vertical témoigne de l'importance à accorder aux déterminants éducationnels de type renforçants ou favorisants.

Le changement fait appel ici au paradigme de l'approche par compétences et de ses fondements pédagogiques. « C'est un renversement de perspectives. Les enseignants - ou les élèves- qui sont centrés sur les contenus donnent la priorité à la conformité des connaissances avec les savoirs standardisés. Au contraire, ceux qui sont centrés sur les compétences donnent la priorité aux possibilités qu'a l'élève de faire face à des situations concrètes. En d'autres termes, on vise à éliminer les savoirs morts, ceux qui ne confèrent aucune compétence » [Fourez, 1999].

La priorité est donnée au développement de la capacité de transfert et aux pratiques réflexives. Dans les analyses de situations relatives à la problématique du manque d'adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé, les

multiples problèmes qui sont énoncés et catégorisés selon le type de déterminants auxquels ils font référence, témoignent d'une problématique particulièrement complexe. Parmi les divers comportements listés, certains font clairement référence au manque de capacités de transferts des principaux acteurs, enseignants, formateurs et apprenants et au total à la faible autonomie. Pour une grande part, les comportements des acteurs clés (diagnostic comportemental) en lien avec la problématique principale (diagnostic épidémiologique et social/ou diagnostic du problème principal) sont déterminés par des facteurs motivationnels (diagnostic éducationnel et motivationnel) faisant appel : au manque de connaissance et aux fausses représentations sur l'apprentissage, mais aussi aux problèmes de santé [Comolet *et al.*, 2000] ; aux attitudes fermées face aux changements de pratiques ; aux manques de mécanismes de feed-back et de suivi et surtout aux manques de savoir faire, de savoir faire faire et d'habiletés techniques en général. La priorité, devant ces constats de situations, a été de privilégier le changement par les enseignants - formateurs et le renforcement des méthodes en pédagogies actives. Il ne s'agit plus de favoriser exclusivement un enseignement classique de type transmissif, mais d'évoluer vers une logique d'accompagnement pédagogique favorable à la mise en place de dispositifs pédagogiques permettant un développement et un renforcement réel de l'autonomie. L'approche par compétences est bel et bien un paradigme d'apprentissage différent.

Un retour sur le cadre de référence de la thèse et plus précisément sur le modèle constructiviste et sur l'approche par compétences est utile en introduction de cette quatrième partie. Il est également nécessaire de définir certains termes tels que « pédagogies actives, transfert », qui font partie du lexique pédagogique présenté en annexe 1.

Dans le cadre des projets, ces constats objectivés par l'analyse de situation sous la forme des modèles PRECEDE et sur base des récoltes de données par groupes d'entretiens semi-dirigés et par questionnaires, ont permis de se centrer sur les activités de renforcement des méthodes en pédagogies actives et ne pas prioriser les connaissances, sauf sous la forme de ressources documentaires de qualité, accessibles à tous. Ceci ne veut pas dire que seuls les processus ont une place au détriment des contenus [Roegiers, 2000], mais qu'il s'agit bel et bien de donner la priorité aussi aux savoir faire et aux capacités de métacognition. Il convient dès lors de souligner l'interaction fondamentale entre savoirs et compétences : « un savoir - réfléchir général ne peut se construire indépendamment de contenus, de savoirs. Le savoir - réfléchir dans un domaine ne peut se construire que sur base de connaissances étendues et structurées. » [Romainville, 1996].

Sur le terrain, il est intéressant de noter la progression des étapes principales. Après une première entrée en matière sous la forme d'activités de renforcement pédagogique, par les pédagogies actives avec les enseignants de la base, une seconde étape est nécessaire. En effet, le besoin se fait sentir de définir un cadre de référence cohérent en terme de programme d'enseignement. Il s'agit également de répondre à la demande de réforme des curriculums, dont le contenu - matière est en général peu pertinent. La recherche d'une méthodologie en ingénierie pédagogique se pose pour permettre de répondre à la demande de réforme des programmes de cours, en cohérence aux méthodes d'enseignement favorables au développement de l'autonomie. L'approche par compétences répond le mieux à ce besoin. Elle fait partie du quatrième courant « la didactique du sens » défini par Christian Delory et Jean-Marie De Ketele [De Ketele *et al.*, 2000], le quatrième courant est celui du sens. Ce courant s'intéresse aux différentes approches et représentations des élèves devant la matière. Il étudie les démarches constructivistes, les styles cognitifs et la métacognition... ». Un travail de tâtonnement a été réalisé afin de s'assurer d'une adaptation de l'approche par compétences de Xavier Roegiers [Roegiers, 2003], aux besoins du secteur de la santé, dans une visée de santé publique et de promotion de la santé.

Cette méthodologie est présentée à travers deux articles. S'il existe différentes « approches par compétences », celle choisie a nécessité une adaptation afin de respecter l'objet d'intégration sur lequel nous nous sommes focalisés : l'individu et les communautés. S'il est probable que l'évolution de la pédagogie ne va pas s'arrêter avec le constructivisme et

l'apport des compétences [De Ketele *et al.*, 2000, p.12], dans le cadre des formations professionnalisantes, l'apport de l'approche par compétences est particulièrement pertinent [Perrenoud, 2001 ; Pingoud, 2004 ; Dürrenberger *et al.*, 2004].

Nous présentons en annexe (annexe 6) un échange dans le cadre d'un forum sur l'approche par compétences dont la question de départ est : « L'approche par compétences peut –elle être une réalité prometteuse pour les pays en voie de développement ou une utopie non réalisable ? ».

Cette quatrième partie présente les développements pédagogiques auxquels les acteurs des terrains d'actions en République Démocratique du Congo, au Rwanda, au Sénégal et en Belgique sont arrivés jusqu'à ce jour. La recherche est à ses débuts et de nombreuses perspectives se profilent. Qu'il s'agisse d'améliorer les plans de formation, la supervision, la distribution [Kucera *et al.*, 2003] ou les mécanismes de performance des ressources humaines [Emery, 2003], l'approche par compétences apparaît prometteuse.

Dans cette partie mais aussi dans la suivante, nous voyons comment au-delà du développement de ressources humaines compétentes, nous pouvons mieux gérer, par l'utilisation des profils et des bilans de compétences [Charlier, 2003], l'ensemble des ressources humaines relatives au secteur de la santé. Cependant, force est de constater que jusqu'à présent, peu d'études ont tenté d'apprécier empiriquement les modalités d'application du management par les compétences au sein des entreprises et l'utilisation éventuelle des outils de gestion qui y sont associés [LENTIC, 2005]. Nous resterons donc prudent quant à l'utilisation en dehors du développement des ressources humaines en santé, de l'approche par compétences dans les organisations de santé dans le sud. Ces perspectives sont à considérer dans le cadre de la poursuite de cette recherche [Ecole de santé publique de l'ULB, 2005].

Cette quatrième partie se subdivise en six chapitres dans lesquels il nous est possible de retrouver les activités relatives aux trois axes stratégiques principaux du modèle PROCEED :

- le premier chapitre se centre sur les enseignants infirmiers et leur demande en pédagogie. Nous partons d'une récolte de données dans un contexte, la République Démocratique du Congo, qui permet de nous pencher sur les méthodes en pédagogies actives et donc sur l'axe stratégique éducationnel ;
- le deuxième chapitre présente les résultats en terme d'élaboration des référentiels de compétences et de formation et permet de se concentrer sur l'axe stratégique institutionnel de la mise en œuvre d'une réforme y inclus le cadre d'évaluation et le cadre juridique ;
- le troisième chapitre présente la rencontre de deux champs d'action : les pédagogies actives en formation et la promotion de la santé.
- le quatrième chapitre insiste sur l'environnement d'apprentissage et sur l'importance des réseaux, notamment des réseaux d'excellence. L'axe stratégique environnemental est ainsi parcouru avec un retour sur les facteurs renforçants que représente le développement des réseaux ;
- le cinquième chapitre présente des éléments d'évaluation relatifs à certains types de résultats obtenus en République Démocratique du Congo et permet d'ouvrir un court débat sur le concept d'apprentissage, d'autonomie et de pérennité dans le cadre de la coopération au développement ;
- le dernier chapitre ouvre une discussion sur l'innovation pédagogique comme levier au changement dans l'institution de santé, et plus particulièrement au sein de son unité opérationnelle, le district de santé.

Certains chapitres se terminent par une courte conclusion permettant de donner quelques précisions complémentaires.

Cette quatrième partie se concentre sur les résultats en pédagogie. Néanmoins, l'ensemble des productions et des acquis provient d'un travail en processus, avec tous les acteurs porteurs du changement voulu, tel que cela a été présenté dans la troisième partie de cette recherche.

1. LES ENSEIGNANT(E)S INFIRMIER(ÈRE)S ET LA DEMANDE EN PÉDAGOGIE

Des récoltes de données par groupes d'entretiens semi-dirigés et par questionnaires, établies dans le cadre d'un protocole de recherche entre les écoles pilotes du projet et avec la Direction en charge de l'enseignement en sciences de santé (ESS) du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo [Ministère de la Santé de RDC *et al.*, 2003], ont permis de mieux cerner les demandes des enseignants infirmiers au départ du projet (2002) en termes de besoins de renforcement pour leur profession. Par ailleurs les premières questions étaient orientées plutôt sur leur rôle et la valorisation professionnelle entre enseignant et infirmier dans leur contexte. Ces données n'ont pas encore fait l'objet d'analyses comparatives ou d'hypothèses quant aux changements pédagogiques attendus et à la valorisation professionnelle.

Ces données sont à cumuler avec les analyses de situation faites sous forme de modèles PRECEDE dans chacun des contextes de recherche action.

Approche qualitative par groupes d'entretiens semi-dirigés :

Recrutement des participants

Des entretiens semi dirigés se sont déroulés dans 7 écoles infirmières de Kinshasa (en 2003-2004). Il était convenu de former un groupe d'entretien par école. Pour chaque école, entre 5 et 8 enseignants ont été interrogés.

Déroulement des entretiens

Le principe de ces entretiens a été expliqué à chaque groupe et les discussions étaient systématiquement enregistrées sur bande magnétique. Les entretiens étaient animés par le responsable de la recherche à Kinshasa. Pour encadrer le rôle de l'animateur, un guide d'entretien a été préalablement élaboré.

Analyse des entretiens

Chaque entretien a été intégralement retranscrit. A partir de ces écrits, les principaux commentaires ont été synthétisés pour chaque question et cela dans le but de pouvoir quantifier par la suite les différentes réponses données.

Résultats

Les résultats sont présentés dans un ensemble de 5 tableaux dont l'objet porte sur :

- l'identité professionnelle ;
- le contexte professionnel ;
- la formation continue ;
- l'enseignement ;
- l'enseignement et les soins de santé primaires.

Le premier tableau fait une synthèse des réponses à la question « quelle est pour vous l'identité professionnelle prédominante ? »

Tableau 2. Identité professionnelle

QUELLE EST L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE QUI PRIME ?	
Catégories de réponses	Nombre de groupes ayant répondu
Prédominance de l'identité d'infirmier(ère) plutôt qu'enseignant(e)	7
Prédominance de l'identité d'enseignant(e) plutôt qu'infirmier(ère)	7
Les deux identité priment : enseignant(e) et infirmier(ère)	5
Les responsabilités administratives en plus de l'enseignement	1

Tous les groupes ont répondu à la fois l'identité d'enseignant(e) et celle d'infirmier(ère). Certaines personnes au sein des groupes ont argumenté plutôt l'une ou l'autre identité sans qu'il ressorte de différences franches mais plutôt une unanimité entre tous : l'identité professionnelle des enseignants des écoles d'infirmières provient tant de leur responsabilité d'enseignement que de leur identité de professionnel soignant, ce qui est connu dans la littérature pour les pays du nord [Marchal *et al.*, 2002 ; Wenner, 2001 ; Lee, 1996].

Le tableau suivant présente la synthèse des éléments relatifs à la valorisation et au cadre professionnel. Le nombre de groupes ayant évoqué certaines catégories de réponses est cité à titre informatif : il n'est pas représentatif de l'ensemble des enseignants.

Tableau 3. Le cadre professionnel perçu comme valorisant ou autonome par des groupes d'enseignants au départ du projet

QUEL EST LE CONTEXTE PROFESSIONNEL QUI PERMET LA PLUS GRANDE VALORISATION ?		QUEL EST LE CONTEXTE PROFESSIONNEL QUI PERMET LA PLUS GRANDE AUTONOMIE ET LE MEILLEUR ÉPANOUISSEMENT ?	
Catégories de réponses	Nombre de groupes ayant répondu	Catégories de réponses	Nombre de groupes ayant répondu
La profession infirmière (dans des contextes professionnels spécifiques et par rapport à la population)	7	L'enseignement plutôt que la profession infirmière	6
La profession d'enseignant plutôt qu'infirmière	5	Etre responsable de recherche-action	2
Les deux professions sont valorisantes (infirmier(e) et enseignant(e))	3	Avoir des responsabilités de management	1
Les professions d'administration	1	Avoir des responsabilités de santé publique	1
L'implication dans la recherche	1	Etre responsable de la promotion de la profession infirmière	1

En terme de valorisation, c'est le statut de « professionnel de santé » qui est vécu comme essentiel par rapport à son entourage et la société. Un enseignant infirmier se présentera d'abord comme un prestataire de soins et ensuite comme un responsable de la formation. Les enseignants qui ont de plus des responsabilités administratives ou de recherche se disent être fortement valorisés par ces aspects spécifiques.

A la question des orientations nécessaires pour une meilleure professionnalisation, plus de la moitié des groupes ont énoncé la nécessité de renforcer leurs compétence en pédagogies (et spécifiquement en pédagogies actives), en management du système scolaire et en recherches opérationnelles dirigées sur l'enseignement. D'autres spécialisations sont aussi

nécessaires : les volets santé publique, la nécessité de maîtriser l'informatique et parfois de se spécialiser sur une thématique médicale spécifique.

Tableau 4. La formation continuée vue par des groupes d'enseignants au début du processus de recherche-action

PAR RAPPORT AU RÔLE PROFESSIONNEL ACTUEL, VERS QUOI FAUT-IL SE PROFESSIONNALISER ?		PAR RAPPORT À L'ENSEIGNEMENT, QUELLE EST LA PLACE DE LA FORMATION CONTINUE ?	
<i>Catégories de réponses</i>	<i>Nombre de groupes ayant répondu</i>	<i>Catégories de réponses</i>	<i>Nombre de groupes ayant répondu</i>
Les pédagogies (innovantes)	4	Très nécessaire pour actualiser ses connaissances	7
Le management (gestion scolaire)	4	La SIFRAC et toutes autres manifestations scientifiques sont très nécessaires	7
La recherche dans l'enseignement	4	Utile pour s'ouvrir aux nouvelles méthodes pédagogiques	3
La santé publique	3	Permet un recyclage tant en terme de théorie que de pratique (dont l'accès à la documentation)	2
L'informatique	1	Permet de savoir ce qui se passe dans d'autres pays, d'autres contextes	2
La santé de la reproduction	1	Permet de s'ouvrir à d'autres disciplines : psychologie, sociologie, spécialités médicales, ...	1
Economie de la santé	1	Permet des échanges entre professionnels et entre institutions de soins	1
		Permet des échanges entre professionnels de santé et enseignants des instituts de formations médicales	1
		Permet à l'enseignant de s'auto-évaluer	1
		Nécessaire pour mieux se centrer sur l'apprenant	1

Tous les groupes affirment un besoin pour des formations continues afin de mettre à jour leurs connaissances. Ces formations représentent aussi le seul accès à des documents récents et permettent des échanges professionnels entre enseignants et entre institutions de formation et de soins. Vu le peu de formations continues dont ces enseignants bénéficient, ce renforcement passe par la participation à des réunions scientifiques nationales (exemple quasi unique, le congrès de la SIFRAC, semaine des infirmiers et infirmières francophones au Congo, à Kinshasa). Ces moments de rencontre entre professionnels infirmiers sont très demandés, mais l'accessibilité financière est souvent un frein.

Les formations continues doivent aborder tant les aspects pédagogiques que la mise à jour de connaissances médicales et de techniques de soins.

Le tableau suivant aborde l'enseignement infirmier. A la question « Dans votre profession d'enseignant, y a-t-il un problème de perte d'habileté technique? », quasi tous les groupes ont confirmé que cela n'était pas un problème. En effet l'enseignant chargé de l'enseignement des actes techniques supervise aussi les élèves en stage et y fait des démonstrations. De plus, il possède du matériel didactique au sein de l'école (salle technique) où il peut s'entraîner et maintenir son habileté. Cependant, presque tous les groupes ont aussi affirmé la perte de crédit d'un enseignant face aux élèves et aux collègues lorsqu'il ne parvient pas à faire un acte technique. Dans certains cas, on fait appel à un auxiliaire ou à un collègue pour faire spécifiquement ces démonstrations.

Tableau 5. Finalités d'enseignement et possibilités de perte de compétences perçues par des groupes d'enseignants au départ du projet

QUELLE EST LA FINALITÉ DE VOTRE ENSEIGNEMENT ?		LA PERTE D'HABILITÉ TECHNIQUE EST-ELLE UN PROBLÈME POUR L'ENSEIGNEMENT ?	
<i>Catégories de réponses</i>	<i>Nombre de groupes ayant répondu</i>	<i>Catégories de réponses</i>	<i>Nombre de groupes ayant répondu</i>
Que l'élève soit responsable et soit capable de faire son auto apprentissage et résoudre ses problèmes	6	Non car cela se rattrape lors des encadrements sur les terrains de stage (pour les enseignants qui ont cette charge)	6
Que l'élève administre des soins de qualité	4	Non car l'enseignement renforce sa pratique sur le matériel didactique (mannequin) au sein de l'école pour ne pas être discrédité (par les élèves et les collègues)	4
Former les meilleurs élèves / infirmier(ère)s	4	Non et il y a donc nécessité de déléguer à un auxiliaire /collègue certains actes techniques pour l'enseignement (travail en équipe / complémentarité)	4
Que l'infirmier(ère) réponde aux attentes de la population	4	Oui car la perte d'habileté technique entraîne un discrédit de l'enseignant sur les terrains de stage	3
Former un infirmier polyvalent et autonome	2	L'enseignant qui donne la théorie sans la pratique n'est pas un bon enseignant	1
Que l'enseignant offre un enseignement de qualité	1	L'enseignant a plus besoin de notions de management que de technique	1
Former des futurs infirmiers enseignants	1	L'enseignant doit avoir une agilité pour les gestes techniques simples exclusivement	1
Former de bons techniciens de soins	1	L'enseignant rencontre des problèmes de disponibilité en matériel pour maintenir sa pratique	1
La finalité est la loi-cadre : savoir – savoir faire – savoir être	1	Cela est important à Kinshasa mais pas à l'intérieur du pays (liens plus directs entre école de formation et terrain de stage)	1
		Cela ne pose pas de problème (souvent l'élève maîtrise mieux que l'enseignant et c'est très valorisant)	1
		Si l'enseignant ne descend pas sur les terrains de stage, il doit alors renforcer sa pratique lors des formations continues	1

En terme de finalité, les enseignants visent l'amélioration de la qualité des soins et la formation d'infirmiers responsables et autonomes. L'autonomie est nécessaire pour faire face aux problèmes qu'il va rencontrer (souvent seul) et pour lui permettre de maintenir ses connaissances et continuer son auto-apprentissage.

Nous avons aussi abordé, dans le tableau suivant, les façons dont les enseignants intègrent les notions liées aux soins de santé primaires dans leur enseignement. Cette question a entraîné de multiples réponses des différents groupes et il n'y a donc pas eu de nombreux regroupements de réponses d'un groupe à l'autre. Cela est sans doute dû aux difficultés réelles de cette intégration dans les cours et à des compréhensions très différentes d'un individu à l'autre.

C'est sur les terrains de stage et plus précisément au niveau des centres de santé que se fait le mieux l'intégration de ces différentes notions. Certains groupes ont affirmé que cela ne pouvait se faire qu'en augmentant les travaux pratiques / stages de santé communautaire. De plus, si les aspects théoriques semblent couverts dans différents cours (dont le cours de santé communautaire qui se donne chaque année d'étude), il y a un manque d'adéquation entre cette théorie et les mises en situation réelle sur les terrains de stage.

Il est utile de rappeler ici que le cours de santé communautaire a été ajouté dans le programme lors de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le pays, sans qu'il y ait une révision complète du curriculum.

Tableau 6. Perception de l'intégration entre pratiques et théories et des relations entre enseignement et soins de santé primaires par des groupes d'enseignants en début de projet

COMMENT SE FAIT L'INTÉGRATION PRATIQUE ET THÉORIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DANS L'ENSEIGNEMENT ?		QUELLES SONT LES RELATIONS ENTRE QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES ET LES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES / LES TYPES D'ENSEIGNEMENT ?	
Catégories de réponses	Nombre de groupes ayant répondu	Catégories de réponses	Nombre de groupes ayant répondu
Par des mises en pratique dans les centres de santé lors des stages (et parfois l'hôpital)	5	Les méthodes pédagogiques et la qualité des soins sont en relation directe	7
Par l'enseignement des soins globaux et intégrés	3	Les pédagogies actives (autonomie de l'apprenant) renforcent ces liens et placent l'élève devant des problèmes qu'il doit résoudre	6
Les cours sont trop théoriques (plus assez de contacts avec la communauté – pas suffisamment de mises en pratique)	3	La découverte par soi-même des méthodes pédagogiques permet de les utiliser ensuite dans sa vie professionnelle (face aux malades)	5
Très difficile de mettre en pratique (lors des stages) les principes des soins de santé primaires	3	Les méthodes pédagogiques développent les compétences de l'infirmier et les pédagogies actives vont dans ce sens	3
Par l'enseignement de la prise en charge globale des populations	2	Les compétences de l'enseignant déterminent la qualité	2
L'intégration des soins de santé primaires dans les cours est effective depuis 1979 (enseignement des ordigrammes, cours de santé communautaire, ...)	2	Les méthodes pédagogiques nécessitent un environnement d'apprentissage (et la documentation) adéquat	1
En partant d'exemples dans la communauté	2	Il y a inadéquation entre les méthodes pédagogiques et les terrains de stage (dont les hôpitaux)	1
Cela nécessite d'être revu dans le programme (nombre d'heures)	2		
C'est la population qui nécessite une connaissance des soins de santé primaires	2		
Il faut faire plus de travaux pratiques (intégrant les pédagogies actives)	2		
L'enseignement ne favorise pas une vision globale du système de santé mais bien une bonne connaissance du centre de santé	1		
Il n'y a pas de connaissances de programmes spécialisés comme le système d'information sanitaire	1		
Cela passe par l'intégration de cours spécialisés (ex : allaitement maternel) dans le cours de soins de santé	1		

primaires et la supervision des différents aspects en stage			
Il y a une intégration insuffisante due à la non actualisation des connaissances des enseignants	1		
Cela nécessite l'inclusion des tradithérapeutes dans des cours	1		
Il y a une nécessité d'orienter la formation plus sur le préventif que sur le curatif	1		
Il faut tenir compte des représentations de l'élève	1		
Il faut favoriser les visites guidées	1		
Il faut favoriser l'intégration de la participation communautaire	1		

Enfin, les discussions autour des liens entre qualité des soins et des services et méthodes pédagogiques ont montré la compréhension de tous les groupes sur ce lien direct. Ce sont les méthodes pédagogiques, et plus particulièrement les pédagogies actives, qui sont la clé de la qualité de l'enseignement. La formation d'infirmier(ère)s autonomes, qui puissent utiliser eux-mêmes certaines méthodes pédagogiques face à leur patient, contribue à l'amélioration des soins et de la vision globale du patient et de la population.

Approches quantitatives par questionnaires :

Le protocole de recherche par questionnaire prévoit un suivi de cohorte à la fois des enseignants et des apprenants des écoles pilotes. Les résultats présentés ne reflètent qu'une partie des variables du questionnaire des enseignants, sous forme de 5 tableaux. Certains résultats de suivi, au temps un (2003) sont également donnés. Il s'agit de récolte de données qui ont eu lieu après l'intervention qui est, dans ce cas de figure, la formation aux pédagogies actives d'une durée de deux semaines. La plupart des variables des questionnaires proviennent de l'analyse PRECEDE faite avec certains enseignants chercheurs.

Ces résultats sont donnés surtout à titre de description de la situation au « temps 0 ». Les limites méthodologiques pour l'analyse des résultats au temps un sont essentiellement liées à la taille de l'échantillon. C'est ainsi que c'est l'analyse tant des données quantitatives que qualitatives qui permet une meilleure interprétation. Il est également utile de préciser que les résultats au « temps 1 » datent de l'année 2003 et que le programme a entre temps encore évolué avec une utilisation de plus en plus commune par exemple de l'ordinateur. De plus la mise en place du curriculum de formation basé sur les semaines d'intégration rend obligatoire la maîtrise de certaines techniques en pédagogies actives par tous les enseignants.

Tableau 7. Comparaisons des méthodes pédagogiques utilisées avant et en début d'intervention par les enseignants du projet (n = 20)

Type de méthode	Temps 0	Temps 1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude de cas ▪ L'apprentissage par problème ▪ La pédagogie par projet ▪ Le jeu de rôle ▪ Appel à des professionnels conférenciers et exploitation de leurs apports ▪ Utilisation d'observations faites sur le terrain (visites ou stages) 	68,4 % 35,0 % 0,0 % 35,0 % 10,0 % 39,3 %	85,0 % 35,0 % 10,0 % 65,0 % 50,0 % 60,7 %
Quand je veux exposer ma matière mais aussi avoir des échanges avec les élèves, je le fais : <ul style="list-style-type: none"> ▪ En provoquant ou en permettant des interventions orales des élèves à tout moment 	80,0 %	80,0 %

▪ Par des messages écrits adressés à tout moment de la part des élèves au professeur	68,4 %	85,0 %
▪ En donnant des réponses à des questions recueillies dans le groupe classe avant le cours	5,0 %	15,0 %

Une tendance à l'augmentation dans l'application de certaines des méthodes citées entre les deux temps est observée.

Tableau 8. Comparaisons des supports de cours les plus utilisés avant et après intervention par les enseignants du projet (n = 20)

Type de support	Temps 0	Temps 1
▪ Tableau noir	64,7 %	61,1 %
▪ Panneau, poster	17,6 %	5,6 %
▪ Notes de cours, syllabus	5,9 %	11,1 %
▪ Rétroprojecteur, transparents	0,0 %	0,0 %
▪ Matériel didactique (objets)	5,9 %	5,6 %
▪ Flip-chart	0,0 %	4,0 %
▪ Mannequin, squelette	0,0 %	0,0 %
▪ Ordinateur	0,0 %	16,6 %
▪ Aucun support	5,9 %	0,0 %

Les résultats nous questionnent sur le fait d'observer qu'aucun enseignant n'utilise les mannequins et squelettes ou encore qu'il y a moins d'enseignants entre le « temps 0 » et le « temps 1 » qui disent utiliser des panneaux ou posters. Ce type de résultats insiste sur l'importance de mettre en place des mécanismes de feedback et d'échange sur les résultats de recherche avec les acteurs, en l'occurrence ici les enseignants qui ont été interrogés. Il est néanmoins probable que les choses ont encore évolué avec un nombre nettement plus important d'enseignant utilisant l'ordinateur dans les écoles pilotes en 2005.

Tableau 9. Proportion des enseignants du projet qui voudrait utiliser les méthodes avant et après intervention (n=20)

Type de méthode	Temps 0 Voudrait le faire	Temps 1 Voudrait le faire
▪ L'étude de cas	90,9 %	100,0 %
▪ L'apprentissage par problème	81,8 %	100,0 %
▪ La pédagogie par projet	78,8 %	100,0 %
▪ Le jeu de rôle	83,3 %	100,0 %
▪ Appel à des professionnels conférenciers et exploitation de leurs apports	41,7 %	83,2 %
▪ Utilisation d'observations faites sur le terrain (visites ou stages)	90,9 %	100,0 %

Ces résultats confirment le sentiment d'une réelle volonté d'innovation et de changement dans l'enseignement avec une motivation importante avant la mise en place de l'intervention et qui n'a fait que s'accroître avec l'intervention. Ceci permet aussi de se rassurer sur l'orientation prise par le projet qui cible les méthodes d'enseignement plutôt que les contenus.

Tableau 10. Facteurs renforçants perçus par les enseignants du projet (n=20)

	Temps 0	Temps 1
Quand je fais un exposé sur la matière, je le fais :		
▪ En collaboration avec un collègue qui dispense un cours complémentaire	25,0 %	60,0 %
▪ Avec l'aide d'experts incités à parler en temps utile	0,0 %	30,0 %
Dans le cadre de l'évaluation de mes cours :		

▪ Je renforce les bonnes réponses des élèves	-	100 %
▪ Je donne à l'élève l'occasion de faire son auto-évaluation	-	100 %

La seconde question sur l'évaluation n'a été incluse qu'à partir du « temps 1 ». Par excellence il sera nécessaire de valider cette réponse de 100% et mieux cerner en quoi consiste le fait de "renforcer les bonnes réponses des élèves" ou de "donner à l'élève l'occasion de faire son auto-évaluation".

Tableau 11. Facteurs prédisposants et rendant capables perçus par les enseignants du projet (n=20)

<p>Représentations et identité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Double identité (infirmier(ère) et enseignante), en général bien assimilée, variant en fonction du contexte (ville vs milieu rural) ▪ Réelle valorisation de son rôle d'enseignant (surtout en ville) vs rôle d'infirmier hospitalier.
<p>Attitude :</p> <p>Favorable et demandeur de formation continue dans les sens de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'amélioration des pratiques enseignantes et d'une professionnalisation de la fonction, ▪ de la spécialisation dans les domaines de management et gestion, de soins communautaires et de la santé de la reproduction.
<p>Accessibilité financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitée pour la formation continue ▪ Débat sur un changement de paradigme dans l'approche (ex : participation financière aux activités de la SIFRAC)
<p>Habilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grande variabilité dans la réponse à la question : " l'éventualité de perdre vos habiletés techniques pose-t-elle un problème dans votre rôle d'enseignant ? Pourquoi ? "

Conclusion

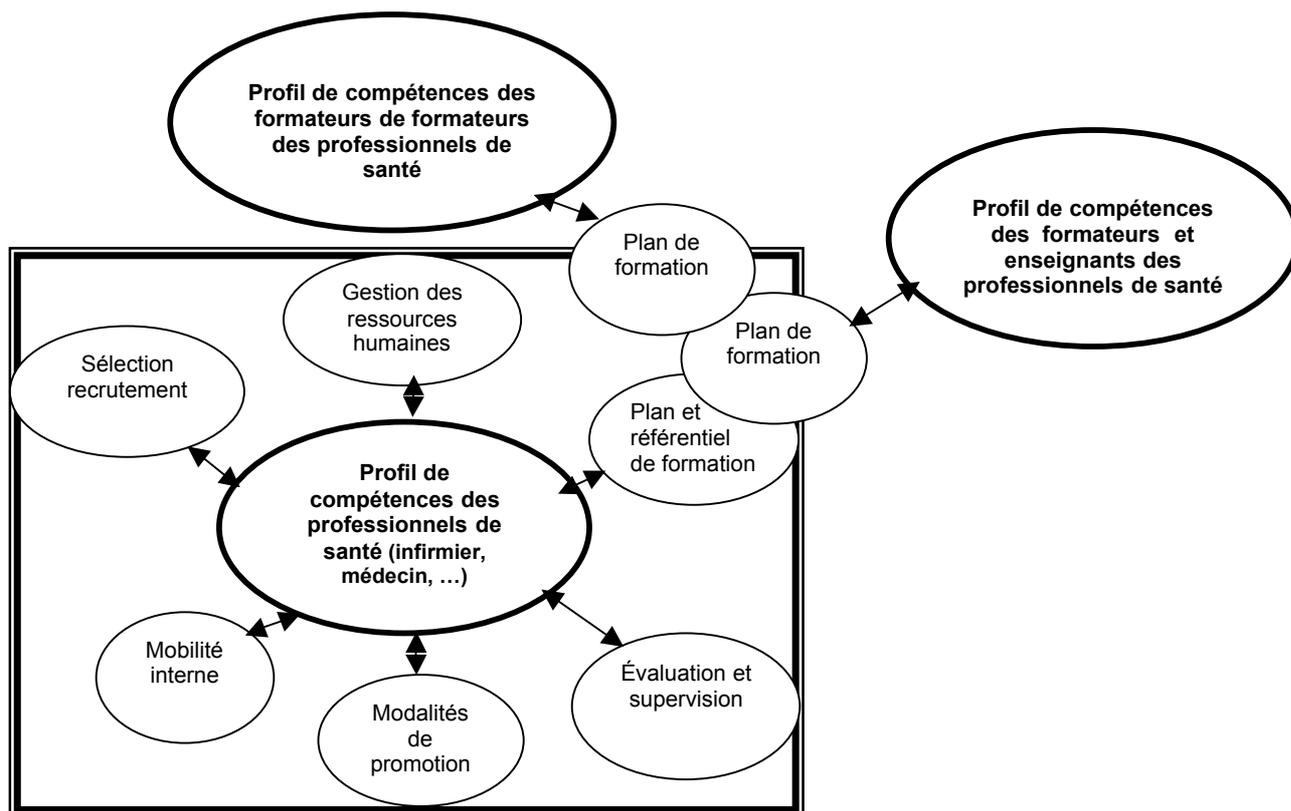
Ce chapitre a permis de se centrer sur la demande des enseignants [Parent, 2003]. Nous voulons insister à ce niveau sur l'importance de mener des réformes avec les enseignants et formateurs. De nombreuses réformes de l'enseignement ont vu le jour aussi bien au nord qu'au sud sans qu'on observe de véritables changements. En République Démocratique du Congo et au Rwanda, des réformes antérieures ont échoué et un des facteurs mis en évidence est la non implication des principaux acteurs de la mise en œuvre du changement : les enseignants eux-mêmes.

Un aspect stratégique important dans le cadre du développement des ressources humaines en santé est le fait d'investir dans la formation des formateurs de manière cohérente en référence au changement attendu, qu'il s'agisse de formation de base ou de formation en cours d'emploi.

Une manière de procéder est de travailler à la mise en œuvre de référentiel de compétences adéquat aux objectifs de formation des professionnels de la santé, pour le profil de fonction de l'enseignant (au niveau des licences pour la formation de base des enseignants et en mettant en place des mécanismes de suivi des enseignants tel que le projet « SEAD », Suivi des Enseignements à Distance, en République Démocratique du Congo) [Décret du 24 juillet 1997 ; Avant-projet de décret définissant le CAPAES, 2001] ou du formateur (au niveau des pools de formateurs en Afrique par exemple) [Dubruille, 2005 ; CREFSS *et al.*, 2003].

La figure ci-dessous, adaptée de Philippe Charlier, permet de visualiser cette recherche de cohérence entre acteurs de la formation.

Figure 7. Adéquation des profils de compétences dans le cadre du développement des ressources humaines



Le référentiel de formation représente le programme de cours en adéquation aux attendus du référentiel de compétences des futurs professionnels de la santé. De la même façon, le plan de formation, en formation continue, reflète les objectifs de formation en lien avec le profil de compétences qui a été défini. Dans les deux cas, qu'il s'agisse de formation initiale ou en cours d'emploi, le profil de compétences des enseignants et formateurs doit également être en cohérence avec celui des professionnels de la santé. En utilisant une même logique pour l'élaboration des plans de formation des enseignants et formateurs (et formateurs de formateurs), nous avons une meilleure garantie d'une implantation cohérente de tout un processus de gestion de la qualité des formations.

Une remarque en guise de conclusion est le fait que ce même type de questionnaires auprès des directions d'écoles témoigne de besoins similaires en terme d'acquis pertinents à leur fonction, qu'il s'agisse du management scolaire ou de la maîtrise des concepts clés de la pédagogie active et de l'approche par compétences [Garant, 1999 ; Tilman et al., 2001].

2. L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES DANS LES CURRICULUMS INFIRMIERS

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)

Soumis pour publication

Florence Parent¹⁻² ; Dominique Lemenu³ ; Gérard Kahombo²⁻⁴ ; Colette Lejeune³ ; Roger Baulana⁴ ; Omar Sarr⁵ ; Yves Coppieters¹⁻²

¹ Département d'Epidémiologie et de Promotion de la santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Bruxelles, Belgique

² AREA Santé (Association pour le Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé), Bruxelles, Belgique.

³ Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Bruxelles, Belgique

⁴ Institut Technique Médical de Kintambo - c/o Ministère de la Santé, Kinshasa/Gombe, République Démocratique du Congo

⁵ Projet ARMD II, Coopération Technique Belge et Ministère de la Santé, Dakar, République du Sénégal.

Correspondance: Dr Florence Parent, Unité Promotion & Education Santé, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, Belgique (e-mail: florence.parent@ulb.ac.be)

Résumé

Les analyses des ressources humaines en santé font apparaître le manque d'adéquation entre les formations classiques que les professionnels reçoivent dans le cadre des formations initiale et continue et l'objectif émergent d'amélioration des compétences professionnelles qui devrait être la principale motivation de la formation professionnelle dans le domaine de la santé. L'élaboration de référentiels de compétences, basée sur l'approche par compétences et donc la recherche de l'adéquation maximale des apprentissages en cours de formation avec les activités réelles de la vie professionnelle, permet l'installation d'outils nécessaires dans le vaste champ de la gestion des ressources humaines en santé (dans le cadre de la formation, de l'évaluation, de la gestion individuelle, etc.). L'objectif de cet article est de décrire, à partir de leur mise en pratique dans différents contextes, les étapes méthodologiques d'élaboration de référentiels de compétences et de montrer les potentialités de cet outil à différents niveaux. Une comparaison des étapes d'élaboration entre les différents contextes permet aussi d'isoler les spécificités du curriculum de la formation initiale de celle de la formation continue.

Mots clés: *ressources humaines en santé, référentiel de compétences, infirmier, formation initiale, formation continue*

Introduction

Alors que les ressources humaines en santé (RHS) ont été décrites comme « le cœur des systèmes de santé de tous les pays » (1) la documentation sur des réponses efficaces au problème des RHS manque cruellement au début de ce troisième millénaire.

Il a donc semblé pertinent de décrire, en terme de processus et d'étapes méthodologiques, les résultats des recherches actions visant la construction de référentiels de compétences (RC) pour des professionnels de santé en charge des soins de santé primaires. La réponse apportée par ce travail se centre sur la pertinence des curricula de formations initiales et continuées. La problématique des RHS est, on le sait, beaucoup plus vaste et fait appel à la nécessaire coordination d'une vision en planification, en santé et en éducation (2). En effet, la gestion des RHS passe par un renforcement de l'offre de formation en cohérence avec une analyse de la demande et une meilleure prise en compte de la mobilité des agents de santé. L'accent est mis, dans le cadre de projets de coopération dans divers contextes (3) sur l'élaboration de référentiels de compétences à partir des profils de fonctions de professionnels de santé.

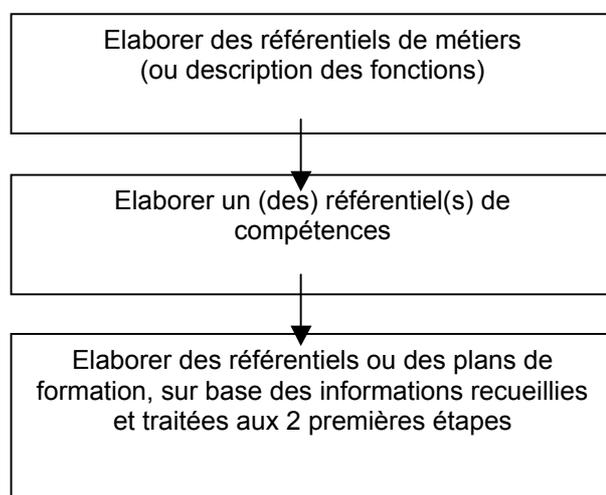
Pour répondre à cet objectif, l'approche méthodologique proposée est issue d'une philosophie de l'intégration à laquelle s'inscrit de façon idoine l'approche par compétences (4-5).

Le propos de cet article est de décrire, sur base de leur mise en pratique dans différents contextes, les étapes méthodologiques pour élaborer un référentiel de compétences selon le profil de fonction du professionnel de santé (6-7). Le processus mis en œuvre afin de mobiliser les acteurs est également précisé. Cette description amène à analyser les points forts de l'approche par compétences dans la gestion des RHS.

Méthodologie

Des référentiels de compétences ont été élaborés, à partir des descriptions de fonctions, dans différents contextes (Sénégal, République Démocratique du Congo (RDC), Rwanda et Belgique) et ce, tant dans le cadre de la formation de base que de la formation continuée du personnel infirmier essentiellement. Il y a trois grandes étapes, présentées dans la figure 1, pour élaborer un référentiel de formation basé sur cette approche (8).

Figure 1. Les étapes successives pour élaborer des plans de formation selon l'approche par compétences



L'élaboration de référentiels de métiers/fonctions consiste à énumérer les activités et tâches des profils des professionnels de santé étudiés, en tenant compte de leur contexte socioprofessionnel. Il est un guide dans la mesure où il fournit les éléments qui se retrouveront, classés et regroupés d'une autre manière, dans le

référentiel de compétences. Celui-ci permet à son tour de préciser les objectifs, contenus, les dispositifs pédagogiques du référentiel de formation.

Le présent article se centre sur la description des étapes méthodologiques d'élaboration de ces référentiels en illustrant chaque fois les résultats de différents contextes. Nous ne

présentons donc pas un RC complet contrairement à d'autres publications (9).

Les cadres des recherches actions

La présente analyse compare 4 contextes (Sénégal, RDC, Rwanda et Belgique) dans lesquels ont été élaborés des référentiels de compétences de professionnels de santé pour la formation de base ou continue. Nous présentons de façon synthétique ces différents cadres de l'étude :

Sénégal : Dans le cadre du renforcement des plans d'actions de la Région Médicale (RM) de Diourbel (projet ARMD II), une attention particulière s'est portée sur l'élaboration d'un cadre conceptuel pour la formation continuée au sein des districts de santé de cette RM. L'approche par compétences vise une meilleure adéquation et des stratégies de renforcement des formations continuées pour deux profils de fonctions: l'infirmier chef de poste de santé (10) et le 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.

RDC : Le projet "Appui à l'enseignement en sciences de santé du niveau secondaire en République Démocratique du Congo" a démarré en janvier 2002. 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, ce projet s'inscrit dans le cadre de l'entrée en réforme de l'enseignement infirmier initié par la direction en charge de l'enseignement de sciences de santé du ministère congolais de la santé pour avancer vers une pédagogie basée sur l'approche par compétences. Ce projet mène actuellement, en septembre 2005, à la mise en œuvre pilote de la réforme de l'enseignement infirmier en RDC.

Rwanda : Le démarrage en octobre 2004 du projet "Renforcement de la formation des

formateurs des Ecoles en Sciences Infirmières" au Rwanda fait suite à l'existence du projet pilote de réforme de l'enseignement infirmier en RDC. Ce projet suit la même philosophie que tout le travail mené au Congo (APC, renforcement des RH en santé par la formation aux méthodes en pédagogies actives, analyse de l'adéquation des programmes de formations, processus participatif et représentatif des acteurs directement concernés aux différents niveaux) mais se centre sur la formation de base de niveau A1 des infirmier(e)s.

Belgique : Pour la révision de son curriculum de formation et des pratiques pédagogiques lors de la réforme des études d'infirmières (1994), la Haute Ecole Léonard de Vinci de Bruxelles (HELV/ ISEI) a privilégié l'APC. De ce choix et des recherches qui en ont découlé (11), s'est forgée l'expertise d'enseignantes. Deux d'entre elles mettent cette expertise au service des projets susmentionnés.

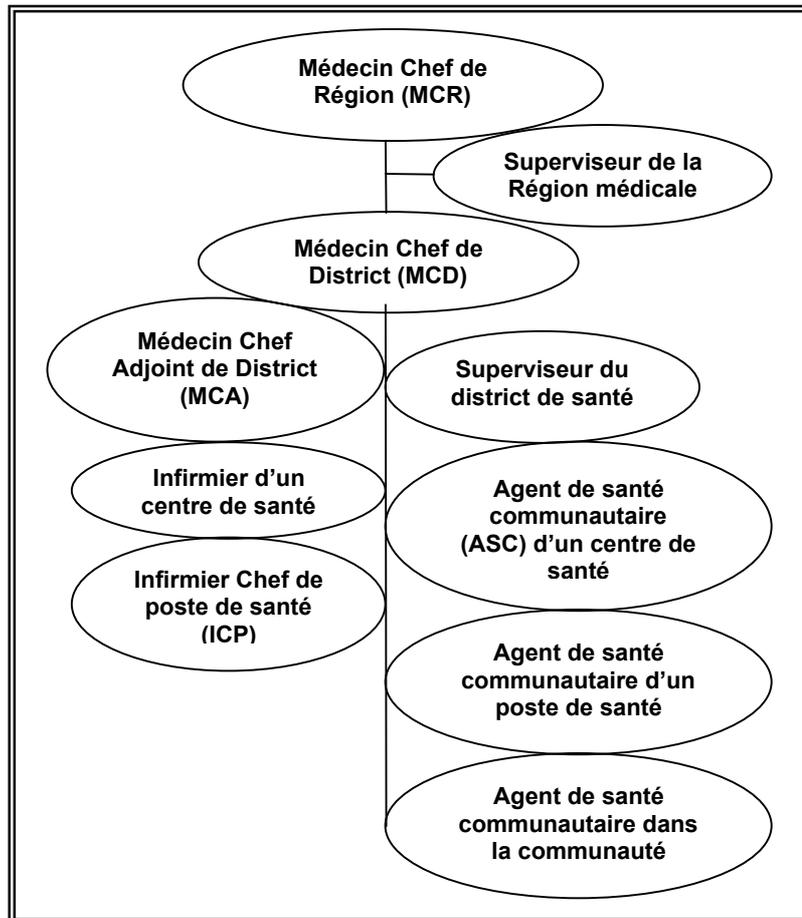
Les étapes d'élaboration de référentiels de compétences

Nous reprenons et expliquons ci-dessous les étapes d'élaboration du référentiel de compétences. Cette lecture tiendra compte de ce que dans un deuxième temps le référentiel de compétences sera complété d'un référentiel de formation détaillant les objectifs, les cours, les méthodes d'enseignement-apprentissage, la planification des alternances cours et stages ainsi que les moyens et contextes d'évaluation.

1. Identification de la fonction de l'agent ou des agents dans son/leur organisation et description de l'organisation (organigramme)

Il s'agit dans un premier temps de clarifier qui est l'agent de santé sur lequel porte l'analyse et surtout de repérer dans le système de santé approché les fonctions attendues de cet acteur de terrain. S'agit-il d'un infirmier de niveau A1, A2, d'un médecin ? Est-il en charge d'activités de soins de santé primaires ou en charge de soins hospitaliers ?

Figure 2. Identification du profil de métier à partir des organigrammes sanitaires spécifiques : exemple d'organigramme du personnel médical de la région médicale de Diourbel au Sénégal



Une clarification des niveaux d'intervention de l'agent ou encore des lieux de son exercice professionnel et de leurs appellations est nécessaire pour bien s'entendre sur les représentations propres aux différents contextes. Il est donc important de vérifier les niveaux d'intervention de l'agent au sein du système de santé. On y reviendra encore lors d'une étape ultérieure, celle de l'élaboration des familles de situations. Une autre étape importante à ce stade est celle du choix des participants au processus. Il faut s'assurer d'une représentativité la plus complète de tous les acteurs concernés des secteurs de la santé et de l'éducation. C'est grâce à ce type de mécanisme que le processus de validation interne peut se jouer de façon optimale en cours d'atelier. Cela permet également de

lever d'éventuels obstacles aux décisions prises lors de la mise en application des changements dans les curricula.

2. Description de la fonction ou du métier - Récolter les données

Il s'agit d'analyser les fonctions ou profils de métier des professionnels de santé dont, plus spécifiquement, celui de l'infirmier polyvalent. Cette collecte des données se fait par observation des activités du personnel infirmier(e) dans les districts de santé ou zones de santé. La collecte des données est éclairée aussi du listage des activités décrites dans les normes sanitaires des pays concernés et ce pour autant qu'elles existent. Cette collecte est faite auprès des agents concernés et de préférence, dans leurs lieux de travail.

Tableau 1. Méthodologie de relevé des activités professionnelles des agents de santé

<p>Relevé des activités réalisées par les infirmières en centre de santé et à l'hôpital à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De visites de zones de santé - D'interviews - Des panels d'experts - Des normes sanitaires : paquets minimum et complémentaires d'activités décrits dans les documents des Ministères de la Santé 	<p>Réunion de description des activités de l'infirmier d'un centre de santé à Kinshasa. PHOTO : AREA SANTÉ</p> 
--	--

Notons aussi comme source d'informations les savoir-faire et savoir être décrits dans les programmes existants sans faire l'impasse bien sûr sur le relevé, dans les programmes verticaux, des activités à prendre en charge par l'agent pour qui l'analyse est menée. Toutes les activités sont réellement le terreau sur lequel le chantier peut se construire.

- Lister les données sous forme de verbes d'actions

L'ensemble des activités collectées est alors reformulé sous forme de verbes d'action. Pour

rappel, un verbe d'action exprime une action faite ou subie par le sujet (l'agent de santé analysé). Par opposition, un verbe d'état (sembler, paraître, devenir rester, demeurer, etc.) exprime un état du sujet (sembler triste). Toutes ces activités sont transcrites sur des fiches individuelles qui permettront ensuite leur catégorisation de façon participative. Il est aussi important, afin de retracer l'information, de nommer sur la fiche l'origine de l'activité : les acteurs eux-mêmes, les normes sanitaires, le programme existant.

Tableau 2. Extrait des listes des activités de l'infirmière au Rwanda (sous forme de liste et de fiches individuelles) et précision de l'origine de l'activité (KHI : Kigali Health Institut, normes sanitaires, etc.)

Liste exhaustive des activités	Activités individualisées sur des fiches		
1 KHI. Participer à la résolution des problèmes socio-politiques du pays 2 KHI. Etablir une bonne relation infirmier-malade 3 KHI. Tenir à jour les documents constituant le dossier d'un malade 4 KHI. Assurer les soins d'hygiène d'un patient 5 KHI. Fournir au patient les matériels de lit ou urinal et les entretenir 6 KHI. Aider un malade à s'alimenter 7 KHI. Prendre la température 8 KHI. Prendre les signes vitaux 9 KHI. Examiner le patient 10 KHI. Stériliser le matériel 11 KHI. Appliquer les techniques d'isolement 12 KHI. Assurer la préparation pré-opératoire 13 KHI. Surveiller l'opéré en période post-opératoire 14 KHI. Relever les signes avant-coureurs de la mort 15 KHI. Effectuer les soins aux mourants ... 125 Normes. Définir les limites de sa zone de santé 126 Normes. Planifier les activités du CS 127 Normes. Coordonner et superviser l'exécution des activités programmées et adoptées par le Comité de santé 128 Normes. Assurer un bon accueil du malade dans le cadre de son activité ...	1 KHI. Participer à la résolution des problèmes socio-politiques du pays	2 KHI. Etablir une bonne relation infirmier-malade	3 KHI. Tenir à jour les documents constituant le dossier d'un malade
	4 KHI. Assurer les soins d'hygiène d'un patient	5 KHI. Fournir au patient les matériels de lit ou urinal et les entretenir	6 KHI. Aider un malade à s'alimenter
	125 Normes. Définir les limites de sa zone de santé	126 Normes. Planifier les activités du CS	128 Normes. Assurer un bon accueil du malade dans le cadre de son activité

3. Catégorisation des savoirs

Cette étape consiste à classer les fiches d'activités/tâches selon les catégories proposées :

- « AC » pour activité cognitive : celles en lien avec les savoirs, les connaissances, les savoir-faire cognitifs. Elles mobilisent essentiellement les ressources de l'esprit, de la rationalité, de la logique.
- « AP » pour activité procédurale : celles en lien avec des savoir-faire gestuels, des habiletés gestuelles, la maîtrise des techniques. Elles mobilisent essentiellement les ressources de la perception sensorielle, de la motricité
- « AR » pour activités réflexives : celles en lien avec des savoir-être de type réflexif, une

attitude de questionnement, une réflexion sur l'action, à un nouvel engagement dans l'action, au savoir-devenir.

- « A Psy » pour activité psychoaffective : celles en lien avec des savoir-être concernant la connaissance de soi, la gestion des émotions, du stress, etc.

- « A Soc » pour activité sociale : celles en lien avec des savoir-être de type relationnel, des aptitudes à communiquer, à interagir.

Dans ce classement une attention est portée aussi au degré d' « observabilité » de la tâche. Ces listes de verbes sont ainsi réparties du moins observable soit du plus général, à l'observable et au plus précis.

Tableau 3. Classification des activités et tâches de l'infirmier en RDC en catégories de savoirs et niveaux d'observabilités

Activités opératives ou procédurales		
Générales	Observables	Précises
Examiner le patient Administer les soins Assurer la CPN, la CPoN, le CPS Diriger un accouchement eutocique Assurer la chaîne du froid	Assurer les soins de confort Auscultier le malade Entretien du matériel Réanimer nourrisson/nouveau-né Pratiquer des examens de labo Administer les soins selon les différents systèmes Prélever les échantillons de labo Administer les soins pré, per et post opératoires Démontrer les techniques	Préparer le matériel Préparer les sels (SRO) Palper le malade Installer un malade Pratiquer une circoncision Conditionner les médicaments /boites à instruments Stériliser le matériel Transférer un malade Pratiquer une suture Perfuser un malade Appliquer les bandages

		Vacciner Aspirer un malade Prélever les signes vitaux Déparasiter Supplémenter Section frein lingual Extraction dentaire Rééduquer
Activités psychosociales		
Générales	Observables	Précises
Poser le diagnostic communautaire Communiquer Eduquer pour la santé Promouvoir la santé Manager l'équipe Mobiliser la communauté	Accueillir Communiquer avec les collègues Préparer psychologiquement le malade aux examens Répondre aux préoccupations psychosociales du malade Animer les réunions Collaborer aux initiatives locales de développement sanitaire Assurer les soins de visite à domicile Encadrer le personnel auxiliaire	Ecouter le malade Interroger le malade et/ou son entourage Réconforter le malade Transmettre les PV de réunions Participer aux mutuelles Reformuler les plaintes du malade Informar le malade Réhabiliter
Activités réflexives		
Générales	Observables	Précises
Préparer une réunion Encadrer les stagiaires Planifier les soins Exploiter les rapports Evaluer Poser un diagnostic Evaluer l'état global du patient Promouvoir l'utilisation des médicaments essentiels Gérer les ressources Superviser	Dépister les enfants malnutris Réquisitionner le matériel S'approvisionner en médicaments Détecter les grossesses à haut risque Récouter les données Référer le patient et contre référer Transférer le patient Orienter le malade Interpréter des données Interpréter les résultats de labo Monitorer	Observer le malade Surveiller le malade Surveiller une parturiente Superviser la prise de médicaments
Activités cognitives		
Générales	Observables	Précises
Rédiger les rapports Identifier les activités	Analyser les échantillons de labo Etablir le bilan hydrique Demander les examens de laboratoires Etablir les différentes fiches Utiliser les ordigrammes Utiliser le partogramme Utiliser les stratégies d'action	Prescrire les médicaments Prescrire un traitement Identifier le malade Tenir les fiches et les registres

4. Repérage des compétences

C'est au départ de ce classement que s'opère le repérage des compétences clefs soit des savoirs, savoir-faire et savoir être mobilisés en situation. Par exemple, dans les activités « sociales » se trouvent des verbes d'action comme « éduquer », « informer », « donner des conseils... », verbes qui ont manifestement en commun la connotation de mobiliser un « savoir communiquer ». Les compétences se profileront à partir des activités les plus générales, les paliers de compétences à partir de ce qui est observable et les critères à partir de ce qui est le plus précis. La compétence étant bien un savoir agir en situation, elle doit donc être exprimée

par un verbe d'action. Chacune des compétences se voit enfin précisée d'une définition permettant à tous de s'entendre et de se comprendre sur le champ couvert par la dite compétence. Pour exemple nous reprenons ici une compétence issue du RC en sciences infirmières de niveau A2 en RDC : « *Etablir une communication professionnelle. C'est échanger, dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l'individu, la famille, la communauté et les autres organisations* ».

L'ensemble des compétences doit évidemment permettre de couvrir toutes les fonctions que l'agent de santé remplit dans sa structure propre du système de santé.

Tableau 4. Listage des compétences issues des référentiels de l’infirmier au Sénégal (formation continue) et de l’infirmier en Belgique (formation de base)

Compétences de l’infirmier chef de poste de santé au Sénégal (formation continue)	Compétences de l’infirmier(ère) Belgique (formation initiale)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté 2. Planifier et organiser les activités curatives, préventives et promotionnelles 3. Analyser les situations individuelles, collectives et environnementales en lien avec la santé dans sa zone de responsabilité 4. Gérer les ressources du poste de santé. 5. Développer la participation communautaire au sein de sa zone de responsabilité. 6. Renforcer les compétences du personnel du poste et des cases de santé. 7. Superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et la communauté dans sa zone de responsabilité. 8. Offrir des soins et services de qualité 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exercer des pratiques réflexives et de recherche scientifique 2. Analyser une situation, exercer son jugement clinique 3. Réaliser les prestations de soin 4. Etablir une communication professionnelle 5. S’engager dans la profession

5. Intégration des compétences
- Identification des situations d’exécution courantes (les familles de situations)

Les situations dans lesquelles ces compétences doivent s’exercer sont aussi décrites pour constituer des familles de situations (FS). En effet, les compétences peuvent revêtir un caractère plus ou moins complexe entre autre selon les conditions de leur exercice. Celles-ci doivent donc être décrites pour les « compléter ».

L’étape suivante est donc celle de la description des situations d’exécution courante soit celle de la mise à plat des « familles de situations ». Ce travail est indispensable dans la mesure où ce qui permet de lier les compétences entre elles et de les traduire de

façon opérationnelle, c’est de les ancrer dans les situations à gérer. Il s’agit donc de présenter des situations plausibles parmi les plus courantes et représentatives des compétences exercées par l’agent de santé. La situation doit être décrite de façon assez précise pour que l’on "voie" de quoi il s’agit tout en évitant de s’égarer dans des détails. Ce sont bien des situations que l’agent de santé rencontre et qu’il est de sa responsabilité de gérer. Les activités prestées par le professionnel apparaissent de façon globale dans ces familles de situations et doivent normalement se retrouver parmi la liste des activités qui ont été répertoriées et classées précédemment.

Tableau 5. Elaboration des familles de situations pour un médecin chef de district au Sénégal et pour l'infirmier en RDC

Familles de situation du MCD (Sénégal)	Familles de situation de l'infirmier (RDC)
<p>1. Prise en charge des malades</p> <p>Au centre de santé le médecin reçoit un patient venant en consultation ou référé d'un poste de santé. Il assure la prise en charge du malade et réfère si nécessaire le patient à l'hôpital.</p>	<p>1. Dans la communauté</p> <p>Dans une aire de santé durant son stage, l'apprenant aide le groupe cible à identifier ses problèmes de santé. Il identifie l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour faire face à ces diagnostics. Il tient une réunion de l'équipe de centre de santé au cours de laquelle il présente un dossier de diagnostic communautaire ainsi que les activités pertinentes à mettre en œuvre. Il organise, anime et évalue, si possible dans le cadre de la situation analysée et de toutes les manières en relation avec la liste établie présentée dans le lexique, une séance de communication pour le changement de comportement pour, soit : 10 à 50 élèves en milieu scolaire de 6 à 12 ans ou de 12 à 18 ans ; 20 à 40 relais communautaires dans une communauté. L'apprenant doit avoir recours aux personnes ressources et à tous les documents de référence.</p>
<p>2. Management</p> <p>Chaque année, le médecin chef de district, en relation avec les autres membres de l' ECD identifie les problèmes, détermine les écarts et les obstacles, planifie les activités du district, les exécute et les évalue. Il assure la gestion des ressources et rédige des rapports réguliers qu'il transmet à la région médicale. Lors de l'évaluation finale, il vérifie l'impact des actions sur la situation sanitaire et réajuste si nécessaire les interventions et leur mise en œuvre.</p>	<p>2. Au centre de santé</p> <p>1. Durant son stage dans une aire de santé, l'apprenant assure, auprès d'une population cible déterminée par le centre de santé, une des séances suivantes: •vaccination • CPS • santé de la reproduction : CpoN ou naissances désirables • hygiène du milieu. En outre, l'apprenant réalise une analyse du taux de couverture pour l'activité menée. L'apprenant doit avoir recours aux personnes ressources et à tous les documents de référence. La réalisation des prestations techniques spécifiques liées à l'activité se fera pour au moins deux personnes.</p> <p>2. L'apprenant prend seul en charge, en utilisant les ordinogrammes, deux patients qui viennent consulter au centre de santé. Ces patients présentent un problème de santé courant pour la région. L'évaluation a lieu lors du dernier stage planifié dans un centre de santé.</p>
<p>3. Formation</p> <p>Le MCD et son équipe évaluent les besoins de formation, identifient les cibles, élaborent ou adaptent les plans de formation et assurent leur mise en œuvre et leur évaluation.</p>	<p>3. A l'hôpital</p> <p>L'apprenant prend seul en charge un patient dépendant ou semi dépendant âgé de moins de 60 ans. Parmi tous les soins requis, il preste au moins un soin de base et de 2 à 4 soins spécifiques. L'évaluation a lieu lors du dernier stage de l'année planifié dans un des services suivants : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique. L'apprenant doit avoir le temps de prendre connaissance du patient et de son dossier.</p>
<p>4. Supervision</p> <p>Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services, le MCD en collaboration avec les autres membres de l'ECD, effectue une supervision formative intégrée des ICP et des autres agents sur les problèmes prioritaires notamment le PEV, la prévention des infections, les CPN, la gestion des médicaments, la gestion des données, l'hygiène et l'assainissement.</p>	
<p>5. Communauté</p> <p>Le MCD identifie avec la communauté les problèmes de santé, élabore son plan d'action et mobilise les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Par exemple, dans le cadre de la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des maladies à potentiel épidémique, le MCD, en collaboration avec le Comité départemental de gestion de ces maladies, met en place un réseau communautaire de surveillance basé sur les relais, les ICP, les OCB, afin de détecter rapidement tous les cas suspects et de prendre toutes les mesures idoines.</p>	

Ce travail d'écriture des FS se fait parallèlement au choix sur les catégories des lieux de pratiques et subséquemment des lieux de stage en formation initiale. Ces catégories peuvent être la communauté, le centre de santé, l'hôpital ou d'autres lieux de pratique selon l'analyse faite. Peu importe le contexte dans lequel nous nous inscrivons, ces familles de situations balayent toujours les grandes catégories recouvrant les besoins de santé à savoir les domaines de la promotion et de la prévention, celui des soins curatifs et enfin de la gestion.

Les conditions dans lesquelles ces activités doivent être menées sont aussi précisées : seul ou sous supervision ? Avec quelle aide ? Quelles ressources ? ...

Soulignons à cet égard l'importance encore, dans les contextes du sud, de prendre en compte l'ensemble des maladies et états de santé prioritaires couverts par les programmes verticaux. Il en va de l'adéquation des programmes de formation aux besoins des populations et à la politique sanitaire en vigueur. Pour exemple nous reprenons ici une famille de situations à gérer dans la communauté par l'apprenant en fin de formation en sciences infirmières de niveau A2

en RDC (voir tableau 5) : « Dans une aire de santé durant son stage, l'apprenant aide le groupe cible à identifier ses problèmes de santé. Il identifie l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour faire face à ces diagnostics. Il tient une réunion de l'équipe de centre de santé au cours de laquelle il présente un dossier de diagnostic communautaire ainsi que les activités pertinentes à mettre en œuvre. Il organise, anime et évalue, si possible dans le cadre de la situation analysée et de toutes les manières en relation avec la liste établie en annexe, une séance de communication pour le changement de comportement pour, soit : 10 à 50 élèves en milieu scolaire de 6 à 12 ans ou de 12 à 18 ans et 20 à 40 relais communautaires dans une communauté. L'apprenant doit avoir recours pour cela aux personnes ressources et à tous les documents de référence ».

- Croisement des compétences et des familles de situations

Une fois les compétences arrêtées et les familles de situations décrites, un passage nécessaire est celui du croisement entre les situations et les compétences mobilisées dans chacune d'elles. Ceci nous permet en quelque sorte de valider les étapes déjà parcourues.

Tableau 6. Croisement des compétences et des familles de situations du médecin chef de district au Sénégal

Compétences	Familles de situations (urbain et rural) MCD Sénégal				
	Management	Supervision	Formation	Communauté	Prise en charge
1. Planifier et organiser les activités du district	X		X	X	
2. Former les personnels du district et la communauté		X	X		
3. Offrir des services et des prestations de soin de qualité					X
4. Superviser les personnels		X			
5. Gérer les ressources du district	X			X	
6. Etablir et promouvoir la communication	X	X	X	X	X
7. Mener des activités de recherches opérationnelles	X				
8. Analyser des situations individuelles et collectives					X

Toutes les compétences ne doivent pas se retrouver dans toutes les situations mais en même temps une situation ne peut pas mobiliser une seule compétence auquel cas elle ne serait pas représentative de la complexité des situations de terrain. De même,

si une compétence ne se trouve mobilisée dans aucune situation, c'est qu'il y a un problème de construction, de validité, soit de la compétence en question, soit des FS.

Un aller-retour des situations aux compétences et des compétences aux situations nous

permet d'affiner et de préciser le travail d'écriture des unes et des autres.

- Ecriture des OCI

La formalisation des compétences attendues se concrétise dans la formulation de ce que nous avons nommé l' « objectif continué d'intégration » (OCI) et ce en tous les cas dans les contextes de formation de base. L'OCI est une variante de ce que Roegiers (4-6) a appelé l'objectif terminal d'intégration (OTI). Il s'agit de rendre directement visible ce qui est

attendu tout au long de l'année comme macro compétence d'intégration, soit la synthèse des familles de situations. Les spécificités de l'exercice infirmier à savoir la diversification des lieux de pratique avec des mobilisations de compétences différentes nous ont amenées à construire non pas ce qui est classiquement attendu en terme d' « objectif terminal d'intégration» (OTI) mais à s'approprier pour les raisons sus-citées le concept d'OCI.

Tableau 7. Objectifs continués d'intégration pour les 4 années de la formation de base infirmière en RDC

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année
Objectif continué d'intégration: « L'apprenant doit être capable de : »	<ul style="list-style-type: none"> • Rédiger un rapport de collecte de données relatif à l'observation de la communauté • Prendre en charge pour les soins de base, un patient, dans les services de chirurgie et de médecine interne 	<ul style="list-style-type: none"> • Collecter, rassembler et présenter les informations en vue d'un diagnostic communautaire • Animer une séance pour la prévention et la promotion de la santé d'un groupe cible pour un changement de comportement • Prendre seul en charge un patient dans une situation similaire à celle qu'il a déjà rencontrée dans un service de chirurgie et de médecine interne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la participation communautaire et assurer les activités promotionnelles et préventives au niveau individuel, familial ou collectif au niveau des structures de sa zone de santé • Prendre en charge, en intégrant si besoin les ordinogrammes, des cas de pédiatrie et d'obstétrique en situation stable aussi bien au centre de santé qu'à l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer des activités de prévention et de promotion de la santé au niveau individuel, familial ou collectif, dans toutes les structures d'une zone de santé • Assurer la prise en charge de patients présentant des problèmes de santé courants pour sa région, aussi bien au centre de santé qu'à l'hôpital, en consultation ou en hospitalisation.

6. Structuration des paliers de compétences

Cette étape se subdivise en deux :

- Identification des paliers pour chaque compétence

A ce stade, et toujours dans le contexte de production participative, il s'agit dans le cas de chaque compétence d'identifier les paliers de compétences (PC) ou capacités que l'apprenant doit acquérir pour exercer cette compétence de façon optimale. Ces paliers de compétences seront parfois des activités ou des regroupements d'activités. Logiquement, ils doivent correspondre aux activités classées comme « observables » dans les catégories cognitives, réflexives, procédurales, psychoaffectives et sociales.

La lecture des PC pour une seule année (lecture en verticale) rend compte des « ingrédients » de chaque compétence, soit des capacités incluses dans celle-ci. La lecture horizontale des PC, soit celle d'un même PC au cours des 3 ou 4 années d'études (suivant les contextes approchés), situe la progression et l'évolution de la complexité de ce PC tout au long de la formation. Notons enfin qu'il se peut qu'un même PC se retrouve au cours de 2 années de formation. A ce moment, ce sont les critères de ce PC et/ou la complexification de la FS dans lequel il s'exerce qui montreront l'évolution des apprentissages requis. Il peut arriver qu'un PC manque (lecture horizontale) lorsque la capacité visée est très peu courante en situation de stages ou lorsqu'elle ne cadre pas aux familles de situations décrites pour l'année d'étude approchée.

Tableau 8. Extrait de la formulation des paliers de compétences pour l’infirmier chef de poste au Sénégal

FORMULATION DES PALIERS DE COMPETENCES :	ACTIVITES CORRESPONDANTES
Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté	
1. ACCUEILLIR CONVENABLEMENT LES MALADES ET LEURS FAMILLES	SG1. Accueillir convenablement les malades et leurs familles
2. FAIRE L'EDUCATION DU PATIENT	SG2 Apprendre à chaque mère comment bien nourrir son enfant SG7 Expliquer les dangers encourus par les femmes à risque lors des séances d'information sur la PF SG8 Faire l'éducation sanitaire des malades SG19 Sensibiliser la femme pour la consultation postnatale SG20 Sensibiliser les femmes à différents moments SO11 Donner des conseils spécifiques aux mères SO13 Encourager la mère si l'enfant ne présente aucune anomalie de croissance SO16 Faire des visites à domicile SO17 Faire des visites à domicile
3. ...	
FORMULATION DES PALIERS DE COMPETENCES :	ACTIVITES CORRESPONDANTES
Superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et la communauté dans sa zone de responsabilité.	
1. ENCADRER LES OCB ET LES MIP	SO12 Encadrer les OCB et les MIP SO29 Organiser des réunions régulières avec les membres de l'équipe du PS
2. FAIRE LE MONITORING DE LA ZONE	RG5 Assurer le monitoring semestriel des activités de sa zone RG7 Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de toutes les activités de santé au niveau du PS
3. ...	

Par souci d'illustration nous ajoutons et pour la compétence «Etablir une communication professionnelle » de la RDC les PC en 1^{ère} année : PC 1 : Etablir et entretenir une relation adéquate avec une personne ; PC 2 : Informer la personne ; PC 3 : Rédiger un rapport ; PC 4 : Participer aux activités d'une équipe. Et toujours en guise d'exemple et pour la même compétence mais cette fois pour illustrer l'évolution d'un PC en cours de formation : en 1^{ère} année: établir et entretenir une relation adéquate avec une personne ; en 2^{ème} année : établir et entretenir une relation harmonieuse avec une personne, la famille ou un groupe ; en 3^{ème} année : établir et entretenir une relation harmonieuse et si nécessaire apporter un soutien psychologique à une personne, la famille, un groupe ou la communauté ; en 4^{ème} année : établir et entretenir une relation harmonieuse et si nécessaire apporter un soutien psychologique à une personne, la famille, un groupe ou la communauté.

- Identification des critères pour chaque palier de compétence (critères minimaux et de perfectionnement)

En vue de l'évaluation de l'atteinte des PC et au-delà, des compétences, il reste à écrire pour chaque PC les critères minimaux (CM) et de perfectionnement (CP) soit les qualités de niveau de maîtrise du PC. Cette phase est souvent perçue comme ardue parce que peu expérimentée par les participants aux ateliers. La rigueur est de mise quand il s'agit de décliner au plus juste les qualités du PC. Comme souligné plus haut, les activités listées sont un support puisque les plus précises d'entre elles sont souvent utilisées comme critères. Par exemple les activités réflexives précises comme « respecter l'asepsie » ou « calculer le dosage des médicaments » ... apportent des éléments de critères d'évaluation pour un PC comme « prester des soins technique » ou « administrer des médicaments ». Les critères peuvent s'exprimer en substantif (adéquation, cohérence, précision, originalité...) ; en substantif plus complément (emploi pertinent, interprétation correcte, production personnelle) ; ou encore en question (le patient est-il confortable? les normes de sécurité sont-elles respectées ?, etc.).

Les critères minimaux sont définis comme l'ensemble des critères sur base desquels on peut certifier la réussite ou l'échec de l'apprenant avec comme cadre la règle selon laquelle 2/3 des CM doivent être atteints pour obtenir 50% soit le seuil de réussite (6).

Quelques règles nous guident dans l'élaboration de ce travail : ces critères ne doivent pas être trop mais suffisamment sévères, ils ne doivent pas être trop nombreux mais ni trop peu non plus (3 ou 4) ; ils doivent

être indépendants les uns des autres et quand ils sont tous atteints ils donnent à l'étudiant une note de 75%. Les critères de perfectionnement eux servent à déterminer le niveau de performance de chaque apprenant. Ils permettent d'atteindre plus de 75%. De ce fait les CP sont pris en considération après que l'apprenant ait rencontré avec succès tous les CM.

Tableau 9. Exemple de critères minimaux et de perfectionnement du référentiel de compétences infirmier de RDC

2 ^{ème} compétence / Années d'étude			
1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année
<p>1.2.1. Collecter les données sur un patient et auprès d'une communauté CM: •informations minimales complètes selon le canevas CP: •informations complémentaires pertinentes •participation active du patient et des groupes cibles •choix pertinent des sources d'informations</p>	<p>2.2.1. Collecter les données pertinentes sur un patient et auprès d'un groupe cible CM: • informations minimales complètes selon le canevas •informations complémentaires pertinentes sur le patient •participation active du patient et des groupes cibles •choix pertinent des sources d'informations CP: •rapidité dans le recueil •informations complémentaires pertinentes sur le groupe cible</p>	<p>3.2.1. Collecter les données pertinentes sur les patients et sur les groupes cibles CM: • informations minimales complètes selon le canevas •informations complémentaires pertinentes •choix pertinent de la source d'informations •rapidité dans la collecte des données CP: •autonomie dans le processus de collecte des données</p>	<p>4.2.1. Collecter les données pertinentes sur les patients et les groupes cibles CM: • informations minimales complètes selon le canevas •participation active des groupes cibles •informations complémentaires pertinentes •rapidité dans le recueil •autonomie dans la démarche •choix pertinent de la source d'information</p>

7. Validation du RC

La validation d'un RC se fait en plusieurs étapes et il est préférable de plutôt parler de processus de validation. Cette validation doit s'opérer aussi bien sur le terrain d'application auprès des professionnels de la santé et de la population qu'auprès d'experts en Santé Publique et en Education (nationaux et internationaux). Les résultats de la validation seront tous considérés et discutés avec les acteurs directs pour produire la version finale du référentiel de compétences.

- Validation interne

Une validation interne en cours d'atelier se joue grâce d'une part à la représentativité de tous les acteurs concernés et d'autre part grâce au suivi méthodologique systématique incluant des phases d'aller-retour permettant des contrôles et réajustements incontournables. Plus précisément il s'agit de

vérifier la cohérence entre les activités listées, les PC, leurs critères et les FS. Les FS doivent quant à elles correspondre aux descriptions de fonction du référentiel de métier.

- Validation externe

Cette dernière étape du processus, plus formelle, a pour objectif de recueillir l'avis du plus grand nombre d'intervenants en enseignement des sciences de santé et de l'éducation sur la pertinence du travail produit afin de vérifier l'adéquation entre le référentiel et les profils de compétences réellement attendus de l'agent de santé et d'évaluer la lisibilité et l'utilisation du référentiel de compétences. Citons encore le type de public auprès duquel la validation externe va s'opérer : étudiants, infirmier(e)s, cadres, usagers, enseignants, médecins et experts pédagogiques. Et toujours, dans les contextes du sud plus spécifiquement, il sera utile de soumettre les productions aux responsables

des programmes verticaux du ministère de la santé. Il est certain que cette liste précitée n'est pas exhaustive et surtout qu'elle doit pouvoir s'adapter aux contextes dans lesquels cette validation est menée. Une attention sera portée sur la faisabilité des ressources humaines pour l'encadrement, l'analyse et la prise en compte des avis dans les modifications à apporter. Différents outils de

validation ont été utilisés dont entre autres les groupes d'entretiens semi-dirigés ou encore le questionnaire auto administré.

Pour finaliser cette description des différentes étapes d'élaboration des référentiels de compétences, nous présentons un tableau de synthèse des étapes effectuées dans chaque contexte et qui montre les petites différences dans l'application de la méthodologie.

Tableau 10. Comparaison des étapes d'élaboration des référentiels de compétences dans les différents contextes

Contexte, niveau de l'intervention, type de formation et démarrage du processus	RDC Niveau d'intervention : Pilote et nationale (formation de base) janvier 2004	Rwanda Niveau d'intervention : Nationale (formation de base) juin 2005	Belgique Locale : ISEI (formation de base) septembre 1993	Sénégal Régionale et pilote (formation continue) avril 2005
1. IDENTIFICATION DE LA FONCTION DE L'AGENT OU DES AGENTS DANS SON/LEUR ORGANISATION ET DESCRIPTION DE L'ORGANISATION (ORGANIGRAMME)				
1.1. Nommer le(s) profil(s) de fonction(s) ciblé(s)	Infirmier en charge du premier niveau de soins dans le cadre des Soins de Santé Primaires (SSP). Infirmier de niveau A2 (niveau secondaire)	Infirmier en charge du premier niveau de soins et infirmier hospitalier. Infirmier de niveau A1 et sage-femmes (niveau supérieur)	Infirmiers en charge des soins dans les services hospitaliers généraux (non spécialisés) et dans les soins à domicile: infirmier polyvalent. Infirmier de niveau A1 (Haute Ecole, niveau bachelor).	- Infirmier chef de poste de santé. - Médecin chef de district.
1.2. Vérifier les niveaux d'intervention de l'agent au sein du système de santé et clarifier les représentations des structures du système.	Mise en situation de ces professionnels au niveau de <u>l'hôpital, du Centre de Santé (CS) et de la communauté</u>	Mise en situation de ces professionnels au niveau de <u>l'hôpital, du CS et de la communauté</u>	Mise en situation de ces professionnels au niveau de l'hôpital essentiellement.	<u>ICP</u> : Mise en situation de ces professionnels au niveau du <u>Poste de Santé (PS) et de la communauté</u> <u>MCD</u> : Mise en situation de ces professionnels au niveau <u>du CS, du district et de la communauté</u>
1.3. Choisir les participants aux ateliers en s'assurant d'une représentativité de tous les acteurs concernés	- Représentants de ministères en charge de l'enseignement infirmier - Enseignants des écoles d'infirmière - Représentants du terrain: hôpital et CS - Représentants des milieux associatifs	- Représentants du Minisanté en charge de l'enseignement infirmier - Enseignants des écoles d'infirmière - Représentants du terrain: hôpital et CS - Représentants des milieux associatifs - Représentants des bailleurs	- Logique de projet institutionnel à l'ISEI: consensus sur base des expertises en atelier participatif des seules enseignantes infirmières en collaboration avec un expert pédagogique.	- Représentant du projet institutionnel de la santé (Directions des ressources humaines et des SSP) - Enseignants d'écoles de formation de base et continue - Equipes cadres de Régions médicales et de districts de santé
2. Description de la fonction ou du métier				
2.1. Récolter les données	- Observation en situation (réalité) - Analyse des normes sanitaires / PMA (prescrit) - Consensus panel experts/atelier participatif (réalité et prescrit) - Inclusion des programmes verticaux	- Analyse et évaluation des programmes existants - Analyse des normes sanitaires (prescrit) - Consensus panel experts/atelier participatif (réalité et prescrit) - Inclusion des programmes verticaux	- Analyse et évaluation des programmes imposés. - Analyse du cadre légal régissant l'exercice professionnel et de la liste d'actes relevant du statut de l'art infirmier. - Analyse des profils de fonctions décrits pour l'infirmière par la Croix Rouge.	- Recensement individuel en situation (réalité) - Analyse des normes sanitaires (prescrit) - Consensus panel experts/atelier participatif (réalité et prescrit)
2.2. Lister les données sous forme de verbes d'actions	Formulation des activités et tâches sous forme de verbes d'action	Formulation des activités et tâches sous forme de verbes d'action	Relevé des fonctions infirmières élaborées à partir de la demande en soins des infirmiers de la population et des objectifs institutionnels: NB : pas de normes sanitaires standardisées dans le	Formulation des activités et tâches sous forme de verbes d'action

			pays.	
3. Catégorisation des savoirs				
3.1. Classer les activités et tâches en catégories de savoirs, niveaux d'observabilités et faisabilité/degré de réalisation	Classification des verbes d'action en : - activités cognitives - activités procédurales - activités réflexives - activités psychoaffectives et sociales Classification des verbes d'action en : - activités générales - activités observables - activités précises	Classification des verbes d'action en : - activités cognitives - activités procédurales - activités réflexives - activités psychoaffectives - activités sociales Classification des verbes d'action en : - activités générales - activités observables - activités précises Classification des verbes d'action en activités : - réalisées uniquement par les sages-femmes - réalisées uniquement par les infirmières - non réalisées ni par les infirmières ni par les sage-femmes.	Sans objet	Classification des verbes d'action en : - activités cognitives - activités procédurales - activités réflexives - activités psychoaffectives - activités sociales Classification des verbes d'action en : - activités générales - activités observables - activités précises Classification des verbes d'action en : - activités/tâches réellement réalisées sur le terrain - non réalisées mais cependant souhaitables sur le terrain - non réalisées mais dévolues à une autre fonction
3.2. Repérer les compétences	- Formulation des compétences à partir des verbes généraux des différentes catégories et repérage des ensembles qui forment une compétence.	- Formulation des compétences à partir des verbes généraux des différentes catégories et repérage des ensembles qui forment une compétence.	Formulation des compétences à partir des fonctions de l'infirmière de la Croix Rouge et du profil attendu en fin d'études.	- Formulation des compétences à partir des verbes généraux des différentes catégories et repérage des ensembles qui forment une compétence. - Repérage des socles de compétences communes
4. Intégration des compétences				
4.1. Identifier des situations d'exécution courantes (les familles de situations)	- Identification des situations d'exécution les plus courantes ; - Elaboration des familles de situations qui prennent en compte les grandes problématiques de santé spécifiques au contexte (PGM verticaux)	- Identification des situations d'exécution les plus courantes - Elaboration des familles de situations qui prennent en compte les grandes problématiques de santé spécifiques au contexte (PGM verticaux)	- Identification des situations d'exécution les plus courantes - Elaboration des familles de situations qui prennent en compte les lieux de pratique (stages) imposés	- Identification des situations d'exécution les plus courantes - Elaboration des familles de situations les plus représentatives des situations professionnelles les plus fréquentes des agents
4.2. Croiser les compétences et les familles de situations	Repérage des compétences mobilisées dans chacune des FS	Repérage des compétences mobilisées dans chacune des FS	Repérage des compétences mobilisées dans chacune des FS	Repérage des compétences mobilisées dans chacune des FS
4.3. Etablir les OCI	Synthèse de ces FS qui rende compte, globalement, de ce qui est attendu en cours d'année comme macro-compétence d'intégration	Synthèse de ces FS qui rende compte, globalement, de ce qui est attendu en cours d'année comme macro-compétence d'intégration	Synthèse de ces FS qui rende compte, globalement, de ce qui est attendu en cours d'année comme macro-compétence d'intégration	Sans objet
5. Structuration des paliers de compétences				
5.1. Identifier les paliers pour chaque compétence	Description de ce que la compétence signifie plus concrètement en terme d'activités en relation aux familles de situations et ce par année d'étude en tenant compte de la	Description de ce que la compétence signifie plus concrètement en terme d'activités en relation aux familles de situations et ce par année d'étude en tenant compte de la	Description de ce que la compétence signifie plus concrètement en terme d'activités en relation aux familles de situations et ce par année d'étude en tenant compte de la	Description de ce que la compétence signifie plus concrètement en terme d'activités en relation aux familles de situations

	progression des niveaux de complexité à l'intérieur même d'une compétence et au cours des 4 années d'études.	progression des niveaux de complexité à l'intérieur même d'une compétence et au cours des 3 ou 4 années d'études.	progression des niveaux de complexité à l'intérieur même d'une compétence et au cours des 3 années d'études.	
5.2. Identifier les critères pour chaque palier de compétence (critères minimaux et de perfectionnement)	Ecriture des indicateurs de maîtrise des paliers de compétences: les critères minimaux et les critères de perfectionnement.	Ecriture des indicateurs de maîtrise des paliers de compétences: les critères minimaux et les critères de perfectionnement.	Ecriture des indicateurs de maîtrise des paliers de compétences: les critères minimaux et les critères de perfectionnement.	Ecriture des indicateurs de maîtrise des paliers de compétences : les critères minimaux et les critères de perfectionnement.
6. Validation du RC				
6.1. Validation interne	Tout au long des ateliers avec l'ensemble des participants.	Tout au long des ateliers avec l'ensemble des participants.	Tout au long des journées pédagogiques avec l'ensemble des enseignants. Réajustement progressif en cours d'utilisation et ce, tant pour l'enseignement théorique que clinique sur base des remarques des enseignants et de l'expert pédagogique.	Tout au long des ateliers avec l'ensemble des participants.
6.2. Validation externe	Identification des publics cibles, relevé des critiques et /ou propositions et amendements en atelier	Identification des publics cibles, relevé des critiques et /ou propositions et amendements en atelier	En cours d'utilisation invitation des professionnels de terrain et réajustements nécessaires intégrés (travail toujours en cours).	Identification des publics cibles, relevé des critiques et /ou propositions et amendements en atelier

Discussion

L'application de cette méthodologie dans différents contextes a mis en lumière certaines attentions à avoir et a souligné des écueils à éviter.

Dans l'étape décrite « **Lister les données sous forme de verbes d'action** », une attention singulière doit être portée sur la précision des verbes utilisés. Idéalement, le processus méthodologique devrait prévoir la récolte des données auprès des professionnels de terrain par des personnes formées à l'entretien d'explicitation. Par ailleurs, on pourrait prévoir un temps de travail en atelier afin de valider la formulation de ces verbes. Pour exemple le verbe « prendre en charge un patient » est trop large, il doit être traduit par « analyser la situation de la personne », « nommer les problèmes », « planifier les soins requis... ».

Dans l'étape décrite « **catégorisation des savoirs** » il s'avère que les mêmes catégories de savoirs amènent toujours aux mêmes types de compétence. Par exemple, les activités réflexives amènent la compétence « analyser », les activités sociales et psycho-affectives à la compétence « communiquer... » On peut dès lors se projeter dans l'existence de compétences communes aux métiers de l'humain. Se pose alors la question du danger

d'une standardisation issue du processus méthodologique. Heureusement, la précision des FS, des PC et des critères permet de distinguer le contexte et les activités spécifiques à chaque profil de métier et de réintroduire dès lors une singularité.

Dans l'étape décrite « **identification des situations d'exercices courantes (les familles de situations)** » on notera que les catégories de FS retenues impliquent d'autorité le choix des lieux de stage en formation initiale. Il faut que les participants réalisent au plus vite le lien entre les FS et les stages afin de les guider dans le choix des catégories de FS.

Dans l'étape décrite « **identification des paliers pour chaque compétence** » il convient d'anticiper l'étape suivante en retenant déjà comme critères les activités considérées comme trop précises pour faire l'objet d'un PC.

Dans l'étape décrite « **identification des critères pour chaque PC** » s'est posée la question de la pertinence d'inclure des critères d'exclusion appelés aussi critères essentiels, vitaux ou « dynamites ». Ils ont pour but de pouvoir arrêter les apprenants en cas de faute grave mettant réellement la vie du patient en danger. Ces critères s'adressent particulièrement à la compétence « prester les

soins ». Ce type de critère doit en tout cas être utilisé avec parcimonie (6) et faire l'objet d'un débat entre les participants. On fera également attention au fait qu'en lecture horizontale un critère de perfectionnement peut être retenu comme critère minimum en classe supérieure pour un même PC.

Différences et similitudes entre les différents contextes et les formations de base et continues

Le tableau 10 montre bien que quel que soit le contexte et le type de formation, toutes les étapes méthodologiques sont nécessaires. On peut cependant voir des spécificités intéressantes de chaque contexte : absence de normes sanitaires standardisées en Belgique alors que ces normes ont fortement influencé l'identification des tâches et des activités des agents dans les trois pays d'Afrique. Le processus participatif et l'implication de personnes représentatives des différents niveaux de formation et du système de santé ont été les clés de la qualité du travail produit dans les différents contextes. Dans le cadre de la formation de base, on définit de façon générale des OCI, les compétences et des familles de situations puis on élabore les paliers de compétences (et les CM et CP) par année d'étude. Pour la formation continue, on ne doit pas définir d'OCI et la FS s'impose

d'elle –même puisque l'on travaille sur le profil d'un professionnel en poste (sans préjuger de la stratégie future de mise en œuvre des plans de formation qui vont en découler). Lorsqu'on travaille sur plusieurs profils en parallèle (situation au Sénégal pour la formation continue des médecins chefs de district et de l'infirmier chef de poste, ou au Rwanda pour la formation des infirmiers d'une part et des sages-femmes d'autre part), on peut isoler de toutes les compétences des agents un socle de compétences communes. Il s'agit des mêmes compétences attendues pour tous les agents, médecins et infirmiers par exemple. Ces compétences prendront ensuite leurs spécificités par l'élaboration des paliers de compétences et des familles de situations.

Le référentiel de compétences comme outil de gestion des ressources humaines en santé

Le référentiel de compétences/profil de compétences ainsi construit représente la pièce centrale à partir de laquelle de nombreux autres outils méthodologiques et productions trouvent une place cohérente dans le vaste champ de la gestion des RHS (12). La figure 3, tirée des écrits de Philippe Charlier, met bien en évidence ce rôle central que prend le travail sur le profil ou le RC (8).

Figure 3. Les champs d'utilisation du référentiel de compétences comme outil de gestion des RHS

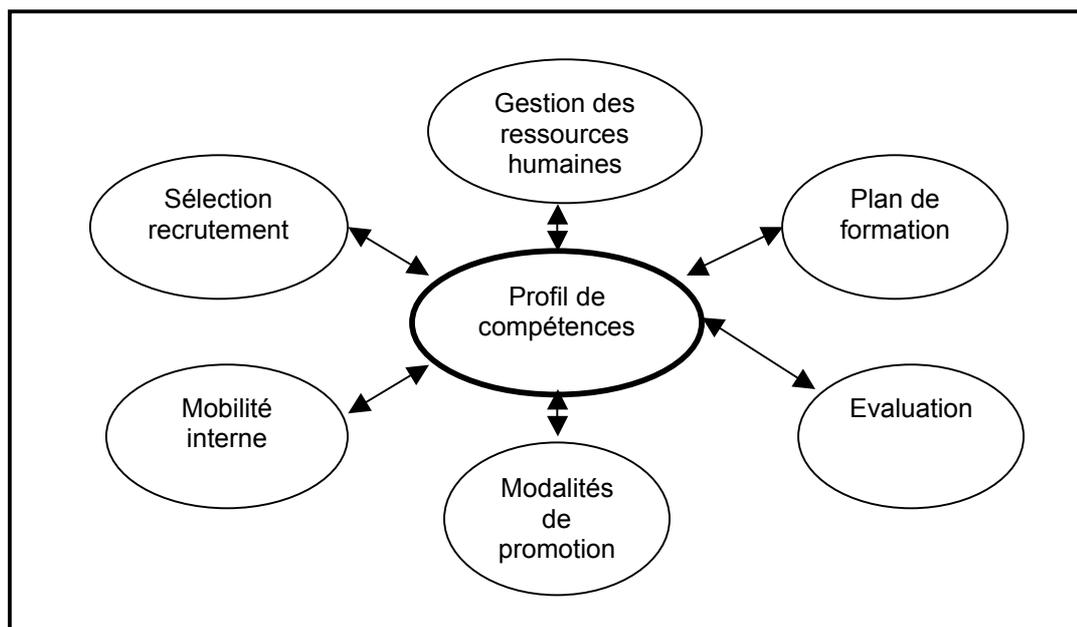


Schéma repris et adapté de Ph. Charlier

On peut décrire différents axes d'utilisation de cette production :

- pour la gestion des RHS de façon générale : un RC est un outil qui permet de restructurer le processus des RHS pour qu'il réponde mieux aux besoins et aux attentes des professionnels de santé et ensuite des populations. Cet outil peut être une aide à l'élaboration des stratégies de gestion des ressources humaines.

- pour l'élaboration de plans de formation : dans le cadre des contextes d'études décrits dans cet article, l'objectif premier des RC est d'aboutir à l'élaboration de plans de formation (ou référentiels de formations), soit à un plan qui rencontre les besoins de formations exprimés par les professionnels de santé. Dans le cadre de la formation de base, il faut prévoir un référentiel de formation par année d'étude. Pour la formation continue, un seul référentiel de formation reprend l'ensemble du curriculum d'un profil spécifique.

- comme aide à l'évaluation des professionnels de santé : dans le cadre de la supervision formative des agents de santé, le référentiel présente les performances attendues par l'agent et les critères de réalisation de ces performances. L'agent peut ainsi être supervisé sur ses compétences en communication, en techniques de soins, en management, etc. De plus certains Ministères reconnaissent officiellement l'évaluation des performances individuelles dans l'octroi des primes et des salaires (13). Le RC peut aider à

définir les critères de performance et servir de cahier des charges objectivement atteignable en respect du contexte de travail de l'agent.

- pour l'énumération de critères objectifs de modalités de promotion, de mobilité interne et de sélection / recrutement : au même titre que pour les performances, c'est l'évaluation des compétences qui peut servir de critères tant pour mobiliser les agents en fonction des compétences attendues pour tel ou tel poste, que comme critère de promotion individuelle (en parallèle à l'élaboration de plans de carrière) ou comme critères de recrutement (d'autant plus s'il existe une vraie adéquation entre le curriculum de formation de base des écoles de formation et les critères de recrutement des agents de santé basés sur leurs compétences).

L'utilisation du RC permet d'aborder certains aspects de la gestion des RHS et, dans une vision prospective, un réajustement permanent aux profils attendus des professionnels de la santé. Les dispensateurs de soins constituent le pilier de tout système de santé. Les planificateurs et les responsables de l'élaboration des politiques doivent donc disposer d'une information opportune et la plus adéquate aux réalités de terrain pour élaborer des outils permettant une gestion complète de leurs ressources. Ainsi sera assurée la présence continue de dispensateurs compétents (en nombre suffisant) qui offrent des services appropriés aux populations. Enfin et en terme de processus, la construction de

référentiels de compétences dans une approche participative concoure à la finalisation de formation-action qui selon Le Boterf (14), est une formation par laquelle le groupe-acteur apprend en agissant et non seulement apprend pour agir.

Conclusion

Les professionnels de santé ont besoin de disposer de savoirs pour faire face, pour comprendre, pour agir. Ces savoirs renvoient à des connaissances académiques, à des expériences individuelles, à des techniques et procédures, et à l'examen de leurs propres réactions, de leurs propres pratiques. Dans le cadre de la formation continue, les professionnels de santé bénéficient de manière régulière de formations organisées par les différents programmes verticaux ou les niveaux centraux et périphériques. Ce type de formation, le plus souvent de type descendant, est calqué sur les modalités de leur formation initiale ou est le plus souvent spécifique à un programme non intégré. Il faut donc s'interroger sur la parfaite adéquation entre ces formations classiques de type descendant et l'objectif émergent d'amélioration des compétences professionnelles qui devrait être à terme, la principale motivation de la formation professionnelle médicale continue. Ce constat se retrouve aussi dans le cadre de la formation initiale où l'on observe ce manque d'adéquation entre le curriculum de formation et les réalités professionnelles des agents de santé. Cependant, comme l'écrit Perrenoud (15), « toute formation initiale se réfère à une pratique abstraite, stylisée, qui ne correspond à d'aucune personne " en chair et en os ", mais représente un compromis entre, d'une part, une " moyenne " des pratiques attestées et, d'autre part, un idéal, une forme d'excellence, celle dont sont censés s'approcher les meilleurs professionnels. Il faut donc prendre son parti de la simplification, tout en essayant de lui conférer une certaine représentativité ». Les planificateurs de santé doivent donc avoir recours au champ de la pédagogie afin de disposer, à terme, d'outils d'évaluation des compétences individuelles et d'outils de formation participative validés. La présentation des étapes méthodologiques de la construction des référentiels dans les différents contextes de l'étude montre qu'il est assez facile de formaliser une méthode et des outils associés, transférables d'un contexte à l'autre et surtout qui puissent être appropriés par les acteurs eux-mêmes. Cette facilité de la méthode ne doit pas occulter la difficulté chaque fois rencontrée dans l'énoncé, la structuration et la synthèse des verbes

d'action. La comparaison méthodologique entre contextes permet aussi de valider et enrichir les différents référentiels par simple confrontation des productions.

Enfin, soulignons l'importance à tous les moments des principes de participation, représentativité et consensus, véritables garants de l'intégration du processus et des méthodes avec pour résultat la force des productions réellement émises par les différents acteurs. D'où l'importance que requiert la méthodologie d'animation de ce type d'atelier afin d'assurer une logique de production formative. La qualité des travaux produits doit être également attribuée à l'implication de tous les niveaux des professionnels de santé et leur volonté d'améliorer le cadre formatif des professionnels de santé. Il est cependant utile de rappeler le principe de consensus dans les décisions prises. Ainsi certains choix de contenus du référentiel de compétences ne peuvent échapper « aux modes en vigueur », tels que les programmes intitulés CCC (Communication pour le Changement de Comportements). Ces programmes sont en effet réducteurs des principes d'action de la promotion de la santé et partiellement en contradiction avec les logiques constructivistes des pédagogies actives. Des nuances sont à rechercher à travers des débats de fond sur des thématiques elles aussi innovantes en santé telles que la promotion de la santé, les questions d'éthique et de genre, etc. Une fois le travail amorcé, une véritable dynamique est née dans les différents contextes avec appropriation de la méthode et la volonté de travailler sur d'autres profils de métier d'autres professionnels de santé. Dans les différents contextes, il existe en effet aujourd'hui une expertise interne capable de poursuivre le travail amorcé pour améliorer la gestion des RHS à différents niveaux.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble des équipes des projets et à l'ensemble des acteurs qui ont pris part aux ateliers d'élaboration de ces référentiels et qui ont permis le développement mutuel d'une expertise dans ce champ de la pédagogie pour renforcer les programmes en santé.

Références

1. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*. 2004; 364(9443):1451-6.
2. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical

- component in health policies. *Hum Resour Health*. 2003; 14; 1(1):1.
3. Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Levêque 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 ; 7; 2(1):16.
 4. Roegiers X. (2000). *Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université.
 5. Bosman C, Gerard FM, Roegiers X. (2000). *Quel avenir pour les compétences ?* Paris-Bruxelles : De Boeck Université.
 6. De Peretti A, Roegiers X. (1996). *Quels dispositifs d'évaluation externe et interne dans les systèmes de formation continuée d'enseignants ? L'évaluation de et dans la Formation des Enseignants*, ADMEE : De Boeck Université.
 7. Lemenu D. (2000). *Enseigner ou apprendre des compétences ?* Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, Bruxelles.
 8. Charlier P.(2003). *Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. Séminaire de formation et de réflexion*. BIEF. Louvain-la-Neuve.
 9. Parent F, Lemenu D, Lejeune C, Baulana R, Komba D, Kahombo G, Coppieters Y. Présentation du référentiel de compétences infirmier en République Démocratique du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé. En cours de publication dans Santé Publique.
 10. Seck A, Morin D, O'Neill M. Etude des besoins de formation continue en promotion de la santé pour les infirmières et infirmiers chefs de postes de santé (ICP) au Sénégal. *Promotion & Education* 2003 ; 2 :81-87.
 11. Paquay L. L'évaluation des compétences : nécessités, facettes, questionnements. In: L. Paquay, G. Carlier, L. Collès & A-M. Huynen (Eds), *L'évaluation des compétences chez l'apprenant. Pratiques, méthodes et fondements*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2002, pp. 11-18. (site www.i6doc.com)
 12. Oiry E, d'Iribarne A. La notion de compétences : continuités et changements par rapport à la notion de qualification. *Sociologie du travail* 2001 ; 43 :49-66.
 13. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, Cueto M, Dare L, Dussault G, Elzinga G, Fee E, Habte D, Hanvoravongchai P, Jacobs M, Kurowski C, Michael S, Pablos-Mendez A, Sewankambo N, Solimano G, Stilwell B, de Waal A, Wibulpolprasert S. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004; 364(9449):1984-90.
 14. Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation (3^{ème} ed.), Paris, 2005.
 15. Perrenoud P. (2001). *Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle*. Université de Genève, Genève. (http://www.unige.ch/fapse/SSE/teach/ers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html)

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)

Santé Publique 2006; 18 : 459-73

Parent Florence¹ ; Lemenu Dominique² ; Lejeune Colette² ; Baulana Roger³ ; Komba Djeko⁴ ; Kahombo Gérard³ ; Coppieters Yves¹

¹ *Département d'Epidémiologie et de Promotion de la santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Bruxelles, Belgique*

² *Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Bruxelles, Belgique*

³ *CREFSS - c/o Ministère de la Santé, Kinshasa/Gombe, République Démocratique du Congo*

⁴ *Ministère de la Santé, Kinshasa/Gombe, République Démocratique du Congo*

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'un processus de construction participative d'un référentiel de compétences infirmières, pour l'enseignement secondaire professionnel dans les contextes du sud, plus particulièrement en République Démocratique du Congo (RDC). La priorité est donnée à la présentation du produit final validé. Le référentiel de compétences s'accompagne d'un référentiel de formation qui présente le programme des études. Seul le référentiel de compétences est décrit dans cet article.

Le résultat documente en premier lieu la forme que prend ce référentiel de compétences dans la réalité. Le référentiel de compétences est présenté en partant des quatre compétences clés déclinées en paliers de compétences et en critères minimaux et de perfectionnement par année d'études. La présentation du référentiel se clôture par les familles de situations pour chaque année ainsi que par un lexique adapté.

La discussion porte sur les résultats du référentiel de compétences dans son contexte mais également sur l'usage qui devrait être fait de ce référentiel de compétences dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement infirmier en RDC. Un autre point abordé est celui de l'intérêt de la démarche de l'approche par compétences dans les formations professionnelles en sciences de santé.

Mots-clés : *référentiel de compétences, infirmier, Afrique, formation de base, qualité des soins*

Abstract

This article describes the results of a participatory process aiming towards the construction of a referential of competencies for secondary level nurses in south contexts, more specifically in Democratic Republic of Congo (DRC). Priority is given to the presentation of the final validated product. The referential of competencies is accompanied by a referential of training as prerequisite, which presents the studies program. Only the referential of competencies is described in this article.

The referential of competencies takes is first presented, describing the different skills, which a school nurse can be brought to mobilise while practicing his/her profession. The referential of competencies is presented on the basis of four key skills declined on the levels of skills and minima criteria of improvement per grades. The presentation of referential of competencies is enclosed by the "families of situations" for each year and ended with an adapted lexicon. The discussion focuses on the results of the referential of competencies in its context but also on the use which should be made of this tool within the framework of the implementation of the reform to teach the practice of nursing in DRC. Another point is the interest of this approach by skills for the vocational trainings in health sciences.

Key-words : *referential of competencies , nurse, Africa, basic training, quality of care*

Introduction

La formation initiale des infirmiers de niveau secondaire technique en République Démocratique du Congo (RDC), tout comme dans de nombreux autres contextes, n'est pas adéquate aux besoins en santé du pays. Ceci est lié à la fois à l'ancienneté des réformes qui n'ont pas encore intégré les concepts de soins de santé primaires (SSP) et de décentralisation des soins (1) mais également à l'absence d'une vraie réflexion pédagogique sur l'adéquation de la formation aux réalités des terrains. Cette problématique est relativement commune aux autres niveaux de formations des professionnels de santé. Cependant l'accent a été donné sur l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre des SSP. Dans ces contextes, c'est l'infirmier de niveau A2 correspondant au niveau de formation technique secondaire (c'est-à-dire des jeunes âgés en principe de 16-17 ans qui poursuivent une formation professionnalisante après la 4^{ème} année d'enseignement secondaire général) qui représente l'agent en charge de 85 % de l'offre de soins de la première ligne des systèmes de santé (2). La formation A2 se donne dans des Instituts Techniques Médicaux (ITM) dont plus de 350 écoles sont actuellement recensées dans le pays tandis que les formations en enseignement infirmier supérieur (niveau A1) sont données dans des Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM) au nombre d'une vingtaine.

L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'un processus de construction participative d'un référentiel de compétences pour l'enseignement infirmier de niveau secondaire en RDC à des fins d'analyses et de comparaisons (3-4-5-6). L'élaboration de ce référentiel de compétences vient s'inscrire dans un processus de réforme de l'enseignement infirmier au sein du Ministère de la Santé en RDC. La méthodologie choisie et le processus participatif qui a été engagé n'ont rien de spontané mais au contraire reflètent une volonté de professionnalisme et d'utilité du produit final (7). Le contexte qui a permis ce travail est celui d'un

partenariat entre le Ministère de la Santé et plus particulièrement sa Direction en charge de l'enseignement en sciences de santé et des bailleurs et intervenants du sud et du nord : l'Association pour le renforcement de l'enseignement et de l'éducation en santé (Area Santé) ; la Cellule de Recherche et de formation en sciences de santé (CREFSS) ; la Haute Ecole Léonard de Vinci (ISEI) ; l'Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger (APEFE) ; le Commissariat des relations internationales (CGRI) et la Ligue des infirmiers de l'espace francophone (LIEF).

Cet article aborde également des éléments sur la mise en œuvre de ce référentiel afin de favoriser une réflexion sur le transfert méthodologique à d'autres niveaux de formations initiales ou continuées des professionnels de santé.

Méthodologie

La méthodologie suivie se base sur la description des deux approches complémentaires :

- La description du processus d'élaboration du RC par l'utilisation d'une analyse systémique et le principe d'action qui est celui de la « participation représentative » de tous les acteurs concernés par une même problématique (8)
- Les étapes méthodologiques de l'élaboration du référentiel de compétences et la description de l'approche en ingénierie de formation représentée par l'approche par compétences (APC) (9-10)

Le processus d'élaboration du référentiel : l'approche systémique et participative

Nous avons choisi une approche systémique adaptée du modèle PRECEDE de Green et Kreuter pour permettre l'identification de tous les acteurs concernés (11). C'est ainsi qu'un réseau d'acteurs en provenance des mondes de l'éducation et de la santé, de la formation et de la prestation de soins, des organisations, structures associatives et institutions centrales ont produit ensemble, au cours de quatre ateliers de

10 jours chacun (de décembre 2003 à décembre 2004) ce référentiel de compétences ainsi que le référentiel de formation concordant.

Les étapes d'élaboration du référentiel

La spécificité poursuivie par l'approche par compétences est de faire se correspondre au maximum les apprentissages en cours de formation avec les activités réelles de la vie professionnelle (12). En effet, on sait à présent que les savoirs scolaires ne sont pas automatiquement transférés en situation. Ce transfert doit être préparé dès l'école et il exige plus que la maîtrise des savoirs. Ceux-ci doivent être intégrés dans des processus de réflexion, de décision, d'action (compétences) adéquats aux situations professionnelles auxquelles l'apprenant sera confronté (13). Afin de faire correspondre les compétences et les situations dans lesquelles elles sont mobilisées, il faut entraîner les apprenants dès la formation à la réalité du terrain. Une réelle ingénierie pédagogique est nécessaire et peut se résumer par les étapes suivantes :

1. Identification de la fonction de l'agent dans son organisation et description de l'organisation (organigramme)

Il s'agit dans un premier temps de clarifier qui est l'agent de santé sur lequel porte l'analyse et surtout de repérer dans le système de santé approché les fonctions attendues de cet acteur de terrain. Une clarification des niveaux d'intervention de l'agent ou encore des lieux de son exercice professionnel et de leurs appellations est nécessaire pour bien s'entendre sur les représentations propres aux différents contextes.

2. Description de la fonction / métier

Il s'agit d'analyser les fonctions et profils de compétences des professionnels de santé dont, plus spécifiquement celui de l'infirmier polyvalent de la zone de santé ou infirmier A2. A partir d'une récolte de données par observation en situation, par consensus au sein d'un panel d'experts, par relevé des normes sanitaires et par intégration des programmes verticaux ont été identifiées les activités/tâches du

personnel infirmier(e) dans les zones de santé de RDC.

3. Catégorisation des savoirs

Cette étape consiste à classer les fiches d'activités/tâches selon les catégories proposées : d'une part en activités cognitives, procédurales, réflexives, psycho-affectives et sociales et, d'autre part, en degrés d'observabilité du verbe d'action (du plus général au plus précis). C'est au départ de ce classement que s'opère le repérage des compétences clefs soit des savoirs, savoir-faire et savoir être mobilisés en situation.

4. Intégration des compétences

L'étape suivante est celle de la description des situations d'exécution courante soit celle de la mise à plat des « familles de situations ». Ce travail est indispensable dans la mesure où ce qui permet de lier les compétences entre elles et de les traduire de façon opérationnelle, c'est de les ancrer dans les situations à gérer (14). Il s'agit donc de présenter des situations plausibles parmi les plus courantes et représentatives de celles exercées par l'agent de santé. La situation doit être assez précise pour que l'on "voie" de quoi il s'agit tout en évitant de s'égarer dans des détails. Ce sont bien des situations que l'agent de santé rencontre et qu'il est de sa responsabilité de gérer.

- Croiser les compétences et les familles de situations

Une fois les compétences arrêtées et les familles de situations décrites un passage nécessaire est celui du croisement entre les situations et les compétences mobilisées dans chacune d'elles. Ceci nous permet de valider les étapes déjà parcourues.

- Se mettre d'accord sur les objectifs continués d'intégration (OCI)

La formalisation des compétences attendues se concrétise dans la formulation de ce qui a été nommé l' « objectif continué d'intégration, OCI » dans les contextes de formation de base. Il s'agit de rendre directement visible ce qui est attendu tout au long de l'année comme macro-compétence d'intégration. Les spécificités de l'exercice infirmier à savoir la diversification des lieux de

pratique avec des mobilisations de compétences différentes a amené à construire non pas ce qui est classiquement attendu en terme d' « objectif terminal d'intégration, OTI » mais à s'approprier pour les raisons suscitées le concept d' « OCl ».

5. Structuration des paliers de compétences

- Identifier les paliers pour chaque compétence

A ce stade, et toujours dans le contexte de production participative, il s'agit pour chaque compétence d'identifier les paliers de compétences auxquels l'apprenant doit être formé pour l'exercer de façon optimale. Ces paliers de compétences seront parfois des activités ou des regroupements d'activités. Ils sont bien des étapes vers l'acquisition de la compétence.

- Identifier les critères pour chaque palier de compétence (critères minimaux et de perfectionnement)

En vue de l'évaluation de la formation, il reste à écrire pour chaque PC les critères minimaux (CM) et de perfectionnement (CP) soit les indicateurs de niveau de maîtrise du PC. La rigueur est de mise quand il s'agit de décliner au plus juste les qualités du PC. Celles-ci peuvent s'exprimer en substantif (adéquation, cohérence, précision, originalité, etc.) ; en substantif plus adjectif (emploi pertinent, interprétation correcte, production personnelle, etc.); ou encore en question (le patient est-il confortable?, les normes de sécurité sont-elles respectées ? Etc.).

6. VALIDATION DU RC

La validation d'un référentiel de compétences se fait en plusieurs étapes et il est préférable de plutôt parler de processus de validation. Cette validation doit s'opérer aussi bien sur le terrain d'application auprès des professionnels de la santé et de la population qu'auprès d'experts en Santé Publique et en Education (nationaux et internationaux). Les résultats de la validation seront tous considérés pour produire la version finale du référentiel de compétences.

- Validation interne

Comme souligné plus haut, une validation interne en cours d'atelier se joue grâce d'une part à la représentativité de tous les acteurs concernés et d'autre part grâce au suivi méthodologique systématique incluant des phases d'aller-retour permettant des contrôles et réajustements incontournables.

- Validation externe

Cette dernière étape du processus, plus formelle, a pour objectif de recueillir l'avis du plus grand nombre d'intervenants en enseignement des sciences de santé et de l'éducation sur la pertinence du travail produit, afin de vérifier l'adéquation entre le référentiel et les profils de compétences réellement attendus de l'agent de santé et d'évaluer la lisibilité et l'utilisation du référentiel de compétences.

Résultats

Les résultats doivent nécessairement présenter la mise en forme de ce référentiel en plus de présenter son contenu. La lecture du référentiel est facilitée par l'appropriation de son mode d'emploi présent dans le référentiel. Disons ici simplement qu'il faut considérer chaque élément en lien avec les autres, la pratique de la profession impliquant la mobilisation des compétences dans des contextes (familles de situations) spécifiques.

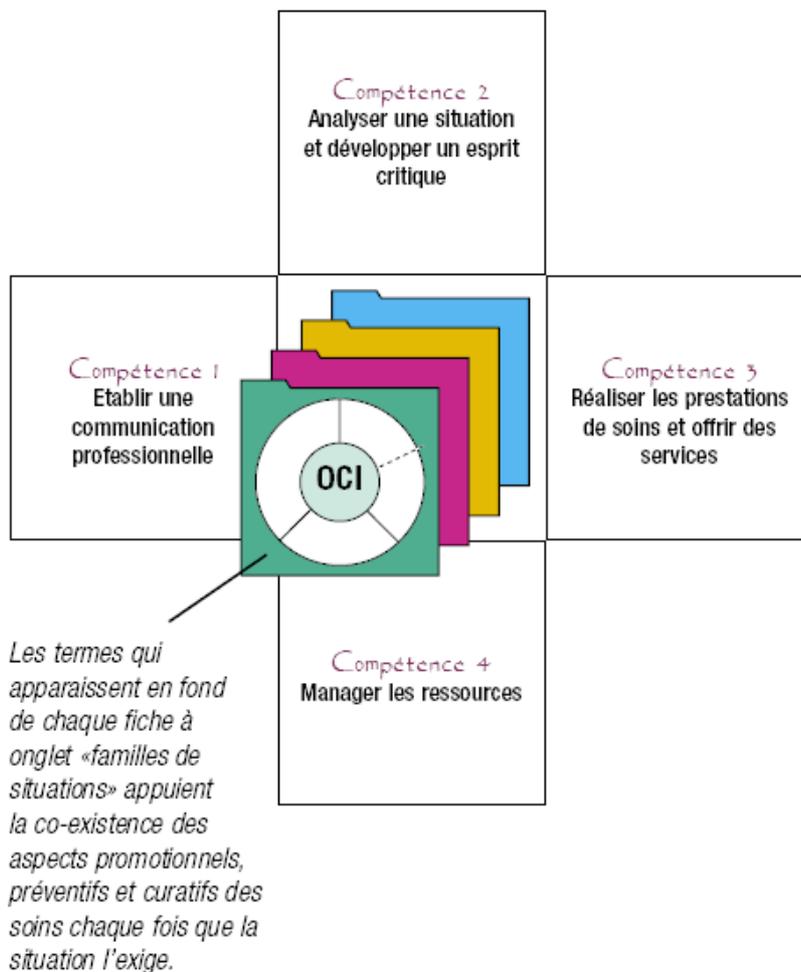
Soulignons la présence dans le référentiel d'un lexique qui guide, lui aussi, l'utilisateur dans sa découverte de l'outil. Les cadres de référence (en santé et en pédagogie) retenus y sont décrits également et sont un peu les garants et la mémoire des objectifs à l'origine du projet.

L'ensemble des résultats qui suivent rend compte du référentiel de compétences. Seule sa présentation à des fins d'article est différente mais essaye au mieux de traduire le produit final dont la présentation graphique favorise une utilisation optimale. Une seule compétence pour l'ensemble des quatre années de formation est présentée dans cet article, de même que seule les familles de situations de la quatrième année sont reprises.

Mise en forme du référentiel de compétences

Ce référentiel est un outil dans le cadre de la réforme nationale de l'enseignement en sciences de santé en RDC.

Figure 3. Présentation et mode d'emploi du référentiel de compétences infirmières du niveau secondaire en RDC



Il se présente sous la forme d'un carré avec des rabats qui s'ouvrent vers l'extérieur. Sur les rabats extérieurs, le cadre pédagogique et le cadre de santé permettent de découvrir les valeurs et le contexte spécifique de ce référentiel de compétences infirmières.

La première étape est de prendre connaissance de l'Objectif Continué d'Intégration (OCI), c'est-à-dire du profil attendu de l'étudiant en cours d'année (fiches centrales volantes).

Autour de l'OCI sont décrites les familles de situations, c'est-à-dire les situations dans lesquelles sont évaluées les compétences de l'apprenant. En effet, les compétences visées par l'objectif continué

d'intégration doivent pouvoir être mises en œuvre tant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé que dans celui des soins curatifs à l'hôpital et au centre de santé.

Ensuite, il faut parcourir les compétences. Chacune d'elles renvoie à une des compétences clés visées par la formation. La lecture verticale de la compétence informe de tous les Paliers de Compétences (PC) soit de tout ce qui doit être maîtrisé par année d'étude pour cette compétence.

La lecture horizontale montre l'évolution de ce PC au cours des 4 années d'études. Pour la compréhension des chiffres, il est recommandé de lire de la façon suivante :

1.1.1 : le premier chiffre correspond à l'année, le deuxième à la compétence et le troisième au palier de compétence. Pour chaque palier de compétence les critères d'évaluation sont précisés. Ceux-ci se partagent en deux catégories : les CM soit les Critères Minimaux (ensemble de critères qui, lorsqu'ils sont rencontrés dans les situations décrites permettent l'obtention de 75% des points) et les CP : Critères de Perfectionnement (critères qui, lorsqu'ils sont rencontrés permettent d'obtenir 100% des points).

Contenu du référentiel de compétences

Cadres de référence :

Cadre de référence en santé

Le processus de construction de ce référentiel de compétences infirmières est basé sur l'exigence d'adéquation entre la formation de base et les tâches attendues sur le terrain des infirmiers et infirmières de niveau A2 en République Démocratique du Congo.

La finalité recherchée est de former des professionnels de la santé ayant des capacités et des compétences qui leur permettent de réaliser les Soins de Santé Primaires dans leur pays. C'est ainsi qu'experts de terrain, professionnels de la santé et de l'éducation ont tissé des liens entre le monde de l'éducation et celui de la santé.

Le cadre de référence retenu pour la construction de ce référentiel de compétences infirmières est celui des Soins de Santé Primaires et de la Promotion de la santé. Les démarches et stratégies de la promotion de la santé privilégiées dans cette approche sont : la participation et le développement de l'autonomie, la démarche intersectorielle, l'engagement dans la réduction des inégalités en matière de santé, l'approche globale de la santé.

Cadre de référence en pédagogie

Le référentiel de compétences infirmières décrit les objectifs et les finalités de la formation. Il sert de cadre de référence

pour former des infirmier(e)s aptes à assurer les démarches en promotion et en prévention, à réaliser des soins conformes aux attentes de la population et des professionnels de la santé. Ces infirmier(e)s seront capables : d'établir une communication professionnelle, d'analyser une situation et développer un esprit critique, de réaliser les prestations de soins et offrir des services et de manager les ressources.

Il s'agit là des compétences-clés à acquérir en cours de formation. Elles sont les fils conducteurs, autant pour l'élaboration du programme (intitulés et contenus de cours) que du curriculum (ensemble du système de formation : cours/stage/méthodes/évaluation, etc.) L'approche classique (transmissive) a montré ses limites quant au transfert, à l'utilisation des savoirs en situation. C'est pourquoi ce référentiel est basé sur l'approche par compétences.

Compétences pour les 4 années d'étude

Compétence 1. Etablir une communication professionnelle : Echanger, dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l'individu, la famille, la communauté et les autres organisations.

Compétence 2. Analyser une situation et développer un esprit critique : Identifier au départ des données collectées les problèmes de santé des individus, familles ou collectivités et prendre de manière participative des décisions pertinentes.

Compétence 3. Réaliser les prestations de soins et offrir des services : Dispenser les soins et offrir les services de manière globale, continue et intégrée en partenariat avec l'individu, la famille ou la communauté.

Compétence 4. Manager les ressources : Mobiliser et utiliser rationnellement les ressources en vue de répondre efficacement aux besoins des individus, des familles, des communautés et des autres organisations.

Compétences pour les 4 années d'étude :

Compétence 1. Etablir une communication professionnelle : Echanger, dans le respect mutuel, de manière à établir une relation de confiance avec l'individu, la famille, la communauté et les autres organisations.

Tableau 1. Présentation de la compétence « Etablir une communication professionnelle », par année d'étude

Années d'étude	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année
<p>1.1.1. Etablir et entretenir une relation adéquate avec une personne CM:•présentation mutuelle •écoute attentive •traduction fidèle des propos de la personne (avec aide si nécessaire) •langage compréhensible •langage adéquat (verbal et non verbal) •respect du secret professionnel CP:•relation chaleureuse •écoute active</p> <p>1.1.2. Informer la personne CM:•pertinence de l'information •information adaptée •utilisation appropriée des canaux d'informations CP:•capacité de susciter la rétro information (feedback)</p> <p>1.1.3.--</p> <p>1.1.4.--</p> <p>1.1.5. Rédiger un rapport CM:•respect du canevas •respect de la grammaire CP:•cohérence des idées</p> <p>1.1.6. Participer aux activités de l'équipe CM:•relation harmonieuse et chaleureuse •écoute attentive •respect de l'autre, des habitudes et des normes de vie dans l'équipe •interaction avec les membres</p>	<p>2.1.1. Etablir et entretenir une relation harmonieuse avec une personne, la famille ou un groupe CM:•présentation mutuelle •écoute attentive •langage compréhensible •langage adéquat •relation chaleureuse •respect du secret professionnel CP:•reformulation correcte</p> <p>2.1.2. Donner les conseils nécessaires à une personne, une famille ou un groupe CM: •conseils adaptés •choix du moment et environnement propice •vérification de la compréhension effective des conseils CP:•respect des habitudes du milieu (tradithérapeute)</p> <p>2.1.3. Animer une séance de communication (promotion, prévention) CM: •langage compréhensible •langage adapté •méthodes adéquates pour la participation active des groupes cibles CP:•distribution équitable de la parole</p> <p>2.1.4. Présenter oralement des données à l'équipe (informations sur le patient, observations, collecte des données ...) CM:•langage professionnel •structuration de l'information</p>	<p>3.1.1. Etablir et entretenir une relation harmonieuse et, si nécessaire, apporter un soutien psychologique à une personne, la famille, un groupe ou la communauté CM:•présentation mutuelle •écoute attentive •langage compréhensible •langage adéquat •relation chaleureuse •reformulation correcte •respect du secret professionnel CP:•manifestation d'empathie</p> <p>3.1.2. Eduquer en fonction du diagnostic (communautaire ou clinique)une personne, une famille ou un groupe CM:•choix judicieux du thème •utilisation des canaux de communication appropriés •offre de possibilités d'échange •respect des habitudes du milieu (tradithérapeute) CP:•capacité de susciter la participation</p> <p>3.1.3. Animer une séance de communication en vue d'un changement de comportement CM:•langage compréhensible •langage adapté •vérification de la compréhension du message •distribution équitable de la parole CP:•créativité</p> <p>3.1.4. Présenter des informations à l</p>	<p>4.1.1. Etablir et entretenir une relation harmonieuse et, si nécessaire, apporter un soutien psychologique à une personne, la famille, un groupe ou la communauté CM:•présentation mutuelle •écoute active •langage compréhensible •langage adéquat •relation chaleureuse •reformulation correcte •respect du secret professionnel CP:•manifestation d'empathie •congruence</p> <p>4.1.2. Eduquer et former en fonction du diagnostic une personne, une famille ou un groupe CM:•choix judicieux du thème •utilisation des canaux de communication appropriés •offre de possibilités d'échange •capacité de susciter la participation CP:•formation pertinente</p> <p>4.1.3. Animer une séance de communication en vue d'un changement de comportement CM:•langage compréhensible •langage adapté •vérification de la compréhension du message •distribution équitable de la</p>	

	<p>CP:•capacité de synthèse</p> <p>2.1.5. Rédiger un rapport</p> <p>CM:• respect du canevas</p> <ul style="list-style-type: none"> •résumé de qualité •respect de la grammaire •vocabulaire professionnel <p>CP:•cohérence des idées</p> <p>2.1.6. S'intégrer dans l'équipe</p> <p>CM:•relation harmonieuse</p> <ul style="list-style-type: none"> •écoute attentive •respect de l'autre, des habitudes et des normes de vie dans l'équipe <p>CP:•interaction avec les membres</p>	<p>'équipe (un diagnostic communautaire, des propositions d'interventions, des observations sur les patients, gestion de la rumeur, ...)</p> <p>CM:•langage professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> •structuration de l'information •capacité de synthèse <p>CP:•argumentation convaincante</p> <p>3.1.5. Rédiger un rapport</p> <p>CM:•vocabulaire professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> •respect de l'orthographe •respect de la grammaire •respect du canevas •synthèse de qualité <p>CP:•canevas enrichi</p> <p>3.1.6. Participer aux réunions du service</p> <p>CM:•relation harmonieuse</p> <ul style="list-style-type: none"> •écoute attentive •respect de l'autre, des habitudes et des normes de vie dans l'équipe •interaction avec les membres <p>CP:•suggestions et avis pertinents</p>	<p>parole</p> <p>CP:•créativité</p> <ul style="list-style-type: none"> •capacité de susciter la participation <p>4.1.4. Présenter et argumenter des informations (un diagnostic communautaire, des propositions d'interventions, des observations sur les patients, gestion de la rumeur,...)</p> <p>CM:•créativité</p> <ul style="list-style-type: none"> •capacité de synthèse •langage professionnel •structuration de l'information •langage convaincant <p>CP:•capacité de susciter la participation</p> <p>4.1.5. Rédiger un rapport</p> <p>CM:•vocabulaire professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> •respect de l'orthographe •respect de la grammaire •respect du canevas •synthèse de qualité <p>CP:•créativité</p> <ul style="list-style-type: none"> •références bibliographiques conformes aux normes scientifiques <p>4.1.6. Participer aux réunions du service</p> <p>CM:•relation harmonieuse et chaleureuse</p> <ul style="list-style-type: none"> •écoute attentive •respect de l'autre, des habitudes et des normes de vie dans l'équipe •interaction avec les membres •suggestions et avis pertinents <p>CP:•recherche de solutions pertinentes pour des conflits d'équipe</p>
--	---	--	--

Tableau 2. Objectif continué d'intégration et familles de situations pour la 4^{ème} année

Objectif continué d'intégration	Famille de situations dans la communauté	Famille de situations au centre de santé	Famille de situations à l'hôpital
<p>Assurer des activités de prévention et de promotion de la santé au niveau individuel, familial ou collectif, dans toutes les structures d'une zone de santé . Assurer la prise en charge de patients présentant des problèmes de santé courants pour sa région, aussi bien au centre de santé qu'à l'hôpital, en consultation ou en hospitalisation.</p>	<p>Dans une aire de santé durant son stage, l'apprenant aide le groupe cible à identifier ses problèmes de santé. Il identifie l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour faire face à ces diagnostics. Il tient une réunion de l'équipe de centre de santé au cours de laquelle il présente un dossier de diagnostic communautaire ainsi que les activités pertinentes à mettre en œuvre. Il organise, anime et évalue, si possible dans le cadre de la situation analysée et de toutes les manières en relation avec la liste établie présentée dans le lexique, une séance de communication pour le changement de comportement pour, soit : 10 à 50 élèves en milieu scolaire de 6 à 12 ans ou de 12 à 18 ans ; 20 à 40 relais communautaires dans une communauté. L'apprenant doit avoir recours aux personnes ressources et à tous les documents de référence.</p>	<p>1. Durant son stage dans une aire de santé, l'apprenant assure, auprès d'une population cible déterminée par le centre de santé, une des séances suivantes:•vaccination • CPS • santé de la reproduction : CpoN ou naissances désirables • hygiène du milieu. En outre, l'apprenant réalise une analyse du taux de couverture pour l'activité menée. L'apprenant doit avoir recours aux personnes ressources et à tous les documents de référence. La réalisation des prestations techniques spécifiques liées à l'activité se fera pour au moins deux personnes.</p> <p>2. L'apprenant prend seul en charge, en utilisant les ordinogrammes, deux patients qui viennent consulter au centre de santé. Ces patients présentent un problème de santé courant pour la région. L'évaluation a lieu lors du dernier stage planifié dans un centre de santé.</p>	<p>L'apprenant prend seul en charge un patient dépendant ou semi-dépendant âgé de moins de 60 ans. Parmi tous les soins requis, il preste au moins un soin de base et de 2 à 4 soins spécifiques. L'évaluation a lieu lors du dernier stage de l'année planifié dans un des services suivants : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique. L'apprenant doit avoir le temps de prendre connaissance du patient et de son dossier.</p>

Les objectifs continués d'intégration et les familles de situations

Un objectif continué d'intégration et des familles de situations sont décrits par année d'étude.

Le tableau 2 présente l'objectif continué d'intégration et les familles de situations dans la communauté, au centre de santé et à l'hôpital, pour la quatrième année.

Discussion

De nombreux niveaux de discussions peuvent se faire autour des résultats de ce référentiel de compétences, de son contexte d'utilisation et de son élaboration. On se trouve en effet à la jonction de plusieurs secteurs: celui de l'éducation, celui de la santé et enfin le secteur plus transversal des sciences sociales par le processus même qui a amené sa construction. On se limitera dans cette discussion aux objectifs posés dans ce travail : présenter un référentiel de compétences infirmiers dans son contexte, analyser brièvement les résultats et axer la discussion sur l'usage et le transfert de ce type d'outil.

Il est cependant utile de rappeler le principe de consensus dans les décisions prises. Ainsi certains choix de contenus du référentiel de compétences ne peuvent échapper « aux modes en vigueur », tels que les programmes intitulés CCC (Communication pour le Changement de Comportements). Ces programmes sont en effet réducteurs des principes d'action de la promotion de la santé et partiellement en contradiction avec les logiques constructivistes des pédagogies actives. Des nuances sont à rechercher à travers des débats de fond sur des thématiques elles aussi innovantes en santé telles que la promotion de la santé, les questions d'éthique et de genre, etc.

L'APC s'accompagne de dispositifs pédagogiques particuliers basés sur les concepts de pédagogies actives et de socioconstructivisme (15). La mise en œuvre de ce référentiel de compétences, au travers du curriculum de formation, nécessite des changements de l'organisation du planning scolaire, des activités d'apprentissage et de l'évaluation. Citons notamment la mise en

place de semaines d'intégration et l'évaluation certificative orientée davantage sur le terrain de stage. Les apprenants doivent en effet être évalués en situation de stage. Ce référentiel de compétences infirmières sert donc autant de guide aux contenus à apprendre, qu'aux méthodes et à l'évaluation. De cette manière, il devient un outil qui devrait être utilisé au quotidien autant par les apprenants que par les enseignants et encadreurs de stage. Une diffusion large du document auprès des apprenants doit donc être envisagée, contrairement au référentiel de formation qui est principalement du ressort du corps professoral.

Par rapport au contexte spécifique, la motivation qui est au départ de ce travail est le manque de corrélation entre ce qui est appris en classe ou en stage et la réalité des tâches que les professionnels de santé sont amenés à faire au niveau de leurs lieux d'exercices professionnels. La formation des infirmiers de niveau technique secondaire en RDC correspond au profil de fonction de l'agent polyvalent qui se trouve en général au niveau de la première ligne des soins de santé primaires dans son pays. C'est cet infirmier qui aura le rôle du médecin généraliste tel qu'il est compris dans les contextes du nord : considérer la plainte comme la porte d'entrée vers le patient, établir un diagnostic de probabilité, traiter ou référer le patient, considérer son environnement social et familial dans la prise en charge, faire appel à la communauté, conseiller, accompagner. Il est également amené à assurer des actes techniques au centre de santé ou à l'hôpital de première référence. Le référentiel de compétences pour les infirmiers de la RDC inclut l'ensemble de ces dimensions sous les quatre compétences clés. Quand on parle de qualité des soins, il s'agit en effet non pas seulement d'être formé à la prestation technique (16) mais également à la communication (17), l'analyse et le management (18-19). Ces compétences clés se déclinent ensuite en paliers de compétences qui reflètent le niveau de formation attendu des infirmiers A2 année

par année. Il est nécessaire en effet de maintenir une adéquation entre les différents niveaux de formation des professionnels de santé d'une même organisation. En l'occurrence, il serait intéressant d'établir en RDC le référentiel de compétences des infirmiers de niveau A1 et des médecins afin de travailler à cette corrélation et de renforcer l'adéquation plus globale du référentiel de compétences des infirmiers de niveau A2. Un débat existe de plus depuis longtemps sur la nécessité de maintenir ce niveau d'infirmier mais est relativement dépassé à partir du moment où la réflexion se base sur une analyse du système de santé, des normes sanitaires et des plateaux techniques et sur l'adéquation de la planification des ressources humaines en santé. S'il apparaît qu'une analyse des fonctions et des profils de compétences détermine des tâches bien différentes, des niveaux de formations variables doivent être envisagés. Ce sont alors les spécificités des fonctions qui vont déterminer ces différentes formations. En effet, il semble de plus en plus évident lors de l'élaboration de référentiels de compétences pour les professionnels de santé qu'il existe un réel socle de compétences et de capacités communes que nous pourrions appeler : « socle de compétences des soignants ». Ce sont les familles de situations et les paliers de compétences qui vont différencier les fonctions.

Concernant le transfert de la méthode, il ne s'agit pas seulement de faire correspondre des contenus matières à des savoirs utiles mais bien d'une approche pédagogique intégrée dans le temps et l'espace. L'approche par compétences nécessite une ingénierie pédagogique et l'expertise conjointe des professionnels de la santé et de l'éducation. L'APC est en soi une méthode particulièrement efficace d'élaboration de programmes cohérents pour les études professionnalisantes telles que celles en santé. Il s'agit néanmoins de se positionner dans un paradigme différent (20) qui est celui des compétences et non seulement celui des connaissances. Il n'est pas possible d'envisager un programme basé sur l'APC qui ne couvre que l'ensemble des savoirs. En effet le

développement des savoir-faire et savoir être sont tout aussi prioritaires dans l'agenda de la formation. L'intérêt de l'APC est moins dans le pragmatisme de la formation, dans des contextes du sud, que dans les méthodes d'enseignements et d'évaluation à mettre en place en lien avec le cadre de référence théorique. Ce sont en effet ces modifications dans les manières d'apprendre qui, à terme, peuvent entraîner des changements de comportements favorables au développement d'un esprit critique, de l'autoapprentissage, de l'ouverture et du dialogue (21). On pourra alors considérer des formations réellement orientées entre autres vers la promotion de la santé.

L'adhésion au changement et aux nouvelles initiatives peut donner une impression de facilité voir d'utopie. Il n'en est rien : ce changement n'est pas spontané mais a été travaillé avec les acteurs concernés au départ du processus. Une vision commune de la problématique et une volonté d'entrer le plus exclusivement possible par le développement des capacités plutôt que par l'hypothétique transfert de savoirs a permis de garder la cohérence d'une masse critique d'acteurs concernés. Une vision collective du changement et individuelle des capacités acquises sont deux mécanismes complémentaires porteurs de développements. C'est ainsi que nous pouvons conclure sur la complexité utile des choses qui permet, en vue d'un changement, de profiter de l'existence d'approches aussi différentes en sciences sociales, humaines et de santé.

Remerciements

A l'ensemble des personnes qui ont été impliquées dans le processus de la réforme dont entre autres les collaborateurs de la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé du Ministère de la Santé de RDC, les instituts techniques médicaux de Kinshasa partenaires, le milieu associatif infirmier en RDC, les membres de la Cellule de Recherche et de formation en sciences de santé (CREFSS), les experts de la Haute Ecole Léonard de Vinci (ISEI) et de l'Association pour le renforcement de l'enseignement et de l'éducation en santé (Area Santé). Cette production rentre dans le cadre du PROJET

CK 01/01 : « Renforcement de la formation de base pour infirmier(e)s des Instituts Techniques Médicaux (ITM) à Kinshasa en République Démocratique du Congo (RDC) », de l'Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger / APEFE (M.Jean Gilllet, Directeur).

Références

1. Hongora C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 2004 ; 364:1451-56.
2. Berteloot G, Gagnayre R, d'Ivernois JF. Pratique infirmière dans un contexte isolé : implication pour la formation. *Santé Publique* 2004 ; 16:239-50.
3. Pingoud K. Elaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire. *Santé Publique* 2004 ; 16:225-38.
4. Viau, R. *La motivation en contexte scolaire*. Paris-Bruxelles: De Boeck Université, 1997.
5. General Medical Council. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. GMC publication (<http://www.gmc-uk.org>)
6. Durana I. *Procédé d'enseignement des soins de santé primaires. Programme d'études*. New York : La Fondation Rockefeller, 1981.
7. Roegiers X. *Analyser une action d'éducation ou de formation*. Paris-Bruxelles: De Boeck Université, 1997.
8. Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Levêque 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. *Human Resources for Health* 2004, 2:16.
9. Roegiers, X. *Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, 2000.
10. Oiry E, d'Iribrane A. La notion de compétences : continuités et changements par rapport à la notion de qualification. *Sociologie du Travail* 2001 ; 43 : 49-66.
11. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. London: Mayfield Publishing Compagny, 1991.
12. Donnadieu B, Genthon M, Vial M. *Les théories de l'apprentissage. Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : InterEditions-Masson.
13. Roegiers X. *Des situations pour intégrer les acquis*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, 2003.
14. Perrenoud P. Articulation théorie-pratique et formation des praticiens réflexifs en alternance in Lhez, P., Millet, D. et Séguier, B. (dir.) *Alternance et complexité en formation. Education – Santé – Travail social*, Paris : Editions Seli Arslan, 2001, pp. 10-27.
15. Jonnaert P. *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*. Bruxelles : Editions de Boeck, 2002, p 34-40.
16. Hesbeen W. *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 208 pp.
17. Berthon I. Eduquer le patient, des compétences infirmières au carrefour du soin et de la pédagogie. *Santé Publique* 2004, 16 : 363-71.
18. Rosenhead J, Mingers J. *Rational analysis for a problematic world revisited*. New York: Editions Wiley, 2004, pp.366.
19. Mintzberg H. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris : Dunod, 1999, 456 pp.
20. Perrenoud P, Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? *Pédagogies collégiales* 1995 ; 9 (1) :20-24.
21. Abrami P, Chambers B, Poulsen C, De Dimone C, d'Appllonia S, Howden J. *L'apprentissage coopératif. Théories, méthodes, activités*. Montréal : Edition de la Chenelière. 191p.

Conclusion

Ces deux articles permettent de formaliser la démarche méthodologique qui a été poursuivie afin d'en assurer à la fois son analyse et sa reproductibilité dans d'autres contextes similaires. De plus, cet exercice a été fait avec quelques acteurs clés ou pilotes du changement et nous a permis de mieux comprendre à quel point « agir et résoudre ne supposent pas nécessairement que l'on sache énoncer le processus sur lequel on a fondé son action. La formulation de l'action échappe souvent à celui qui la réalise, même lorsqu'il la réussit brillamment. Les exemples ne manquent pas pour établir la faiblesse de l'énoncé métacognitif » [Vergnaud, 2001 ; Schön, 1994].

Ces articles doivent être complétés par une remarque concernant la forme finale choisie pour les référentiels de compétences. Le choix de prioriser un outil d'autoévaluation (le référentiel de compétences) pour l'apprenant nécessite de laisser les critères ou indicateurs d'évaluation accessibles. L'énoncé des indicateurs doit se faire avant de finaliser le référentiel de compétences alors qu'il se fait en général lors de la construction des situations d'intégration [Roegiers, 2003 ; Roegiers, 2004] en vue de l'élaboration du référentiel de formation et du recueil des outils d'évaluation. Ainsi, une concordance des indicateurs du référentiel de compétences avec les outils d'évaluation est possible. En République Démocratique du Congo, ce travail de concordance sera fait progressivement car le référentiel de compétences a été finalisé avant l'élaboration complète des situations d'intégration par années d'étude.

Il est à noter que dans le cadre de la formation continue, les outils d'évaluation (principalement le bilan de compétences) doivent être pensés avant le travail sur les plans de formation, tandis qu'en formation de base, l'élaboration du référentiel de formation précède l'élaboration du recueil des outils d'évaluation.

Le chapitre suivant nous permet de progresser dans la construction d'un curriculum basé sur l'approche par compétences, en établissant en cohérence au référentiel de compétences, le référentiel de formation. Cette étape participe à la transposition didactique [Perrenoud, 1998].

2.3. PASSAGE DU RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES AU RÉFÉRENTIEL DE FORMATION

Ce texte a été élaboré plus particulièrement avec la collaboration directe de Colette Lejeune et Dominique Lemenu

La poursuite de la documentation de l'ensemble des étapes permet de formaliser le cheminement par tâtonnements qui s'est produit tout au long des ateliers participatifs. Si la construction du référentiel de compétences a été assurée, en République Démocratique du Congo, pour les quatre années de la formation, celle du référentiel de formation ne s'est fait que pour la première année. Il est préférable de progresser d'année en année afin d'évaluer chaque fois l'année précédente et d'assurer les croisements nécessaires toujours dans la perspective d'éviter des écarts chronologiques. Dans les suites de cette recherche, un article présentera toutes les étapes, méthodes et processus de validation pour la construction d'un référentiel de formation en Afrique francophone pour les professionnels de la santé. Cette documentation permettra d'avancer plus facilement dans d'autres contextes qui démarrent une réflexion similaire. Il s'agit principalement du Rwanda et du Sénégal. Le contexte Belge de l'enseignement infirmier est également considéré dans ces travaux méthodologiques comme terrain de comparaison.

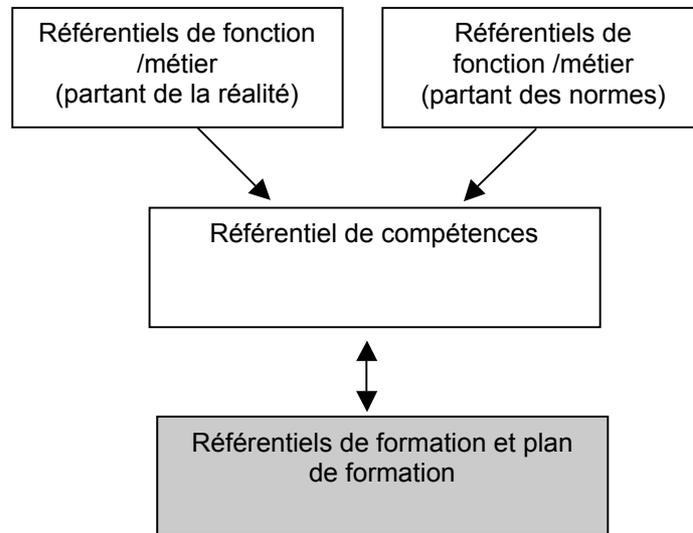
Ce chapitre, dans cette quatrième partie, présente de manière résumée les étapes méthodologiques poursuivies. Nous présentons, en annexe 9, une version intermédiaire du référentiel de formation pour la première année en République Démocratique du Congo afin de rendre plus concrètes certaines explications méthodologiques. La version définitive du référentiel de formation (première et seconde année) pour la République Démocratique du Congo ne sera accessible, auprès du Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo, qu'à la rentrée académique de 2006.

Introduction

Dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé, il est urgent de documenter les processus ayant montré certains résultats. En formation certaines innovations sont en cours de réalisation dans divers contextes du sud. Les expériences en pédagogie et santé méritent d'être traduites et rendues accessibles afin de permettre leur analyse qualitative. Trop souvent, les études relatives aux ressources humaines en santé mentionnent l'existence d'activités de formation sans beaucoup d'autres informations permettant une analyse de la pertinence et de l'efficacité du changement. Elles précisent parfois les méthodes surtout quand celles-ci sont moins habituelles telles que les pédagogies actives dites aussi innovantes bien qu'elles soient déjà anciennes dans la littérature. Le propos de cet article est de rendre accessible le processus de construction d'un référentiel de formation à partir d'un référentiel de compétences. Un précédent article intitulé « De l'élaboration de référentiels de compétences à la gestion des ressources humaines en santé : présentation de concepts et outils pédagogiques pour le renforcement des systèmes de santé » décrit en détail les étapes et le processus de construction d'un référentiel de compétences. Un autre article intitulé « Présentation du référentiel de compétences infirmier en République Démocratique du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé », présente le résultat sous forme du référentiel de compétences lui-même. Un court résumé de la méthodologie de construction d'un référentiel de compétences est présenté sous forme d'un tableau synoptique en début d'article. L'objectif ici est d'aller une étape plus loin, celle de la transposition didactique, c'est-à-dire de la transformation du référentiel de compétences en un référentiel de formation. Cette étape est particulièrement importante pour les enseignants car il s'agit de comprendre le passage des savoirs savants aux savoirs enseignés afin de permettre une meilleure appropriation du cadre de référence représenté par le référentiel de compétences. Le contexte d'application est celui de l'enseignement infirmier (formation initiale) en République Démocratique du Congo.

Avant de décrire le référentiel de formation, nous faisons un bref rappel dans le schéma ci-dessous des différentes étapes de construction d'un référentiel et d'un plan de formation : la première clarification est de nous situer à nouveau dans le schéma suivant :

Figure 8. Etapes successives pour élaborer un référentiel de formation selon l'approche par compétences



Les différentes étapes sont donc les suivantes :

Le référentiel de fonction/métier, partant de la réalité, est élaboré à partir des tâches réellement effectuées sur le terrain des professionnels de santé. Sa construction émane d'une récolte d'informations directement auprès des professionnels selon une méthodologie de récolte de données qualitatives rigoureuse.

Le référentiel de fonction/métier, partant des normes, est celui qui est décrit dans les normes existantes, qu'il s'agisse des normes sanitaires, éducatives ou autres. Il s'agit du profil de fonction prescrit et institutionnalisé selon les besoins définis par le système de santé et les planificateurs.

Les référentiels de compétences et de formation, voir d'évaluation, sont ceux qui assurent la traduction didactique en vue de la formation. La traduction du référentiel de compétences en référentiel de formation fait appel au concept, en pédagogie, de transposition didactique en référence au triangle didactique des savoirs. La synthèse que nous faisons ci-dessous se concentre sur cette dernière partie du schéma.

Contenu d'un référentiel de formation

Avant d'entrer dans la méthodologie de construction d'un référentiel de formation, voici une synthèse des éléments qui y figurent. Un référentiel de formation est l'ossature pour la construction des activités et des contenus d'apprentissage et d'évaluation de chaque année, c'est-à-dire :

1. Les objectifs généraux et spécifiques

Ils sont écrits pour chaque compétence, élaborés de façon transversale c'est-à-dire indépendamment des cours. Ces objectifs guident l'ensemble des apprentissages à l'intérieur des disciplines.

2. Les modules et les cours

Les modules sont des ensembles de cours. Ils sont au nombre de 1 à 2 par compétence.

Les cours couvrent, par module, l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être pertinents pour l'année. Ces cours sont assortis de leurs objectifs généraux ainsi que des dispositifs pédagogiques les plus adéquats en lien avec les types de savoirs visés.

Les propositions de dispositifs pédagogiques sont précisées pour guider les enseignants vers des méthodes qui préparent au mieux la mobilisation des savoirs dans les situations d'intégration et d'évidence et ultérieurement dans les différents lieux de stage. Il s'agit par exemple de favoriser la participation des apprenants, les mises en situation/jeux de rôles, les études de cas, le recherche documentaire, l'équilibre transmission/induction/exécution, l'alternance situations de groupe/individuelles, l'intérêt pour le développement continu de savoirs, savoir-être et savoir-faire, etc.

Enfin notons que sous l'intitulé « savoir-faire et savoir-être » figurent les paliers de compétences visés par le cours. Ils peuvent être considérés comme les objectifs spécifiques des cours.

Les propositions de modalités d'évaluation disciplinaire figurent aussi dans le tableau analytique des cours. Elles encouragent les enseignants à dépasser dans leurs évaluations des modes de restitution classique pour aller vers des vérifications plus pertinentes à l'APC. Les autres outils d'évaluation, soit pour les situations d'intégration et les stages se retrouvent eux dans le « recueil des outils d'évaluation » ou référentiel d'évaluation qui sera explicité plus loin.

Tableau 12. Présentation du « Tableau analytique des cours par module »

Module				
Intitulé du cours et objectif général	Savoirs	Savoir faire et savoir être	Dispositifs pédagogiques (Exemples proposés)	Moyens d'évaluation

3. La planification

Elle concerne tant les heures de stage, de cours, de semaines d'intégration, que d'examens et de vacances.

Les règles en vigueur dans le pays conditionnent le nombre de semaines d'activités d'enseignement et le moment des périodes de vacances. A partir de là se calcule le nombre de semaines réparties dans les différents types d'activité. Le résultat de ces calculs figure dans le référentiel, la méthodologie utilisée est exposée plus loin.

4. Le canevas des situations d'intégration

Les situations d'intégration, outils précieux de la formation, sont présentées dans le référentiel sous la rubrique d'un canevas / guide à leur écriture et d'un exemple. Elles sont en effet trop nombreuses pour toutes y figurer et font donc l'objet d'un recueil séparé, tout comme les contenus de cours et les outils d'évaluation.

Moments clés de la formation, les périodes d'intégration mobilisent dans des situations qui simulent le stage, les savoirs, savoir-faire et savoir-être dans les cours. Les situations d'intégration sont des situations qui, à l'école, préparent l'apprenant à ses stages. Ce sont des situations complexes, contextualisées et signifiantes qui engagent l'apprenant à utiliser tous ses savoirs, issus de plusieurs cours et qui requièrent la réalisation d'une ou plusieurs

production(s) clairement précisée(s). Elles sont préparées et encadrées par les enseignants concernés par ces cours.

L'apprenant y est acteur, il doit mobiliser un ensemble de ressources. Les situations d'intégration sont orientées vers l'objectif continué d'intégration (OCI) et vers les familles de situations. Elles doivent être des situations nouvelles par rapport à ce qui a été fait en classe précédemment.

Tableau 13. Canevas de situations d'intégration

Titre de la <u>situation d'intégration</u>		
Famille de situations visée		
Compétences et PC mobilisés		
Contexte : Description de la situation		
Consignes : Que doivent faire les apprenants ? Dans quelles conditions ? (individuellement, en groupe...) Que doivent-ils produire ?	Productions attendues :	<u>Critères</u> et indicateurs :
Ressources et matériel : Ressources documentaires (cours, documentation...) : Matériel : (Flip chart, ordinateur, matériel de soin, mannequin...)		

Un exemple de situation d'intégration est présenté en annexe 12.

5. Les outils d'évaluation.

Il existe des fiches de points disciplinaires pour les cours et des documents d'évaluation spécifiques aux situations d'intégration et aux stages. Ils permettent de rendre compte de l'ensemble des points attribués par palier de compétence et donc par compétence pour chaque apprenant.

Ces outils étant nombreux, ils peuvent faire l'objet d'un recueil séparé à condition que des liens précis guident le lecteur du référentiel de formation au recueil d'outils d'évaluation. Dans le cas précis du référentiel de formation en République Démocratique du Congo, seul figure le bulletin de synthèse de fin d'année. En première année, les modalités de l'examen d'admission se trouvent aussi dans le référentiel de formation.

Etapes méthodologiques

Tous les éléments du référentiel de compétences servent à la construction du référentiel de formation, dans une logique à la fois analytique car il faut bien séparer les

éléments pour les construire les uns après les autres et à la fois dans une logique d'intégration car au moment même où l'on sépare les éléments, il faut garder en tête leur articulation avec les autres pour orienter la façon dont on les construit.

Ainsi on peut dire que les compétences et paliers de compétences guident plus spécifiquement les savoirs, en lien avec les familles de situations dans lesquelles ces compétences seront mobilisées.

Les familles de situations guident le choix et la planification des stages, la construction et la planification des situations d'intégration et des dispositifs qui y préparent. Elles sont d'une aide précieuse également pour la validation ou la concrétisation des critères présents dans le référentiel de compétence au regard des paliers de compétences.

1. Elaboration des contenus/matières

1.1. Construction des modules

La première étape est de traduire les compétences en autant de groupes de ressources/matières qui les sous-tendent. Ces groupes de contenus sont appelés des « modules », ils recouvrent plusieurs cours mais ne doivent pas être compris comme des modules d'apprentissage compacts dans le temps. C'est-à-dire qu'il ne faut pas voir les modules comme des ensembles qui seraient enseignés séparément les uns des autres. Les cours sont donnés dans une planification qui vise plus à la préparation des situations d'intégration en lien avec le prochain stage qu'à une homogénéité d'apprentissage. Dans un même espace temps, des cours appartenant à des modules différents peuvent donc être programmés (voir planification). C'est ainsi que l'on peut insister sur le fait que les savoirs, savoir faire et savoir être de chacun des modules et de ses cours doivent être toujours enseignés dans la perspective de leur utilisation conjointe à d'autres savoirs issus d'autres cours et d'autres modules.

Les compétences larges qui regroupent des paliers de compétences recouvrant des groupes d'activités différentes peuvent donner lieu à deux, voire plusieurs modules.

Les compétences étant les mêmes de la 1^{ère} à la 4^{ème}, les intitulés des modules sont identiques aussi, même si l'on verra que leurs contenus diffèrent selon les années.

Nous retenons ainsi, et pour chacune des 4 années, que seuls 5 modules se déclinent en autant de cours que d'ensembles de savoirs à mobiliser.

1.2. Objectifs généraux et spécifiques

La deuxième étape est de traduire, pour chaque compétence, les paliers de compétences qui y sont associés en objectifs généraux de formation, et les critères en objectifs spécifiques.

Ces objectifs généraux et spécifiques sont cependant encore des objectifs transversaux, par opposition à des objectifs disciplinaires. Cela signifie qu'ils peuvent être travaillés dans différents cours de modules concernés, voire dans d'autres modules.

Pour illustrer ce propos, retenons l'exemple suivant :

« Assurer une information adaptée » est un objectif spécifique du module « communication », qui sera visé lors du cours de « Technique de communication », mais il peut faire l'objet également d'un objectif disciplinaire du cours de « nutrition » inclus dans le module de « santé communautaire ».

Ainsi, le professeur de technique de communication et celui de nutrition peuvent travailler ensemble à la construction d'une *situation d'intégration* qui prépare par exemple à la famille de situations à l'hôpital (information à une maman sur les règles à suivre pour l'alimentation de son enfant lors d'épisodes de diarrhée).

1.3. Les contenus et intitulés de cours

La troisième étape consiste à lister les ressources qui sous-tendent les objectifs généraux et spécifiques du module. Il s'agit de repérer les contenus de cours et leurs intitulés. Ne partant pas d'un terrain « vierge » les participants à la construction d'un RF ont à l'esprit des intitulés de cours, avec leurs contenus, qu'ils associent à ces objectifs. Il s'agit alors de faire un tri parmi les contenus et intitulés de cours proposés, soit de « couper la jupe ». Ceci fait référence à la suppression des contenus obsolètes ou du moins non pertinents avec les objectifs poursuivis. Il s'agit aussi de compléter les cours proposés par de nouveaux cours, si les objectifs le requièrent.

Cette étape doit couvrir toutes les années de façon à répartir d'emblée les cours sur l'ensemble du cycle en fonction de la progression dans l'apprentissage des compétences.

Certains cours peuvent ne commencer qu'en 2^{ème} alors que d'autres se termineront avant la fin du cycle de quatre années.

Le croisement cours/objectifs permet de déterminer les PC travaillés dans les cours.

Quand on met les participants au travail sur cet objet, à savoir identifier les PC travaillés dans les cours, il est utile de se rappeler que même si le module est à l'intérieur d'une compétence, le cours peut travailler des ressources pour des PC de compétences différentes. Ajoutons, comme nous l'avons dit ci-dessus, qu'un même cours pourrait parfois prendre place dans différents modules et donc dans différentes compétences. Le choix a été fait à ce moment de ne le retenir qu'une fois, là où il apparaissait d'une manière plus prioritaire ou plus pertinente.

C'est dans ce contexte que nous retenons finalement pour la 1^{ère} année 28 cours répartis en cinq modules et quatre compétences (voir référentiel de formation de la 1^{ère} année).

Chacun des intitulés de cours se voit compléter d'un sous-titre « plein », c'est-à-dire d'une traduction en une phrase signifiante de l'objet du cours. Cette étape assez ludique et créative de la construction du référentiel est probablement plus importante qu'il n'y paraît à première vue car elle aide en fait les apprenants à intégrer rapidement l'objet d'un cours dont l'intitulé seul peut parfois paraître peu signifiant, voire rébarbatif.

Exemples : Pathologie générale : « *Mon corps pleure* » ou Epidémiologie/statistiques : « *Au-delà des chiffres* ».

1.4. Les objectifs disciplinaires

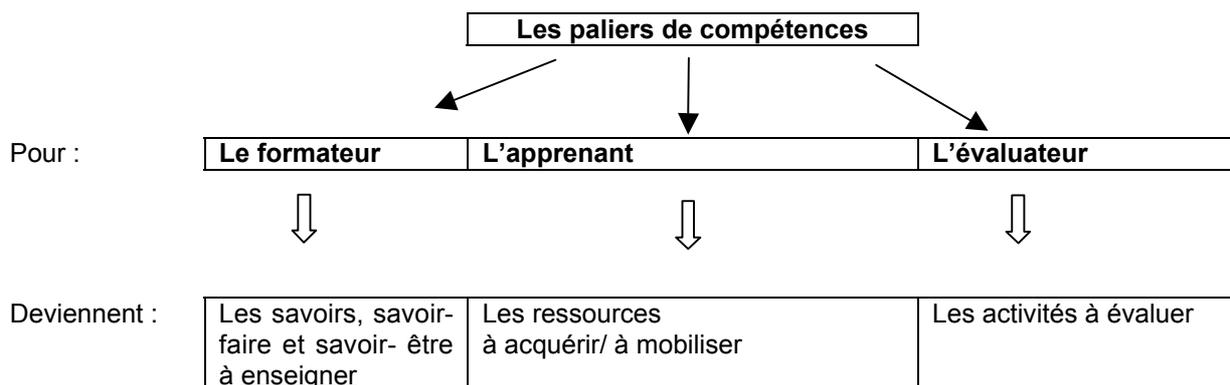
La quatrième étape, séparée ici mais concomitante à l'élaboration des contenus consiste à préciser les objectifs pour chacun des cours.

L'élaboration des objectifs propres à un cours doit être en lien avec les objectifs généraux et spécifiques de la compétence. Il s'agit de se demander quelle sera la participation spécifique de tel cours aux objectifs annoncés du module. Pour ce faire, la question est de savoir quels sont les PC majoritairement visés dans le cours. Ils deviennent les savoirs, savoir faire et savoir-être visés.

La synthèse de ces savoirs constitue l'objectif disciplinaire.

Finalement on peut voir apparaître des traductions différentes des paliers de compétences suivant la catégorie d'acteur à laquelle on se réfère et des finalités poursuivies.

Figure 9. Traduction des paliers de compétences (PC) selon les acteurs et les finalités



Nous entrons ici dans un niveau de précision qui justifie que cette étape se travaille année par année et non plus d'emblée pour tout le cycle de formation. Ce choix méthodologique est d'autant plus pertinent qu'une évaluation de la mise en œuvre se fait d'année en année permettant ainsi la construction finale des référentiels de formation des années montantes à la lumière des éléments d'évaluation de l'année précédente.

Il peut cependant être intéressant de rédiger les objectifs disciplinaires pour les quatre années de façon à garder à l'esprit et mieux concrétiser la progression d'année en année.

Les objectifs permettent de valider, modifier les contenus qui sont bien des ressources pour les compétences.

2. Elaboration de la planification de l'année

2.1. Calcul du nombre total d'heures à prester par années

Le calcul du nombre total d'heures à prester sur une année entre les différents groupes d'activités (cours/stages/semaines d'intégration/examens) doit tenir compte des imposés légaux, du contexte socio-économique et des habitudes locales.

Les conditions de vie en Afrique rendent en effet tout travail scolaire à la maison difficile voire impossible. Les trajets sont longs et chronophages. Le calcul du nombre total d'heures à prester comprend certes les temps de participation aux cours, aux semaines d'intégration et aux stages mais aussi une partie du temps de travail personnel.

Dans tous les cas les critères à retenir sont d'ordre :

- légal :
 - 44 semaines organisées par année scolaire
 - 3 semaines de vacances
- méthodologique
 - 3 semaines retenues pour les activités d'intégration
 - 6 semaines de stage pour répondre à l'exigence de maîtrise des familles de situations décrites dans le RC
- « biologique » : respect du rythme de vie de l'apprenant
 - 5 jours d'activités par semaine pour les périodes de cours, de semaine d'intégration et d'examen et à raison de 34 h semaine
 - 6 jours en période de stage à raison de 8 heures par jour

C'est au départ de ces critères que nous retenons pour la 1^{ère} année 1390 heures d'activité d'enseignement.

2.2.1 Les heures d'intégration et les heures de stages.

Elles sont calculées à partir du nombre de semaines retenues pour chacune de ces activités. En 1^{ère} année, il est donc décidé de consacrer trois semaines aux activités d'intégration. Ce choix des périodes d'intégration est motivé par les principes qui guident notre action pédagogique :

- aider l'apprenant au plus tôt et déjà dans l'école, parce que le contexte y est sécurisant au niveau de l'apprentissage, à utiliser ses savoirs, à créer des liens entre les différents cours et ce afin de le préparer au mieux à la complexité des situations de stage.
- permettre à tous les enseignants concernés par cette réforme de participer en équipe et à un moment donné à des activités pédagogiques nouvelles. Le but est de favoriser par cette voie d'entrée un travail collaboratif et intégratif au sein de l'équipe enseignante tout en laissant la liberté à chacun de continuer à adopter des méthodologies plus classiques dans leur propre cours.

Les périodes d'intégration sont donc bien construites comme étant le point focal intégrateur de l'enseignement théorique.

Pour les semaines de stage l'attention est portée au fait de couvrir toutes les familles de situations (FS) : 2 FS en 1^{ère} et 4 FS de la 2^{ème} à la 4^{ème} année.

Sur le plan organisationnel, le nombre de semaines de stage pourrait idéalement être constant d'une période de stage à l'autre de façon à faciliter la tournante des apprenants entre les stages. Si l'on planifie un stage plus court que les autres, il faut alors envisager que tous les apprenants prestent le même type de stage en même temps.

C'est dans ce contexte, on peut déjà l'imaginer, que le nombre de semaines d'intégration et de semaines de stage vont varier au cours des années de formation.

2.2.2. Les heures de cours

Ce n'est qu'après avoir déterminé le nombre de semaines de stage et d'intégration que l'on peut arrêter le nombre de semaines de cours disponibles, soit 28 semaines en République Démocratique du Congo pour la 1^{ère} année. En multipliant ce nombre de semaines par 34 (soit le nombre d'heures de cours/semaine), on obtient le nombre total d'heures disponibles pour l'enseignement théorique.

Chacun des cours doit avoir au minimum un poids de 15h ou d'un de ses multiples. En effet il s'agit de créer des conditions qui permettent à l'enseignant de dépasser le mode « conférences » et donc de créer des plages horaires suffisantes que pour multiplier le recours aux pédagogies différenciées.

C'est alors et en fonction des expertises de chacun des participants qu'ont pu être attribuées les heures pour chacun des cours.

2.2. Planification des activités

La logique que nous avons suivie pour la planification est de définir une suite cohérente des périodes (cours - semaines d'intégration - stages - examens) plutôt qu'une logique de respect d'un calendrier strict.

2.2.1. Planification des stages

La première activité à planifier est celle des périodes de stage. Il s'agit de les placer aux temps les plus propices à l'intégration ou à l'apprentissage. En clair il faut avoir eu les moyens d'y préparer les étudiants. La succession des types de stages dans le temps doit aussi être pensée dans ce sens : les stages demandant de l'habileté technique en plus des habiletés de communication et d'analyse sont à programmer plus tard que les stages mobilisant moins de types de compétences en même temps.

Cependant, aucun stage n'est simple, communiquer avec la communauté, repérer les indices de problèmes, comprendre les mesures prises, etc. tout cela requiert une bonne préparation. C'est pourquoi chaque période de stage doit être précédée de plusieurs semaines de cours et d'une période d'intégration.

2.2.2. Planification des semaines d'intégration

Deux impératifs conduisent au choix des périodes d'intégration : elles doivent précéder immédiatement les stages pour y préparer au mieux les apprenants d'une part et suivre une période de cours suffisamment longue pour construire les savoirs nécessaires à la gestion des situations d'intégration d'autre part. Cependant, une période de cours de plusieurs semaines peut avantageusement être entrecoupée d'une courte période d'exercices d'intégration, en dehors de la perspective immédiate du stage. Celle-ci aura alors plutôt pour but de vérifier la compréhension de la matière et la capacité des apprenants à l'utiliser dans des situations simples mais intégratives.

2.2.3. Planification des semaines de cours et d'examen

Les périodes d'examens sont très liées à des prescrits légaux, il faut cependant veiller à ce qu'elles ne précèdent pas une période d'intégration.

Les périodes restantes après la planification de toutes les activités reprises plus haut sont dévolues aux cours.

La planification retenue en République Démocratique du Congo pour la première année est présentée à la page suivante.

Tableau 14. Planification des cours pour la première année de la formation infirmières en République Démocratique du Congo (année 2005-2006)

I^{er} SEMESTRE																								
Mois	Septembre				Octobre				Novembre				décembre				Janvier							
Semaines	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dates																								
Périodes	I ^{ère} Période								II ^{ème} Période								III ^{ème} Période							
I ^{ère} Année	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
							C 3j SI 2j							C 2j SI 3j	S	S	V	V	C	C	C	C	E	C

II^{ème} SEMESTRE																								
Mois	Février				Mars				Avril				Mai				Juin							
Semaines	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44				
Dates																								
Périodes	IV ^{ème} Période												V ^{ème} Période											
I ^{ère} Année	C	C	C	C	SI	C	C	V	C	C	SI	S	S	S	S	C	C	E	E	E				

SI : situation d'intégration
C : cours
V : vacances
E : Evaluation

2.2.4. Planification de la matière (succession des cours dans le temps)

La même logique que celle décrite ci-dessus doit prévaloir pour cette planification. Ce sont les réponses aux questions suivantes qui vont permettre d'organiser la suite chronologique des cours dans le temps :

- Quel est le premier stage ? (communauté, centre de santé, hôpital)
- Quelles sont les situations d'intégration à programmer pour préparer au mieux les apprenants aux stages ?
- Quels sont les cours concernés ou encore quelles sont les ressources à mobiliser et dans quels cours sont-elles prioritairement travaillées ?
- Y a-t-il des cours reconnus comme prérequis à d'autres ?
- Quels sont les modules que l'on veut déjà voir certifier durant les examens de février ?

3. Elaboration des modalités d'évaluation

3.1. Choix de la logique d'évaluation

Des temps d'évaluation formative et d'autres d'évaluation certificative sont prévus tout au long de l'année scolaire et ce pour chacune des activités d'enseignement.

Ne sera décrite ici que la logique de l'évaluation certificative, sachant que les enseignants auront recours au même cadre de référence pour la part formative.

Il existe plusieurs modalités pour l'évaluation, plus ou moins en adéquation avec l'approche par compétences. Dans cette optique, trois « modèles » peuvent être proposés :

- Un modèle classique d'évaluation par discipline, qui s'éloigne fort de la logique d'évaluation de compétences.
- Un modèle mixte où par exemple, seule l'évaluation des stages et situations d'intégration se ferait par compétences et plus spécifiquement par PC. Dans ce cas, l'évaluation de l'enseignement théorique se ferait par une attribution de notes disciplinaires.
- Un modèle d'évaluation intégralement ciblée sur les compétences au travers d'une attribution de note par PC, que ce soit en cours, en situation d'intégration ou en stage.

En République Démocratique du Congo, le choix s'est porté sur une évaluation par PC au travers de toutes les situations des activités d'enseignement.

3.2. Logique de construction des grilles de points

Il s'agit de déterminer le poids respectif de chacune des activités en terme de points. La pondération s'est faite en respectant le temps d'enseignement imparti à ces différentes activités.

Pour ce faire, il faut commencer par attribuer 10 points par tranche de 15 heures de cours, ensuite, additionner tous les points ce qui donne un nombre X égal au total des points des cours correspondant à un temps Y d'activité. A partir de là, reste à calculer combien de points sont à attribuer aux catégories de situations d'intégration et de stages sachant que l'on respecte la proportion de 50% pour les cours, 20% pour les situations d'intégration et 30% pour les stages.

3.3. Attribution des points par palier de compétence à l'intérieur des cours

Les paliers de compétences relatifs à chaque cours ont déjà été attribués (cfr. la 3^{ème} étape). Les points par palier de compétence doivent être de 5 ou d'un multiple de 5 tout en ne dépassant pas le total des points attribués pour le cours.

Ce total donne la proportion des points attribués par compétence et par cours.

Notons aussi qu'un cours peut venir nourrir plusieurs PC et pourtant n'en évaluer finalement que deux ou trois. Il est important de ne pas multiplier le nombre de PC évalués par cours

afin de ne pas alourdir l'évaluation. L'enseignant devra en effet attribuer pour son cours autant de notes qu'il y a de paliers de compétences annoncés comme évalués.

Notons cependant qu'au bulletin final de l'étudiant, c'est une note par compétence qui apparaît pour les cours. Ces notes étant la somme des points attribués pour tous les paliers de compétences de chaque compétence dans les différents cours.

Le tableau des paliers de compétences travaillés aux cours, soit les savoirs, savoir-faire et savoir être est présenté ci-dessous.

Tableau 15. Spécification des paliers de compétences dans les disciplines

Paliers de compétences visés	Technique communication	Informatique	Français	Anglais	Psychologie générale	Déontologie	Sociologie	Education physique	Soins de santé primaires	Environnement	Nutrition	Epidémiologie / Statistique	Anatomie / Physiologie	Biologie	Soins infirmiers généraux	Pharmacologie	Pathologie générale	Parasitologie/Entomologie	Microbiologie	Hygiène	Mathématique	Chimie générale	Techniques de soins	Techniques de laboratoire	Techniques assainissement	Ergonomie /Manutention	Administration : Principes gén.	Organisation système de santé	Total PC	Total compétences	Pourcentage	
	1.1.1 Etablir relation harmonieuse	/10				/5	/10	/5																							30	170
1.1.2 Informer personne	/10		/10	/20			/5			/5		/20			/5	/5		/10												90		
1.1.5 Rédiger rapport		/10	/20											/5																35		
1.1.6 Participe enquête					/10																					/5			15			
1.2.1 Collecter données						/5		/20	/10	/10	/10			/10		/10	/5	/5									/5			90	240	Note /240x100=
1.2.2 Identifier besoins				/5				/10		/5		/40	/10	/5		/20														95		
1.2.9 Planifier soins														/5								/15								20		
1.2.11 Evaluer démarche														/5								/15	/5	/5	/5					35		
1.3.1 Réaliser soins															/10				/10	/10	/5	/15			/5					55	/140	Note /140x100=
1.3.2 Réaliser activité labo															/5				/5		/5		/10							25		
1.3.3 Réaliser activité assainissement									/10								/10	/5		/10				/10						45		
1.3.4 Réaliser activité réadaptation							/5																		/10				15			
1.4.1 Enregistrer personne		/10										/5														/5	/5			25	/60	Note /60x100=
1.4.2 Utiliser matériel												/5						/5			/15	/5	/5							35		
Pondération des cours	20	20	30	20	10	20	10	10	30	20	20	20	60	10	30	20	30	20	10	30	20	10	60	20	20	20	10	10	610			

3.4. Attribution des points par palier de compétence pour les stages et les situations d'intégration

Il s'agit d'élaborer une feuille de synthèse de toutes les situations d'évaluation certificatives pour les activités d'intégration et les stages.

Pour cela il faut déterminer les situations d'évaluation, les acteurs de cette évaluation et les paliers de compétences sur lesquels porte l'évaluation.

3.4.1. Les situations retenues sont :

- Les situations d'intégration portant sur les familles de situations spécifiques à l'année de formation. Pour la première année en République Démocratique du Congo, il s'agit de l'hôpital et de la communauté.
- Les rapports de stages à l'hôpital et en communauté.
- Les stages proprement dits.

3.4.2. Les acteurs retenus sont :

- Les enseignants concernés par les situations d'intégration
- Les encadreurs de stage de l'école pour les rapports de stage
- Les encadreurs de stage de l'école et du terrain pour les stages proprement dits.

3.4.3. Les paliers de compétences retenus sont choisis selon les critères suivants :

- Chaque palier de compétence doit être évalué au moins 3 fois mais pas trop souvent non plus de façon à ne pas alourdir le système.
- La sélection des paliers de compétences est guidée par les situations et les acteurs concernés par l'évaluation.

Il est évident que chaque situation d'évaluation fait l'objet de consignes et de supports d'évaluation spécifique. Ainsi les consignes du rapport de stage à l'hôpital et en communauté font partie intégrante du recueil d'outils d'évaluation.

Tous les documents d'évaluation (en stage, en situation d'intégration ...) reprennent pour chaque palier de compétence qui y est travaillé, les indicateurs et les points attribués par indicateur.

Tableau 16. Synthèse individuelle des notes obtenues par compétences en stage et en situation d'intégration

Paliers Compétences (PC)	Stages											Situations d'intégration					
	Certification Rapport de stage		Tot. /PC	Certification Encadreur de stage/ hôpital		Total /PC	Certification Encadreur de terrain communauté et hôpital			Tot. /PC	Tot. /C	Total pond stages /C	Certification Situations d'intégration		Tot. /PC	Tot/C	Tot. pond SI /C
	Comm	Hôp.		Hôp. I	Hôp. II		Comm	Hôp. I	Hôp. II				Comm	Hôp.			
1.1.1. Relation pers. soignée					/10	/10	/10	/10	/10	/30	note/110	/75 %				note/ 40	/50 %
1.1.2. Informer					/10	/10			/10	/10	(note/110) x 75=		/10	/10	/20	(note /40)x 50 =	
1.1.5. Rapport	/10	/10	/20										/10	/10	/20		
1.1.6. Equipe							/10	/10	/10	/30							
1.2.1. Collecte de données	/10	/10	/20		/10	/10	/10			/10	note/120	/150 %	/10		/10	note/ 50	/100 %
1.2.2. Besoins /problèmes		/10	/10	/10	/10	/20					(note/120) x 150=		/10	/10	/20	note x 2=	
1.2.9. Planifier		/10	/10		/10	/10								/10	/10		
1.2.11. Evaluer sa démarche	/10	/10	/20		/10	/10							/10		/10		
1.3.1. Réaliser les soins					/10	/10		/10	/10	/20	note/140	/115 %		/10	/10	note/ 30	/80 %
1.3.2. Laboratoire					/10	/10		/10	/10	/20	(note/140) x 115=					(note /30) x 80=	
1.3.3. Assainissement				/10	/10	/20	/10	/10	/10	/30			/10		/10		
1.3.4. Réadaptation					/10	/10		/10	/10	/20				/10	/10		
1.4.1. Enregistrer								/10	/10		note/50	/20 %		/10	/10	note/ 20	/20 %
1.4.2. Matériel				/10	/10	/20		/10	/10	/20	(note/ 50) x 20=			/10	/10		

3.5. Construction du bulletin

La synthèse des évaluations est concrétisée dans le bulletin qui rend compte réellement de l'évaluation de compétences.

Nous l'avons vu, il est décidé sur base de ces réflexions d'attribuer 50 % des points aux cours, 30% aux stages et 20 % aux situations d'intégration. Ceci reflète en même temps la proportion de temps consacré à chaque catégorie d'activités mais aussi le souci de ne pas attribuer trop de points aux cours car ils ne sont pas le lieux le plus pertinent pour évaluer des compétences.

Par ailleurs, d'autres paramètres interviennent dans l'attribution des points aux catégories (cfr. supra, notamment le souci d'attribuer des notes en chiffres entiers, de n'évaluer que 2 à 3 paliers de compétences par cours) en sorte que si la proportion 50/30/20 est respectée globalement pour chaque catégorie, elle ne l'est pas nécessairement pour chaque compétence à l'intérieur des catégories. Il est impossible de respecter cette proportion rigoureusement étant donné que le nombre de cours diffère d'une compétence à l'autre et le nombre de paliers de compétences également. Le poids relatif de chaque compétence peut dès lors varier.

Tableau 17. Bulletin de l'apprenant

Compétences	Cours		Situations d'intégration		Stages		Total	
	Points	%	Points	%	Points	%	Points	%
Communication professionnelle	/170		/50		/75		/295	
Analyse et esprit critique	/240		/100		/150		/490	
Prestation des soins et services	/140		/80		/115		/335	
Management des ressources	/60		/20		/20		/100	
Total	/610	50%	250	20%	360	30%	/1220	100%

Il reste à décider alors des conditions de réussite, d'ajournement ou d'échec. Le barème suivant est arrêté.

Situations de réussite :	Situations d'ajournement :	Situations de refus :
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas d'échec ➤ Pas plus d'un échec par compétence et pas plus d'un échec par catégorie (stage, situation d'intégration, cours). ➤ Le total de chaque compétence doit être = ou > à 50 % 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plus d'un échec dans une compétence ou dans une catégorie ➤ Moins de 9 échecs dans le tableau de synthèse des résultats ➤ Total inférieur à 50 % dans une ou deux compétences 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plus de 8 échecs dans le tableau de synthèse des résultats ➤ Total inférieur à 50 % dans 3 ou 4 compétences ➤ Impossibilité de remédiation entre la première et la deuxième session (ex :stages impossibles à refaire).

Mention:

- Satisfaction si le % total des compétences est compris entre 50% et 69%
- Distinction si le % total des compétences est compris entre 70 et 79%
- Grande distinction si le % total des compétences est > ou = à 80 %
- Plus grande distinction si le % total des compétences est > ou = à 90 %

Conclusion

A partir d'un référentiel de compétences, il est possible d'aller vers de nombreuses formes de référentiels de formation et d'évaluation. L'important est de valider la faisabilité des constructions en situation et d'assurer un maximum de croisements. Une difficulté rencontrée dans la construction d'un référentiel de formation est de savoir jusqu'où il faut aller dans la transposition didactique. Un continuum avec les méthodes d'enseignements en classe nous amènerait facilement à élaborer, en même temps que le cadre de référence institutionnel, un guide des formateurs.

La nécessité de travailler l'adéquation des formations aux compétences attendues des professionnels de santé n'est pas une mince affaire. Il s'agit non seulement de maîtriser les enjeux pédagogiques d'un travail de traduction et de transposition didactique, mais également ceux de la santé publique et de la planification. Par ailleurs la gestion de la qualité des productions est un enjeu particulier du processus participatif et représentatif. Néanmoins devant cette complexité, des articles tels que celui-ci permettent de se projeter sur les méthodes de constructions afin de favoriser les transferts. Il est également important que les professionnels de santé réalisent le besoin de travailler en intersectoriel avec le monde de l'éducation. Une remarque qui s'impose dans cette conclusion est celle d'une projection perpétuelle sur la finalité qui se trouve bien dans le champ de la santé et le nécessaire accompagnement de tels chantiers par des professionnels de la santé ayant la maîtrise de l'approche par compétences.

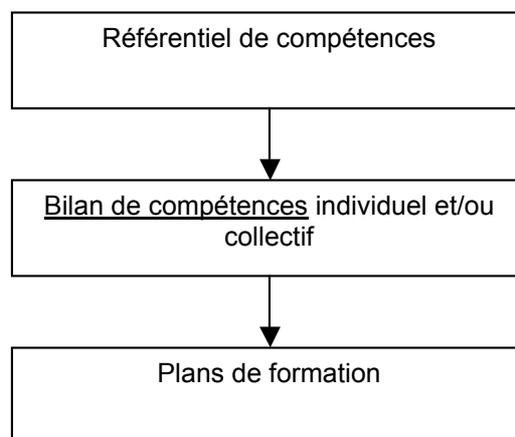
2.4. RÉFÉRENTIELS ET PLANS DE FORMATION CONTINUE

L'élaboration de plans de formation dans le cadre des plans opérationnels annuels des districts et des régions sanitaires nous amène à considérer, dans la région médicale de Diourbel au Sénégal, l'utilisation de l'approche par compétences comme un outil de gestion de la formation. La gestion de la formation est une des nombreuses problématiques relatives à la gestion des ressources humaines en santé. Nous connaissons par ailleurs la faible efficacité des formations en cours d'emploi des professionnels de santé dans les contextes d'Afrique subsaharienne. Ces formations sont en général liées aux programmes verticaux en santé et tiennent peu compte des besoins réels en terme de renforcement des capacités. Les besoins de formation n'existent pas « en soi ». Ils constituent des « écarts » qu'il faut identifier et analyser par rapport aux situations concrètes ou aux référentiels qui sont à leur origine [Le Boterf, 2005]. De plus, ces sessions de formations, outre la déstabilisation répétée des organisations de santé par le départ fréquent des acteurs clés, développent peu les capacités et compétences transversales au profit d'approches pédagogiques transmissives et thématiques.

L'approche préconisée est celle d'élaborer des référentiels de compétences sur la même base méthodologique que dans le cadre de la formation initiale.

Après la construction du référentiel de compétences, les démarches méthodologiques ne sont pas les mêmes et peuvent suivre les étapes de la figure ci-dessous.

Figure 10. Le bilan de compétences dans le cadre de l'établissement de plan de formation



Il est nécessaire de passer par la logique des bilans de compétences afin d'établir des plans de formations. Ces plans de formation se centrent sur une analyse précise des besoins exprimés sous forme d'objectifs de formation qui reflètent les écarts de compétences, de capacités dans les familles de situations à gérer.

Les bilans de compétences peuvent se faire de diverses manières et s'accorder au besoin des organisations et des acteurs. Les annexes 13, 14 et 15 présentent à la fois des référentiels de compétences, des bilans de compétences et des canevas pour les plans de formation pour les infirmiers et médecins au Sénégal. La règle de l'innovation est bienvenue car il s'agit de rechercher ce qui convient le mieux pour chacun des niveaux institutionnels approchés. C'est ainsi que selon l'utilisation, les référentiels et bilans de compétences peuvent servir :

- pour élaborer des politiques de formations à un niveau stratégique national ;
- pour établir les plans de formations des districts et régions médicales ;

- d'outil pour l'auto-évaluation formative des agents de santé ;
- d'outil de supervision formative ;
- d'outil d'encadrement des stagiaires [ISEI, 2006] ;
- de cadre de référence dans lequel les programmes verticaux en santé devraient trouver leurs places afin de répondre à la question de l'intégration et de l'efficacité des formations ;
- d'outil de gestion des ressources humaines en général.

Concernant ce dernier point, une attention particulière au concept de performance [Meessen *et al.*, 2002] dans le cadre des organisations en santé est nécessaire en Afrique comme ailleurs. En effet, l'approche par performance correspond à un mécanisme de motivation financière sur base d'une logique de production de services de santé et fait prioritairement référence à « l'output » d'un système (ce que le système produit). Afin de clarifier les représentations entre performance en santé et en pédagogie, des définitions sont données dans les annexes. Les bilans de compétences font référence à une évaluation de « l'input » en se centrant sur la qualité et les compétences des ressources humaines des organisations. Nous insistons sur la juxtaposition des deux logiques, celle de la performance et celles des compétences en gestion des ressources humaines en santé, mais dans un cadre mieux analysé. Il est probable que les deux approches soient complémentaires. Cependant les modalités opérationnelles de mise en œuvre nécessitent d'être bien séparés. Une logique de contrôle ne peut être liée à une logique formative. Les référentiels et bilans de compétences peuvent inclure des indicateurs de compétences et de performance. C'est la pertinence dans l'utilisation des outils pédagogiques qui permettra d'aller plus ou moins loin dans la mise en œuvre du changement recherché en terme de meilleure gestion des ressources humaines en santé.

Selon les contextes institutionnels et organisationnels, l'utilisation de l'approche par compétences en formation continue peut être envisagée plus ou moins aisément en continuité avec les développements pédagogiques élaborés pour la formation initiale. C'est éventuellement le cas de figure au Sénégal où la Direction des Ressources Humaines en Santé, au sein du Ministère de la Santé, est en charge à la fois de la formation initiale et continue des professionnels de santé. En République Démocratique du Congo, les mandats sont séparés et l'implication de la Direction en charge de la formation continue, à travers la construction des curriculums de formations initiales, permet d'envisager des liens et des renforcements cohérents en termes d'approches méthodologiques et de politiques de formation.

L'approche systémique pour l'analyse de la situation de la formation continue est importante si nous voulons renforcer l'existant et éviter de créer de nouvelles structures de formation qui ne sont pas toujours pertinentes. Au Sénégal, comme dans de nombreux autres contextes, ce sont les professionnels de santé eux-mêmes : superviseurs, médecins de districts, infirmiers titulaires de postes de santé etc. qui sont en charge de la formation continue, chacun à son niveau et pour un public cible précis. Nous observons d'ailleurs, dans les référentiels de compétences, aussi bien pour le médecin chef de district que pour l'infirmier chef de poste, l'existence d'une famille de situations de type « formation ». Un travail spécifique de formation de formateurs, intégré au système de santé et basé sur la mise en œuvre effective des pédagogies actives et de l'approche par compétences, devrait être envisagé de manière systématique en même temps que la construction des cadres de référence que représentent les référentiels de compétences et les outils d'évaluations.

C'est ainsi que nous proposons de revoir le rôle pédagogique des professionnels de santé à la lumière de l'approche par compétences. C'est une porte d'entrée vers une meilleure acquisition des compétences relatives à l'éducation thérapeutique du patient et à la promotion de la santé en général.

En terme d'évolution de la gestion des compétences dans le cadre de la formation en cours d'emploi, nous faisons référence à Guy Le Boterf [Le Boterf, 2005]. Celui-ci remet l'organisation du travail au premier plan en posant une série de questions qui nous amène sur une trajectoire plus lointaine en termes de perspectives d'innovation pour le système de santé: « Comment relier les référentiels de compétences à des organisations et non plus seulement à des emplois-types ? Quelles organisations pour favoriser l'autonomie et une réelle délégation de pouvoir et de moyens ? Quelles conditions réunir pour favoriser la réunion et la coopération des compétences en vue d'une création de valeur ? Quelles organisations pour faciliter l'apprentissage collectif ? Quels référentiels pour intégrer les exigences de coopération et de travail en réseau ? Comment organiser l'articulation nécessaire entre la gestion des compétences et la gestion de la connaissance (*knowledge management*) ? »

2.5. ELÉMENTS DE CONCLUSION POUR L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES DANS LES CURRICULUMS INFIRMIERS

La rigueur méthodologique nécessaire dans l'application d'une approche par compétences, en plus de la nécessité d'assurer une adaptation au secteur de la santé, a besoin d'être nuancée en lien avec la situation de santé rencontrée dans le contexte. C'est-à-dire qu'en fonction des priorités de santé publique, une mise en exergue de certaines activités peut s'opérer. Cette approche rejoint le concept de plaidoyer, voire parfois de choix politiques rendus clairement visibles. Par exemple, choisir de préciser la question du genre ou la référence et contre référence dans l'énoncé d'un palier de compétence rend ces éléments plus visibles que s'ils n'étaient cités qu'au niveau des critères. Notons que dans le contexte Rwandais c'est même au niveau de l'identification de la compétence « Exercer la profession en conformité avec le code de déontologie professionnelle et l'éthique » que la visibilité a priori s'est inscrite. Par ailleurs, nous savons que c'est bel et bien le fait que les éléments se retrouvent dans les critères qui en assurent leur évaluation. De cette manière, nous pouvons conclure que l'écriture d'un référentiel de compétences participe autant à un travail technique d'ordre pédagogique qu'à un travail de cohérence sur la vision en santé que le pays veut adopter. Il ne s'agit pas seulement de préciser le cadre de santé, mais d'opérer une intégration de l'outil (référentiel de compétences) avec les finalités en santé. Ces finalités se traduisent par des choix méthodologiques qui sont notamment :

- l'intégration de plusieurs compétences par familles de situations ;
- la mise en évidence de certains éléments prioritaires dans les compétences et les paliers de compétences ;
- la vérification de la concordance des critères avec les principes d'actions qui sous-tendent le concept de promotion de la santé, inclus les inégalités en matière de santé (telle que la question du genre et celle du gradient socio-économique avec le niveau d'éducation).

3. RENCONTRE DE DEUX CHAMPS D' ACTIONS : LES PÉDAGOGIES ACTIVES EN FORMATION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Ce chapitre questionne la rencontre entre les méthodes et outils pédagogiques utilisés dans le champ de la promotion de la santé [Bontemps *et al.*, 2005] et de l'éducation thérapeutique du patient [d'Ivernois *et al.*, 2004] avec les méthodes et outils pédagogiques appliqués dans les situations d'apprentissages relatives à la mise en œuvre de l'approche par compétences.

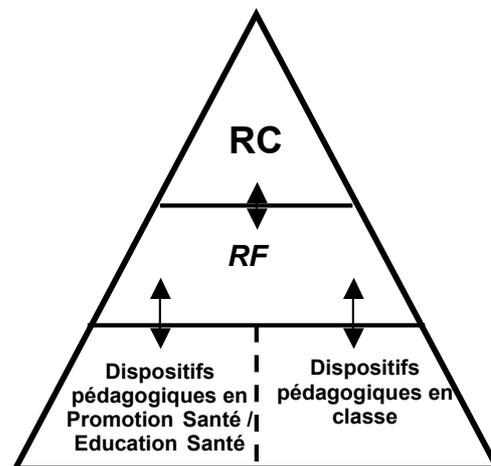
Cette question est d'autant plus importante dans les contextes du sud que chaque programme vertical développe ses propres outils d'éducation du patient et des collectivités [Lamboray *et al.*, 2003]. Par ailleurs, le champ de la promotion de la santé y est encore trop

peu développé et cette analyse transversale en pédagogie devrait permettre une meilleure intégration dès le départ de la promotion de la santé avec l'ingénierie pédagogique et la formation. Ceci d'autant plus que c'est déjà depuis les années soixante que des ponts entre pédagogie et santé existent et sont à la base de l'éducation pour la santé [Piette, 1994].

De manière générale, ce sont les liens entre le secteur de la santé, par le biais de la promotion de la santé, et le secteur de l'éducation, par le biais de l'approche par compétences, qui sont questionnés. Par ailleurs, il sera sans doute plus facile de travailler les pédagogies actives et les dispositifs de formation adéquats à la mise en œuvre de l'approche par compétences avec des professionnels du champ de la formation en promotion de la santé et pas uniquement avec des ingénieurs pédagogues.

La figure suivante présente la relation entre le référentiel de compétences (RC), le référentiel de formation (RF) et les dispositifs pédagogiques en provenance du monde de la promotion de la santé ou de celui de la formation et des pédagogies actives.

Figure 11. Relation entre les dispositifs pédagogiques en formation et en promotion de la santé



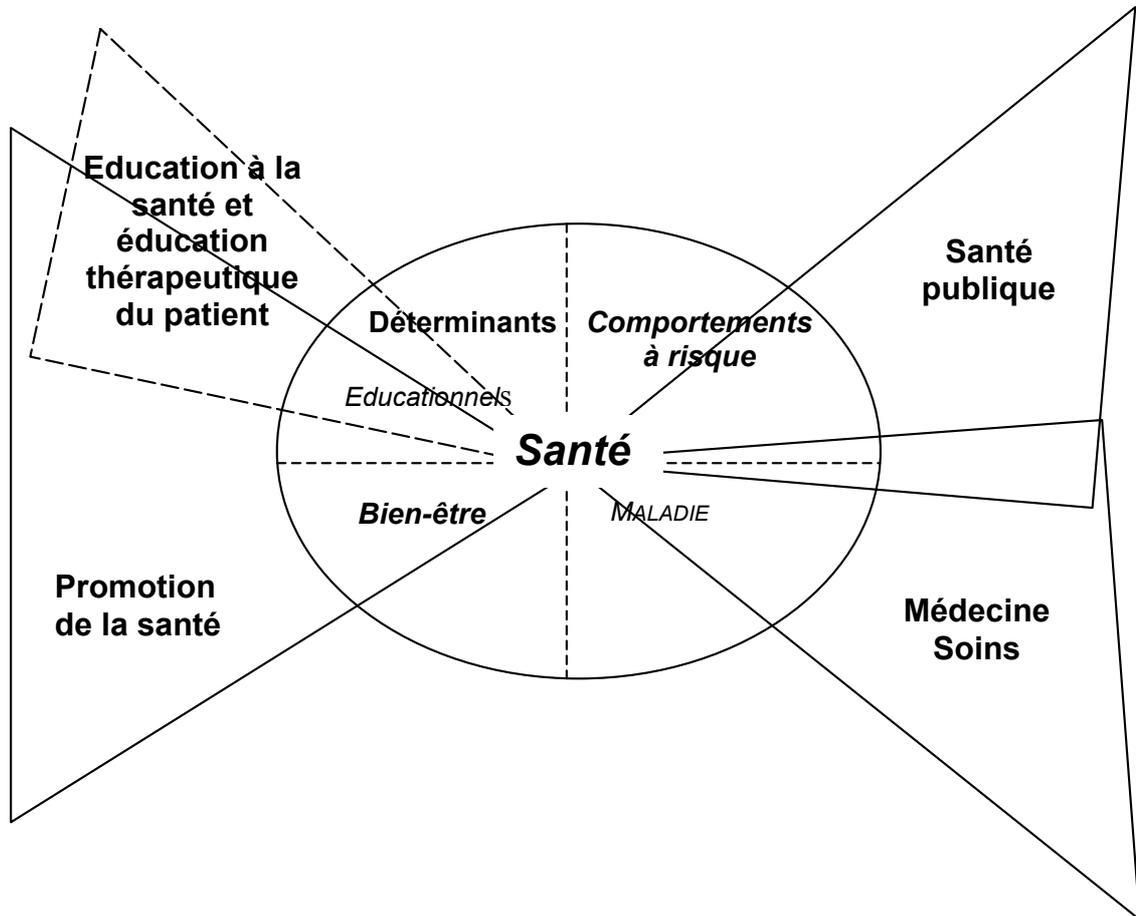
Il existe un grand nombre d'outils et méthodes en promotion de la santé aussi bien orientés sur l'individu, la famille, la collectivité, les décideurs ou les autres professions non (para)médicales concernées par la santé (le transport, l'habitat, etc..). Ces spécificités sont similaires à celles de la pédagogie en terme de choix de méthodes et outils en fonction du publique cible, de son âge etc. Nous ne traiterons ici que de l'éducation et de la promotion de la santé orientées vers l'individu, sa famille et sa collectivité.

Cette réflexion nous ramène d'une vision intersectorielle, l'enseignement et la formation versus la santé, à celle d'une vision plus intégrée, même si elle est limitée aux outils et méthodes d'enseignement et d'apprentissages. En effet, s'il est pertinent de développer l'autonomie à travers l'apprentissage, qu'il s'agisse du patient, de la collectivité ou de l'apprenant, il peut sembler inutile de repartir dans les pédagogies actives totalement décontextualisées lors de la formation de formateurs et d'enseignants en santé.

Les liens entre méthodes et outils dans les deux champs existent et méritent un travail systématique de « transfert » afin de faciliter l'appropriation progressive par les professionnels de terrain des ressources pédagogiques en santé. Ces ressources sont le reflet des principes d'actions sous-jacents de la promotion de la santé, qui par ailleurs rencontrent de nombreuses difficultés pour s'implanter. Dans ce chapitre, il est apparu nécessaire de clarifier pourquoi est-ce dans le champ de la promotion de la santé plutôt que dans les champs de la médecine ou de la santé publique, que la recherche de liens de

cohérence et de transfert peut s'opérer. La figure suivante nous aidera à cerner les relations dans les différents champs de la santé.

Figure 12. L'intégration entre les différents champs de la santé



Sur cette figure, la santé apparaît partagée en quatre cases qui s'intègrent les unes aux autres. L'approche biomédicale est celle qui va se centrer sur les problèmes physiopathologiques et la maladie. Il lui sera plus difficile à appréhender, comprendre la maladie et a fortiori la santé de manière holistique. L'approche classique de la santé publique amène à considérer l'individu comme faisant partie ou non d'un groupe à risque qui mérite une attention particulière. L'approche du risque est à mettre en relation avec la médecine préventive faisant ainsi le lien avec la promotion de la santé. De l'autre côté de la figure, à gauche, la promotion de la santé entre dans cette figure par les déterminants de la santé d'une part et par une vision large de la santé définie comme le bien-être global de l'individu mais aussi de la société d'autre part. Les déterminants auxquels la promotion de la santé fait référence sont à la fois les facteurs environnementaux, institutionnels, politiques, biologiques et démographiques et éducationnels ou motivationnels. L'éducation thérapeutique du patient devrait faire partie de cette approche qui analyse plutôt les causes et la multiplicité des relations entre problèmes. Ces approches systémiques en promotion de la santé s'ancrent fortement dans des stratégies d'actions faisant intervenir les facteurs éducationnels, leviers de changements des pratiques et comportements. C'est au niveau des déterminants éducationnels que le lien avec l'approche par compétences se fait. En effet, dans les déterminants éducationnels qu'il s'agisse des facteurs prédisposants (attitude, perception, prise de conscience, valeurs, croyances et connaissances) rendant capables (habiletés techniques, les savoirs faire et faire faire, etc.) ou renforçants (feedback, le travail par les pairs et les réseaux), c'est l'autonomie, le développement des capacités et d'un capital social qui est recherché. Pour atteindre ces objectifs, les approches en

promotion de la santé (dont en éducation à la santé et en éducation thérapeutique du patient) se centrent sur les déterminants de santé tels que perçus et analysés par le patient et les communautés. Le développement des capacités propres des individus, afin notamment de savoir mobiliser les ressources de sa communauté, sont des parts essentielles des stratégies d'actions. Le travail en partenariat, en collaboration et en échanges, est proche des projets collaboratifs que l'on retrouve dans les dispositifs de formation de l'approche par compétences. On peut encore donner de nombreux exemples de similitudes de pratiques entre des deux champs à travers cette porte d'entrée qui est celle des déterminants éducationnels.

Afin de faire un retour sur l'objet de la réflexion, les outils et méthodes, on peut considérer ceux-ci comme des indicateurs des approches décrites plus haut. Ces outils sont en effet le reflet des objectifs qu'ils sous-tendent à partir du moment où les méthodes rejoignent les objectifs. Les tableaux suivants permettent de faire une synthèse qui nous amène à une conclusion en terme de paradigme.

Tableau 19. Le paradigme de l'autonomie et du transfert

SECTEUR	CHAMPS	MÉTHODES ET OUTILS	OBJECTIFS	FINALITÉS
Santé	Promotion de la santé (PS)	<ul style="list-style-type: none"> -Centrés sur les déterminants (génétiques, comportementaux, politiques, etc.) de la santé du patient, de sa famille, de son groupe, de sa la collectivité et société - Centrés partiellement sur l'individu, sa famille et la communauté (i ligne de force de la charte sur 5) -Favorisent la pro activité, la créativité et l'intersectorialité -Formation et renforcement des capacités 	Développer une approche globale et intégrée de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - L'autonomie - L'acceptabilité des soins et des services - Bien être global (prospérité) (cfr. Charte d'Ottawa)
Enseignement / formation	Approche Par Compétences (APC)	<ul style="list-style-type: none"> -Centrés sur l'apprenant -Développement de capacités transversales -Clarification du contrat institut de formation/apprenant -Centrés sur des pédagogies actives et différenciées -Favorisent les pratiques réflexives dans et sur l'action 	Développer une approche globale et intégrée de l'éducation/formation	<ul style="list-style-type: none"> -L'autonomie -L'adéquation des formations aux compétences attendues des professionnels de santé -La transférabilité -L'auto évaluation - « citoyen du monde »

Tableau 20. Paradigme transmissif et disciplinaire

SECTEUR	CHAMPS	MÉTHODES ET OUTILS	OBJECTIFS	FINALITÉS
Santé	Médecine Santé publique	- Centrés sur les problèmes de santé et la maladies et la relation professionnels de santé/savoir (information) - Education classique du malade ou des populations (conseils ou CCC (Communication pour le Changement de Comportement)) - Formation en cours d'emploi variable dans leur importance selon le contexte et peu d'emphase sur les méthodes d'apprentissages	Objectifs épidémiologiques Confrontation entre les objectifs des programmes verticaux et ceux de la santé publique dans les contextes du sud	Diminuer l'incidence et la prévalence des maladies et problème de santé à haute morbidité et mortalité
Enseignement / formation	Pédagogie classique	-Centrés sur la relation enseignant/savoir -Transmissif - Découpage des contenus en micro objectifs en fonction de ce que l'on veut atteindre au terme de chaque leçon - Les transferts théorie-pratique sont à opérer par l'apprenant	Priorité donnée aux savoirs et à la quantité globale de contenus enseignés Pédagogie par objectifs.	Savoirs <u>qualification</u>

L'analyse du transfert des outils et méthodes entre deux champs est d'autant plus importante qu'elle porte en elle le transfert des objectifs et donc des valeurs de chaque champ. C'est ainsi qu'il est maintenant aisé de se rendre compte, sur base des deux tableaux ci-dessus, qu'il est question de paradigmes différents. Si nous reprenons la définition d'Edgar Morin sur le paradigme, nous réalisons à quel point la question systémique est essentielle. Un paradigme est un principe qui contrôle et gouverne tous les discours, toutes les idées, toutes les pensées qui sont faites sous son empire, parce qu'il contrôle la logique et détermine les concepts essentiels. En partant des outils et méthodes et de là, en cheminant vers les pratiques et comportements sur le terrain des professionnels de la santé et de l'enseignement, nous aboutissons à des questions fondamentales de valeurs qui sous-tendent des paradigmes différents. De cette façon, il est possible de comprendre les liens de cohérence entre les champs de la promotion de la santé et l'approche par compétences. Ceci permet deux conclusions principales :

- la première, en faveur de la cohérence, favorise l'approche par compétences dans l'enseignement et les formations en santé dans la mesure où les finalités des systèmes de santé sont l'autonomie et le renforcement des capacités de ses acteurs ;
- la seconde constate l'importance des dichotomies du langage et des actions entre les finalités, objectifs, méthodes et outils dans les champs de la santé.

Les méthodes et outils, porteurs de valeurs par les objectifs qu'ils sont censés atteindre, sont aussi porteurs de changement. De plus, cette rencontre entre deux champs permet d'élargir de manière efficace la base de données des ressources pédagogiques.

Cette partie permet aussi d'insister sur la bonne représentativité des acteurs présents lors de l'élaboration des cadres de références des curriculums en santé. Les critères de mises en œuvre et de validité se cumulent dans le choix des intervenants. C'est-à-dire qu'il est important à la fois de considérer la présence, lors de l'élaboration des cadres de références

des programmes, des acteurs de la mise en œuvre. Cependant, il est tout aussi important de valider les résultats par des acteurs de tous les champs de la santé, y inclus la santé publique et la promotion de la santé.

4. L'ACCESSIBILITÉ AUX RESSOURCES DOCUMENTAIRES ET L'IMPORTANCE DES RÉSEAUX

La mise en œuvre d'une approche par compétences nécessite un environnement d'apprentissage adéquat aux dispositifs pédagogiques envisagés pour l'acquisition des compétences. La remise en question de l'approche par compétences pour des raisons de « faisabilité » de mise en œuvre d'un environnement adéquat à ce type d'enseignement dans les contextes du sud n'est pas un argument valable. Ce travail ne va pas approfondir ce propos mais se limite à donner certains arguments en faveur d'une approche innovante dans l'accès aux ressources documentaires dans les écoles de formation infirmières. Les approches innovantes n'éliminent pas l'existant [Janssens *et al.*, 1996] mais se construisent avec l'existant. De la même manière, les stratégies existantes ne peuvent simplement éliminer des visions nouvelles.

La problématique de l'accès aux ressources documentaires n'est pas seulement une problématique d'accessibilité en soi, mais aussi une problématique de choix et de qualité de l'information recherchée. S'il y a un domaine où les besoins sont spécifiques aux individualités, il s'agit de la lecture. Les facteurs motivationnels ou éducationnels ont un rôle important à ce niveau. Nous pouvons envisager des technologies et des produits adaptés aux ressources dans de nombreux domaines (logement, sanitaires, transport, etc.) mais il semble éthiquement peu acceptable de faire la même chose dans les domaines de l'accès à des ressources documentaires scientifiques. Les écrits restent avant tout universels. Les critères de qualité permettant de définir les références documentaires prioritaires pour un secteur et des acteurs demandent une expertise basée sur une analyse critique des besoins, faite également avec ces futurs utilisateurs.

La question de l'accès aux ressources documentaires est complexe et nécessite une analyse systémique particulière, qui a été faite sur le terrain d'application des projets [ARE@ Santé, 2005]. Parmi les différentes stratégies analysées, l'utilisation des multimédias en classe est envisagée de manière pertinente dans le cadre de l'approche par compétences [Sandholtz *et al.*, 1997]. Outre le facteur renforçant que les technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) apportent aux pédagogies actives [Lebrun, 2001], l'accessibilité à des ressources documentaires variées, récentes et en grand nombre est aisée [FNUAP, 2002 ; Coppieters *et al.*, 2003 ; Darmoni, 2000]. Dans la mesure où la connexion Internet est possible au niveau de la structure de formation, l'ouverture à des échanges en réseau (échanges des meilleures pratiques), entre praticiens de terrain (professionnels de santé; enseignants; directeurs d'école; apprenants) est un terrain d'exploitation favorable aux développements des ressources humaines en lien avec des pools d'excellence [European Commission, 2005 ; RESI, 2004]. L'approche par les multimédias, outre l'accès aux ressources documentaires en quantité et en qualité, favorise l'utilisation de l'ordinateur et le développement d'un savoir faire non négligeable en informatique pour de futurs professionnels de la santé. Cette capacité, par excellence transversale, si elle est travaillée en classe, est un acquis aussi bien pour les programmes du SNIS (système national d'information sanitaire), où l'informatisation des données est actuellement de mise dans tous les contextes du sud, qu'en terme de communication ou de capacité de rechercher des informations [Salmi, 2002 ; Greenhalgh, 2003] ou des formations pertinentes sur le web.

La question de la faisabilité de l'accès numérisé aux informations doit être confrontée à la question du coût efficacité des stratégies actuellement développées dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé. Une proposition qui vient ultérieurement

dans ce travail (partie 5) est celle de favoriser un transfert des ressources financières des programmes verticaux dans une mise à disposition, auprès des formateurs et enseignants, des connaissances les plus récentes sur les pathologies cibles. Un travail en amont sur l'utilisation correcte des données en provenance du web ou des multimédias consiste en une compétence à développer dans un cadre plus structurel, celui des systèmes de santé (pool de formateurs) ou des systèmes éducatifs (licence en éducation, enseignants de la base etc.).

Cette réflexion sur l'aménagement d'un environnement numérisé accessible à un grand nombre n'est pas utopique comme le montre l'expérience menée en République Démocratique du Congo. Néanmoins cette approche par les technologies ne devrait pas occulter la question de la qualité et surtout la nécessité d'avoir des ressources documentaires particulières à chaque groupe d'acteur d'un système donné. Dans le cadre d'un renouveau pédagogique, les ressources documentaires auxquelles nous faisons référence en termes d'ouvrages sont considérées comme coûteuses dans le cadre des projets de coopération. L'habitude de faire référence à des éditions locales ou anciennes, quand il s'agit de diffusion massive de ressources en santé, ne favorise pas une vision différente de l'accès aux éditions plus récentes et innovantes ou aux autres formes d'informations. Les modes de communications ont changé.

Néanmoins, outre les résistances conceptuelles, l'accès aux technologies est variable, ce que démontre l'article ci-dessous.

Viewpoint

Information Technologies, Health, and Globalization: Anyone Excluded?

Florence Parent¹, MD, MPH; Yves Coppieters², MD, MPH; Marc Parent³, MD

¹ Observatoire de la Santé du Hainaut, Havré, Belgium

² School of Public Health, Free University of Brussels, Belgium

³ Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

ABSTRACT

Modern information technologies and worldwide communication through the Internet promise both universal access to information and the globalization of the medico-social network's modes of communication between doctors, laboratories, patients, and other players. The authors, specialists in public health and members of an association that aims to create opportunities for access to training in public health in developing countries, warn that the use of the term "globalization" ignores the reality of the "digital divide," that is, the fact that social inequalities may preclude the realization of this promise on a truly global scale.

(J Med Internet Res 2001;3(1):e11)

KEYWORDS

Delivery of Health Care; Digital Divide; Information Inequality

Information Technology, Globalization, and Social and Geographic Inequality

Two initial observations come to mind upon noting the facility with which the term "globalization" is applied to virtually everything: Enormous socio-economic differences exist, and it is known that the Internet network is mainly spreading in countries with a high gross domestic product and an open and competitive market in telecommunications. These distinctions are ignored when the term "globalization" is used.

Disease, risk behaviors (addiction to smoking, diet, sedentary life), and access to care are all correlated with socio-economic indicators such as family income, household composition, and parents' level of education [1,2]. It is a fact that we are not equal when it comes to prevalence of disease. Policy-makers and politicians working in the health field should set up adequate strategies in favor of populations at risk. The answer to inequality is "positive discrimination," that is, the answer lies in giving more means where needs are greater and, by doing so, decreasing inequities in health. It seems that the development of information technology and improvements in health may create new needs. By answering to the exclusive demands of populations that can enter the market, these developments may increase inequality as well as reinforce the digital divide between industrialized countries and the developing world [3].

Let us take an example. According to the results of a national study on health among Belgians, single women with one or more children are one of the most vulnerable target groups. It seems unlikely that this group would have easy access to the Internet and all the

new technologies linked with improving health. Moreover, it would be interesting to study the possible correlation between real access to and acceptability of such high technology tools on the one hand, and socio-economic factors on the other, especially in well-defined target groups. Differences in income and educational levels are the leading factors contributing to the divide in the United States [4]. The same approach could be used in relation to the development of technological devices aimed at improving patient home care.

Thus, the erroneous use of the term "globalization" in the context of information technology must be seen at the country and regional levels, but also at the supranational level. An example would be how difficult it is for associations and companies in the Southern Hemisphere to obtain commercial sponsoring for quality online services such as medical databases. Clearly, it wouldn't be opportune for sponsors to fund the development of high technology tools in an environment where the number of consumers with purchasing power is insufficient.

At this stage, one may question the usefulness of developing information technology in countries with a weak computer network. For example, there are currently more Internet users in New York City than on the entire African continent [5,6]. This question also applies to areas where there is sufficient accessibility for developing information technology for individual health and for the community (in order to differentiate the essential from the accessory in benefit). However, this question is even more pertinent for developing countries when resources are limited.

INFORMATION TECHNOLOGY AND THE NEED FOR CONTEXTUAL ANALYSIS

When one takes into account the actual benefits of efficacy and efficiency obtained through introducing information technology in increasingly global health strategies, it is necessary to recognize that the role of information technology is directly dependent on the context (the country and the health system).

INFORMATION TECHNOLOGY AND THE HEALTH INFORMATION SYSTEM

In countries with a high gross domestic product, improving the health information system through an Internet network means mainly improving exchanges between doctors and patients in the field of individual medicine. In Central and Western Africa, this type of tool could be aimed at increasing the efficiency of health systems in terms of statistical and epidemiological data collection as well as the ongoing establishment of indicators for running the different levels in the health system. Direct feedback at a decentralized level, such as at the level of the health district, is also a good tool for supervision and continuous evaluation. In these countries, the aim is mainly the improvement of strategies at the organizational and community levels.

INFORMATION TECHNOLOGY AND TRAINING

Another important field of use for multimedia tools is education and training. Indeed, there is a tendency to believe that use of the Internet necessarily means opportunities for long-distance learning (lectures and distance training); at-home, ongoing training; use of databases for clinical decision-making; and so on. But in countries where accessibility to the Internet or even to a computer is poor, it might not seem appropriate to propose training methods using information technology. However, to take this stance would mean that these tools would only be used as a mode of communication and information between individuals, with their great pedagogical potential forgotten. The use of new technologies is an important approach to teaching and learning [5] and, eventually, to quality training in countries where accessibility to such training is difficult.

The local context must be taken into account, and the development of this kind of tool at the central and regional levels as well as in training schools and universities must be promoted. It is mainly in these schools and institutions that computers are accessible and resources for computer maintenance are available. It is in these establishments, as well, that the training of trainers is most adequate and integrated into the national educational system. At this level, pilot projects can be undertaken and followed up in order to decentralize training and

knowledge tools such as CD-ROMs. This mode of learning also gives students the opportunity to appropriate computer techniques included in the training.

In addition to the pedagogical benefits, the development of training projects with local schools reinforces their programs and their expertise and allows for the exchange of experiences and know-how between the Southern and the Northern Hemispheres. In the African context, for instance, the interest in using multimedia for training purposes lies more in the interactive potential and reinforcement of pedagogical means than in the setting up of a network. Of course, this use of information technology does not exclude, for instance, the development of Intranets or the Internet for telemedicine projects [6].

Conclusions

It is important and strategically necessary both to be aware of the erroneous "globalization" concept and to recognize the numerous possibilities offered by information technology and multimedia in relation to their different contexts. It is even more important to realize that, in areas where there is no real market for the economy, it is still necessary and possible to apply information technology according to the needs of people and to utilize multimedia with well-defined objectives, for instance in community health and training.

REFERENCES

1. Bietlot M, Demarest S, Tafforeau J, et al. La santé en Belgique, ses communautés et ses régions. Résultats de l'Enquête de Santé par Interview, 1997. Brussels, Belgium: Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut Scientifique de la Santé Publique; 2000.
2. Godin I, Massot C, Berghmans L. Tableau de bord de la santé du Hainaut. Havré, Belgium: Observatoire de la Santé du Hainaut; 1998.
3. The Center for Democracy and Technology. Bridging the digital divide: Internet access in Central and Eastern Europe. URL: <http://www.ctd.org/international/ceeaccess/index.shtml> [accessed July 11, 2000]
4. Bernhardt JM. Health education and the digital divide: building bridges and filling chasms. Health Educ Res 2000 Oct; 15(5):527-531.
5. Lebrun M. In: De Boeck, Larcier, editors. Des technologies pour enseigner et apprendre. Paris, France; 1999.
6. Fraser HS, Mcgrath SJ. Information technology and telemedicine in sub-saharan Africa. BMJ 2000; 321(7259):465-466.

Submitted 22.12.00; peer-reviewed by A Viens; accepted 22.02.01; published 17.03.01

Please cite as:

Parent F, Coppieters Y, MP

Information Technologies, Health, and Globalization: Anyone Excluded?

J Med Internet Res 2001;3(1):e11

<URL: <http://www.jmir.org/2001/1/e11/>>

5. APPRENTISSAGE, AUTONOMIE ET PÉRENNITÉ

Éléments relatifs à l'apprentissage et l'autonomie :

Un certain nombre d'articles dans cette recherche donnent des résultats en termes de processus, de méthodologie et de productions à travers des critères de pertinence, de cohérence et d'appropriation régulièrement discutés. Parmi l'ensemble des acteurs approchés dans ces écrits, les apprenants sont peu représentés. C'est ainsi qu'il est apparu pertinent de présenter les résultats qualitatifs suivants.

Dans le cadre de l'atelier d'évaluation de la mise en œuvre de l'entrée en réforme (année scolaire 2005) dans six écoles pilotes de la République Démocratique du Congo, un échange sous forme d'un témoignage a été organisé avec six apprenantes, représentantes des trois écoles pilotes de Kinshasa, pour la première année d'enseignement infirmier. Les participants à l'atelier d'évaluation étaient la Direction de l'Enseignement en Sciences de Santé (ESS), ses chefs de divisions, les Coordinateurs de l'ESS des onze provinces du pays, les enseignants et directions des écoles pilotes, le milieu associatif, des professionnels de santé et une délégation du Rwanda. Les résultats qualitatifs suivants, appelés « impressions des apprenants des écoles pilotes de Kinshasa à propos de la réforme basée sur l'approche par compétences dans l'enseignement en sciences de santé, section infirmière », ont été rapportés par ce groupe. Ces résultats sont présentés sous forme de témoignages regroupés en thèmes et reflètent l'avis des apprenants.

Concernant le recrutement et l'examen d'admission :

« La sélection a été jugée judicieuse, le sérieux dans l'examen nous a permis de changer l'image que nous avions des études infirmières. C'était une occasion pour nous de s'exprimer librement en donnant les raisons qui nous poussent à faire les études infirmières. Les questions de math étaient bonnes car elles poussaient à la réflexion. Il serait souhaitable de donner à tous les candidats la chance de participer à la partie écrite et orale en supprimant le système d'élimination au premier tour ».

Concernant les frais scolaires :

« Les rapports de publication des résultats ont pesé sur les frais de transport de même que les frais et fournitures scolaires. L'achat des syllabus pèse sur le coût des études. Le minerval semble élevé par rapport à l'année dernière ».

Concernant les horaires de cours :

« Le non respect des heures de début a été un point faible dans certaines écoles. Le nombre de cours du nouveau programme nous paraît raisonnable. Les matières sont intéressantes car elles demandent une certaine réflexion et elles se complètent. L'introduction des cours d'Anglais et d'Informatique (cours du 3ème millénaire) est très positive ».

Concernant les méthodes d'enseignement :

« Les méthodes utilisées par nos profs sont très intéressantes. Elles nous permettent de rechercher les informations et donc de développer l'esprit de recherche. Elles nous permettent de nous exprimer librement. Elles nous permettent de raisonner et d'éviter de faire le "perroquet". Elles nous permettent d'échanger entre nous et avec les profs. Elles nous valorisent car assez souvent les profs partent de ce que nous connaissons déjà et ils ne nous considèrent plus comme des tonneaux vides. Elles nous permettent de développer nos capacités à rédiger et à s'exprimer oralement. Elles élargissent nos connaissances par

des travaux de groupe. Nos collègues des années précédentes sont jalouses et voudraient reprendre leur formation en première année. Bref, ça nous épanouit ».

Concernant les exercices d'intégration :

« C'était un moment très positif pour nous car ces exercices nous ont permis de mettre nos cours en pratique et nous préparer à notre stage en communauté. Ces journées d'intégration nous ont permis de rédiger des rapports écrits et de communiquer avec des personnes extérieures à nos écoles respectives. Ces exercices nous ont surtout permis de nous mettre en contact avec des personnes en souffrance et d'être dans leur peau. Nous avons regretté le fait que nous n'avons pas été suffisamment informés de la manière de nous préparer. Néanmoins maintenant nous n'aurons plus peur de ces situations d'intégration parce que on sait ce qui nous attend. Nous n'avons pas eu beaucoup de temps pour rédiger nos rapports ».

En conclusion :

« Nous affirmons que ce nouveau programme de formation est bon par le fait que les activités se complètent (cours, exercices d'intégration et stage). Mais aussi par le fait que nous participons activement à notre formation infirmière. »

Afin de mieux cerner l'impact d'un tel échange, des mots clés récoltés auprès des participants de l'atelier après la rencontre avec les apprenantes sont présentés ci-dessous :

« Vont concrétiser les situations d'intégration lors du stage ; Revoir l'âge de recrutement ; Reconnaissance du cours de technique de communication par les élèves ; Satisfaction, ils ont intégré les choses ; Plus d'informations sur l'examen d'admission ; Participation active ; Complémentarité des cours ; Enthousiasme ; Acceptation ; Appropriation ; Extraordinaire ; Réussite de la réforme ; Super ; Emotion ; Transfert des connaissances ; Réussite de la séance ; Attention aux changements des horaires ; Innovation remarquable ; Fierté des écoles pilotes ; La réforme est bien partie (par un ex-résistant !) ; Apport positif ; Réforme féminine ; Bon départ ; Amélioration de la qualité des soins ; Encourageant ; Réussite de la mise en œuvre ; Bonne maîtrise de la matière ; Meilleure sélection ; Grande joie ; Génial ; Intégration parfaite ; Changement de méthode ; Changement de l'image de l'élève infirmière ; Très bons enseignants ; Est plus complet ; Heureuse ; Compréhension de la réforme par les élèves ; Très bonne motivation ; Clairvoyance des élèves et attitude responsable ; Adhésion ; Message amical au Rwanda ; Restitution correcte des faits vécus ; Bravo aux enseignants ; Beaucoup d'examens d'intégration ; Image positive de la profession ; Beaucoup d'exercices ; Bravo à ceux qui ont fait la sensibilisation, notamment les enseignants ; Liesse des enseignements ; Satisfaction des apprenants ; Expression correcte des apprenants ; Autonomie ; Encourageant ; Rassurant ; Gentillesse des enseignants et d'autres ; Universalité ; Confiance en soi ; Anglais en cours ; Etudiants compétents ».

Éléments relatifs à l'autonomie et la pérennité :

Dans ce travail, le concept de pérennité est envisagé de manière systémique, en accord avec la vision d'action qui prévaut, celle de l'interaction et de la multiplicité des causalités. D'autant plus quand il s'agit de parler de pérennité et de coopération, il est essentiel d'appréhender un cadre d'analyse qui ne renforce pas les visions réductrices.

La notion de pérennité est complexe et devrait envisager au minimum trois niveaux d'analyses complémentaires :

- les facteurs éducationnels et motivationnels individuels ;

- les facteurs environnementaux ;
- les facteurs institutionnels et administratifs.

Le cadre proposé est un cadre conceptuel qui peut servir de grille de lecture afin d'analyser le(s) niveau(x) de pérennité sur le(s)quel(s) l'action se focalise.

Les facteurs éducationnels et motivationnels :

Les projets à l'origine de ces travaux de recherche sont basés prioritairement sur une logique de pérennité éducationnelle. Ceci sous-entend une focalisation sur le développement des déterminants qui font référence aux capacités et aux facteurs « rendant capables ». Ce choix est d'autant plus radical qu'il s'agit de projets de formation pour lesquels le monde de la santé publique a plus l'habitude d'assurer des transferts de savoirs que de savoir-faire.

Pour rappel, les facteurs éducationnels (appelés ainsi dans le modèle de Green et Kreuter), font référence à trois catégories de déterminants :

- les facteurs pré disposants font appel aux attitudes, aux représentations, à la prise de conscience, aux valeurs, aux intentions, aux connaissances et aux savoirs au sens large ;
- les facteurs rendant capables font appel aux habiletés techniques, au savoir faire et aux capacités individuelles pour être autonome ;
- les facteurs renforçants ou favorisants sont ceux qui font appel aux mécanismes d'échanges et de feedback, au capital social et aux réseaux, au savoir être, etc.

Les projets pédagogiques se sont dès le départ éloignés d'une logique de transfert de savoirs purs en faveur d'une logique de transfert de capacités. Le concept de « transfert » en pédagogie est précisé dans le lexique en annexe afin de permettre une différenciation entre ce que nous appelons ici un transfert de capacités par rapport au développement de la capacité de transfert qui fait partie de l'approche constructiviste dans le champ de la pédagogie.

Le renforcement de l'enseignement et de la formation en santé n'a pas tant besoin de nouveaux savoirs, ceux-ci existent en grand nombre et doivent continuellement être mis à jour. L'accessibilité des savoirs par contre est essentielle et nous allons aborder ce point quand nous analysons les facteurs environnementaux. Ce qui nous importe à ce niveau est d'assurer une pérennité « intrinsèque », individualisée, dans l'actualisation des connaissances. Nous faisons appel aux capacités de recherches documentaires, d'archivage, d'analyse critique, etc. L'analyse de situation PRECEDE nous a montré les problématiques de manque d'autonomie des apprenants et le manque de capacités des formateurs à développer l'autonomie de leurs apprenants, voire le manque d'autonomie des formateurs eux-mêmes. L'approche par compétences se centre sur l'apprenant et donne un rôle d'accompagnement ou de facilitateur aux enseignants et formateurs. Développer les capacités des enseignants à renforcer les processus d'apprentissage passe par un travail de fond sur les méthodes d'enseignement et d'apprentissage, une remise en question du paradigme transmissif et des priorités d'apprentissages en termes d'autonomie et de savoirs. Par ailleurs, toutes occasion de « produire avec sens » favorise la pérennité des acquis en matière de construction de savoirs. C'est ainsi que, dans le cadre des projets de recherche, la construction des curriculums s'est basée sur une logique de « formation productive et de production formative » afin d'assurer l'appropriation par le plus grand nombre possible de l'ingénierie pédagogique sous-jacente.

Parmi les facteurs pré disposants, un travail beaucoup plus précis sur les représentations et les « croyances/représentations défavorables à la santé » des enseignants et formateurs en matière de santé devrait être intégré de manière plus systématique au travail sur les

déterminants éducationnels afin de mieux s'assurer d'un changement de pratiques durable [Comolet *et al.*, 2000].

Dans une cohérence globale, les projets de recherche sont écrits sans assistance technique internationale en pédagogie ou santé à long terme afin de valoriser le développement le plus rapide possible d'une expertise technique locale. Cette expertise technique locale est d'autant plus pertinente qu'elle a beaucoup de sens au niveau des administrations et des institutions de formation. L'accompagnement du processus est envisageable sous forme d'une guidance et d'expertises pointues en réseau. Ces modalités de gestion de projets ou de programmes sont par ailleurs inhabituelles notamment par manque de compétences dans le renforcement des capacités de la part des intervenants.

Devant l'analyse systémique de la problématique, les projets se sont également focalisés sur la mise en réseau et les échanges de pratiques entre écoles et pool d'expertises (mécanismes de feedback de la part des pairs et des experts). L'ancrage en réseau entre enseignants et formateurs, outre la possibilité d'un renforcement qualitatif immédiat des pratiques enseignantes et apprenantes, favorise à long terme des perspectives d'émergence de nouvelles initiatives et projets [Illitch, 1971].

Beaucoup plus de précision sur ces facteurs éducationnels et motivationnels existent dans la littérature en promotion de la santé. Pour conclure nous rappelons, en faisant référence à l'ouvrage d'Evans [Evans *et al.*, 1996], la relation directe qui existe entre l'estime de soi, facteur rendant capable et/ou renforçant, avec la qualité de vie et le bien être.

Les facteurs environnementaux :

La pérennité environnementale est celle à laquelle nous faisons souvent référence, qu'il s'agisse par exemple des bâtiments ou des infrastructures logistiques. Si elle a son importance, elle est loin d'être le seul facteur de pérennité ou de motivation. Les facteurs environnementaux sont proches de la logique des facteurs renforçants individuels en termes de facteurs motivationnels. C'est à ce niveau qu'il est pertinent de préciser la nuance entre pérennité et motivation. L'environnement favorise certainement la motivation, qu'il s'agisse d'une accessibilité aux ressources documentaires ou d'un environnement de travail serein. Dans l'analyse systémique, les problèmes liés à l'environnement se centrent sur une problématique spécifique afin d'éviter à la fois une dispersion holistique et de rester opérationnel. C'est ainsi par exemple que l'accessibilité aux ressources bibliographiques récentes, au matériel didactique pour un enseignement en santé, aux terrains de stage pour les apprenants et encadreurs, etc. sont des priorités d'actions. Seulement la pérennité de ces actions viendra d'un travail systémique qui inclut les facteurs éducationnels et institutionnels. Si des mécanismes institutionnels ne sont pas mis en place pour une gestion efficace des ressources et que les enseignants ne savent pas mener des recherches documentaires pertinentes ou que leurs salaires ne sont pas suffisants, l'accessibilité aux ressources documentaires reste vaine. L'action n'est pas efficace et donc non durable. Seule sa visibilité en fait une impression de durabilité, mais aucun changement n'a été opéré. Dans la mesure des ressources financières, l'environnement sous cette forme peut être facilement reconstruit. La question de la durabilité ou pérennité devrait être mieux analysée en lien avec la durabilité des changements, surtout quand ceux-ci sont en double boucle (apprentissage en simple boucle et en double boucle) en référence au modèle du changement d'Argyris et Schön [Argyris *et al.*, 2002].

L'organisation du tissu social intervient également à ce niveau et ne sera pas analysée.

Les facteurs institutionnels et administratifs :

Il s'agit d'envisager les changements de manière institutionnelle afin de favoriser une forme de pérennité qui, pour le secteur public de la santé et de l'éducation, est renforçante.

L'implication des niveaux institutionnels et la mise en place de normes et de cadres juridiques favorisent les changements. Un travail important, mais qui ne s'est pas développé dans un cadre institutionnel cohérent, aura un impact plus localisé. Dans des situations même conflictuelles, la mise en place de cadres structurels avec ses acteurs, permettra une vision au-delà des instabilités contextuelles du moment. Nous référons à nouveau aux analyses de situations PRECEDE afin de rechercher des exemples de facteurs institutionnels qui peuvent intervenir dans la pérennité d'une action.

Ci-dessous, un extrait de l'arrêté Ministériel portant déclaration de politique nationale de l'enseignement infirmier en République Démocratique du Congo témoigne des volontés ministérielles en faveur d'un nouveau paradigme d'apprentissage. Cette volonté constitue un facteur de stabilité et de pérennité.

Tableau 21. Extrait de l'Arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/S/AG/2005 portant déclaration de politique nationale de l'enseignement des sciences de santé en République Démocratique du Congo, Kinshasa, septembre 2005

(...)

Titre II : Du cadre de référence de l'enseignement en sciences de santé

Chapitre I : Cadre de référence en Santé

Article 9 : L'Enseignement des Sciences de Santé a pour objectif de former les professionnels de santé ayant des capacités et des compétences qui leur permettent de réaliser spécialement les Soins de Santé Primaires dans le pays.

Les soins de santé primaires sont les soins de Santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.

Chapitre II : Cadre de référence en Pédagogie

Article 10 : Dans la formation du personnel de santé à tous les niveaux, il sera fait appel à des approches pédagogiques qui mettent en exergue l'acquisition de compétences réelles.

Ainsi, l'Enseignant s'attachera à emmener l'apprenant à mobiliser et intégrer tout le savoir, savoir-faire et savoir être, en termes de connaissances, attitudes et pratiques nécessaires à gérer les situations professionnelles.

Ces compétences seront au minimum, une communication professionnelle, un management des ressources, une analyse adéquate des situations tout en développant un esprit critique, le tout allié à une prestation technique professionnelle qui permette les équivalences internationales des diplômes.

(...)

Article 25 : Participation

L'élaboration des programmes de cours, la mise en œuvre de la politique et des choix stratégiques, le développement des normes et leur application se feront dans une interaction constante avec le terrain, le chercheur, le professionnel de santé et sa représentation.

(...)

Éléments de discussion en rapport avec le concept de pérennité :

Parmi les facteurs de pérennité discutés, ce sont les facteurs éducationnels qui sont privilégiés dans cette recherche. L'approche systémique des comportements des acteurs face à une problématique montre à quel point nos comportements sont pluri déterminés [Morin, 2004]. Cette prise de conscience de la multiplicité des facteurs qui interviennent sur les comportements devrait nécessairement permettre aux acteurs de relativiser les facteurs environnementaux.

Si les acteurs, et principalement les bénéficiaires des interventions sont plus attentifs aux objectifs des projets de formation, il est probable qu'une attention sera donnée aux facteurs rendant capables et renforçants plutôt qu'une attention principalement orientée sur les facteurs prédisposants de type « connaissances ».

La pérennité peut être questionnée au niveau de chaque diagnostic : environnemental, institutionnel et éducationnel mais aussi dans sa cohérence systémique.

Cette analyse des niveaux de pérennité sur lesquels l'action se focalise est un débat conjoint à celui des contraintes. Certains auront tendance à les mettre au même niveau que le débat sur la pérennité, néanmoins une nuance de taille s'impose, celle de l'impact quantitatif.

Nombre de projets, initiatives, changements « ont été pérennes » mais supportés par un nombre de plus en plus faible d'individus jusqu'à l'épuisement du dernier. Il ne s'agit pas de remettre en question la pertinence et la pérennité de la stratégie d'action mais de s'interroger sur les contraintes rencontrées par ses acteurs.

La pérennité nécessite la bonne volonté des décideurs politiques et des gestionnaires de projet/programme capables de suivre les dynamiques changeantes et d'analyser les facteurs environnementaux favorables au développement de l'autonomie. En levant certaines contraintes, une masse critique d'individus proactifs, chacun dans leur contexte, sera à même d'amener le changement nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins et des services et cela, de manière durable.

L'article sur l'accessibilité aux technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) est une manière de nous ramener à ces contraintes qui peuvent freiner le changement, aussi pérenne soit-il.

Le choix de départ envisage d'entrer dans des processus de changements avec les acteurs et principalement, en terme quantitatif ou de masse critique, les « acteurs institutionnels de la base ». Cette entrée n'est par ailleurs pas neutre mais clairement orientée vers le renforcement des capacités et non vers une acquisition de seuls savoirs. La volonté de travailler, à partir d'une porte d'entrée favorable à une réelle autonomie du processus, est la base du débat sur la pérennité.

6. DISCUSSION AUTOUR DE L'INNOVATION PÉDAGOGIQUE COMME LEVIER DE CHANGEMENT AU SEIN DU DISTRICT DE SANTÉ

Dans un chapitre précédent qui traite de la formation continue, nous faisons référence au rôle pédagogique des professionnels de santé. Ce rôle pédagogique est mis en relation avec les compétences en promotion de la santé, y inclus l'éducation thérapeutique du patient. En effet, un même paradigme sous-tend les logiques en pédagogies actives et en promotion de la santé comme démontré dans la partie intitulée « rencontre de deux champs d'actions : les pédagogies actives en formation et la promotion de la santé ». Le chemin est complexe qui mène des approches en santé publique plutôt quantitatives, des approches économiques plutôt orientées sur les performances vers une approche qualitative principalement basée sur les compétences. Il ne s'agit pas non plus de valoriser un seul dogme, celui de l'approche qualitative, mais de favoriser le changement par une approche conjointe et équilibrée entre système de santé, ressources humaines en santé, performance et compétences.

L'utilisation de l'innovation pédagogique comme levier de changement nous est offerte grâce au contexte particulièrement propice : celui de l'écart des compétences en santé. Nous partons de ce constat d'inadéquation et nous envisageons comment l'innovation pédagogique peut être un levier de changement au sein du district de santé en Afrique subsaharienne.

Comme déjà précisé plus haut, l'utilisation des pédagogies actives en formation initiale et en cours d'emploi est un ingrédient en faveur d'un changement de pratique professionnelle en vue d'une meilleure adéquation avec les principes d'actions de la promotion de la santé. La mise en œuvre de l'approche par compétences dans la formation initiale nécessite la prise en considération des terrains de stages et la formation des encadreurs relais. La recherche d'une cohérence pédagogique entre la formation en classe et sur les lieux d'exercices professionnels amène à la mise en place de dispositifs pédagogiques bien analysés (l'annexe 7 compare la situation pédagogique en situations de pré réforme et de réforme). L'approche par compétences, plus encore que dans la formation classique des professionnels de santé, a besoin de dispositifs pédagogiques et d'évaluation particuliers. Nous pouvons ainsi envisager une approche globale du district de santé comme lieu d'exercice pratique et développer les outils d'évaluation des apprenants en stage, en coordination avec les équipes cadres et les professionnels de santé. Le référentiel de compétences est un outil qui sert particulièrement bien à faire les liens entre l'école et les terrains de stages [SEI, 2006].

L'utilisation du référentiel de compétences est une autre modalité d'innovation au sein du district. En effet, outre le bénéfice de jeter des ponts entre professionnels soignants et enseignants, l'utilisation de la logique des référentiels de compétences permet de :

- définir des socles de compétences communes et des compétences spécifiques selon les lieux d'exercices préconisés pour le professionnel de santé ;
- définir avec plus de précision (et d'allers retours avec les profils de compétences) les profils de métiers et de fonctions des agents de santé ;
- rationaliser les formations en cours d'emploi en fonction des besoins réels en formation ;
- envisager la gestion des ressources humaines dans une logique d'approche par compétences et non plus uniquement dans une logique de qualification.

Nous voyons que l'approche par les compétences et l'analyse des pratiques de formation avec la gestion du changement dans les organisations peuvent être favorables à la mise en place de logiques d'apprentissages organisationnels [Argyris *et al.*, 2002 ; Garant *et al.*, 2002 ; Aubert *et al.*, 1996] ou peuvent permettre d'identifier d'autres configurations de l'organisation [Mintzberg, 1982 ; Béchard *et al.*, 2004].

Comme élément supplémentaire dans cette discussion sur l'innovation pédagogique comme levier de changement dans l'institution de santé, nous pouvons essayer de mieux cerner les transversalités et les spécificités des fonctions soignantes dans les divers contextes envisagés. Une analyse des spécificités en lien avec les niveaux techniques (plateau technique) des systèmes de santé dans le sud peut nous amener à envisager un débat autour d'une logique de paquet minimum de compétences (PMC) et de paquet complémentaire de compétences (PCC) en relation avec les concepts de PMA (Paquet Minimum d'Activités) et de PCA (Paquet Complémentaire d'Activités). Nous retrouvons en effet de manière systématique ces concepts dans l'organisation de soins de santé primaires (les normes sanitaires) au niveau district de santé.

Il est possible alors que le concept soit fortement revu sous sa forme de paquets minimum et complémentaires de compétences. Il ne s'agira sans doute plus de deux niveaux de technicité différents mais de deux situations (familles de situations) complémentaires nécessitant chacune un paquet minimum de compétences qui serait le même aux deux niveaux (socle commun) et un paquet complémentaire de compétences donnant la spécificité pour chaque niveau. Cette perspective remet le soignant au centre de sa fonction principale qui est celle de prise en charge globale du patient [Hesbeen, 2002], tout en respectant les spécificités et complémentarités de chaque fonction soignante. La logique de « minimum » ne devient plus synonyme d'un plateau technique moindre, mais bien de « compétences à délivrer par tout soignant où qu'il se trouve dans le système de santé », tandis que le « complémentaire » serait synonyme de « tous soins et services nécessitant une expertise particulière, qui peut ou non faire appel à un plateau technique autre ». Par exemple, l'expertise communautaire au niveau du centre de santé ferait partie de ce paquet complémentaire de compétences. Cette approche, dans une logique de paquet minimum de compétences et de paquet complémentaire de compétences, pourrait être complémentaire à celle des paquets minimum et complémentaire d'activités.

Références

1. ARE@ Santé. (2005). Analyse spécifique, activités et stratégies d'actions pour le développement d'une accessibilité aux ressources documentaires dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement infirmier basée sur l'APC en République Démocratique du Congo et au Rwanda. ARE@ Santé, Bruxelles.
2. Argyris C., Schön D. (2002). L'apprentissage organisationnel. De Boeck Université, Paris, 380p.
3. Arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/S/AG/2005 portant déclaration de politique nationale de l'enseignement des sciences de santé en République Démocratique du Congo, septembre 2005, Kinshasa.
4. Aubert N., Hoffmann-Hervé M. (1996). Mettre en mouvement les « ressources humaines »: outils et moyens. In Diriger et motiver (N. Aubert dir.), Editions d'Organisation, Paris, p.143-169.
5. Avant-projet de décret définissant le CAPAES : certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'enseignement supérieur et ses conditions d'obtention. Communauté française de Belgique, 2001.
6. Bécharde J-P., Pelletier P. (2004). Les innovations pédagogiques en sciences de gestion : une analyse de deux concours de l'Agence Universitaire de la Francophonie. HEC Montréal. Présentation au congrès de l'AIPU, Marrakech, Maroc.
7. Beckers J., Paquay L., Coupremagne M., Scheepers C., Closset A., Foucart J., Lemenu D., Theunssens E. (2005). Comment décrire et analyser un dispositif réputé professionnalisant? Proposition d'un outil descriptif et interprétatif. Recherche DIPRO, Université de Liège et Université Catholique de Louvain, 18p.
8. Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet Ph., Trefois P. (2005). Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques. Question Santé, Bruxelles, 239 p.
9. CFIP. (2005). Construire un référentiel de compétences. Documents en appui du séminaire animé par Pierre Dubruille le 22 novembre 2005. UCL, Unité des sciences Hospitalières, Bruxelles, 2p.
10. Charlier P. (2003). Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. Séminaire de formation et de réflexion. BIEF, Louvain-la-Neuve.
11. Comolet TM., Rakotomalala R., Tsimaniry CA. (2000). Les agents de santé mettent-ils en pratique ce qu'ils enseignent ? *Cahier Santé*;10:5-10.
12. Coppieters Y., Parent F., Piette D. (2003). Développement et évaluation de l'utilisation d'un CD-ROM interactif destiné aux élèves à risque de maladies professionnelles : le cas de l'asthme professionnel. *Promotion & Education*;10(2):89-93.
13. CREFSS, ARE@ Santé. (2003). Elaboration du profil de compétences des formateurs de la CREFSS. Cellule de Recherche en Education et Formation en Sciences de Santé, Kinshasa.
14. Darmoni SJ. (2000). Le guide Internet de la s@nté. MMI Editions, Paris, 233p.
15. Décret du 24 juillet 1997 fixant les missions prioritaires de l'Enseignement fondamental et de l'Enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre. Communauté française de Belgique.
16. De Ketele J-M., Delory C. (2000). Quel héritage pédagogique pour le nouveau millénaire ? Forum des pédagogies, 17p.
17. De Ketele JM., Chastrette M., Cros D., Mettelin P., Thomas J. (2001). Guide du formateur. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 254p.
18. d'Ivernois J-F., Gagnayre R. (2004). Apprendre à éduquer le patient. Ed. Maloine, Paris, 155p.
19. Donnadieu B., Genthon M., Vial M. (1998). Les théories de l'apprentissage. Quel usage pour les cadres de santé, éditions Masson (Inter Editions), Paris, 128p.
20. Dubruille P. (2005). Grille de compétences des formateurs. CFIP, Bruxelles.
21. Dürrenberger Y., Valdès C.M. (2004). Enjeux pour la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers dans un contexte en mutation. Hecv Santé; Haute Ecole cantonale vaudoise de la santé, Suisse.
22. Ecole de santé publique de l'ULB, Département d'Epidémiologie et Promotion de la Santé (2005). Création d'une unité de recherche et de développement en pédagogie et santé publique à Kinshasa. Dossier de projet financé par la Coopération Universitaire au Développement (CUD), Bruxelles, 67p.
23. Emery Y. (2003). La formation continue à l'ère de la nouvelle gestion publique : comment concilier performance et développement des compétences ? *Education Permanente*;3:40-3.

24. 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.
25. 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.
26. Fourez G. (1999). Compétences, Contenus, Capacités. *Forum*, 26-31.
27. FNUAP. (2002). CD-rom : « Santé de la reproduction ». Fonds des Nations Unies pour la Population, Madagascar.
28. Garant M. (1999). Actions et savoirs chez les chefs d'établissements. In G. Pelletier (éd.), Former les dirigeants de l'éducation. Apprentissage dans l'action, De Boeck Université, « Perspective en éducation », Bruxelles,
29. Garant M., Scieur P. (2002). Organisations et systèmes de formation. De Boeck Université, Bruxelles, 252p.
30. Greenhalgh T. (2003). Savoir lire un article médical pour décider. Ed. Rand, Londres, 182p.
31. Goudeaux A., Loraux N., Sliwka C. (2003). Formateurs et formation professionnelle. Editions Lamarre, Paris, 327p.
32. Hesbeen W. (2002). La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante (2^{ème} édition), éditions Masson, Paris, 208p.
33. Illitch I. (1971). Une société sans école. Ed. Seuil, collection Essais, Paris, 128p.
34. ISEI (2006). Le référentiel nouveau est arrivé. Court-métrage réalisé par la Haute Ecole Léonard de Vinci, Bruxelles.
35. Janssens P., Courtejoie J. (1996). Aide-mémoire pour le dispensaire. Bureau d'Etudes et de Recherches pour la Promotion de la Santé. Kangu-Mayumbe, 128p.
36. Kucera KM., Bohr N. (2003). Gestion prévisionnelle des enseignants. Quelles solutions ? *Education Permanente*;3:30-4.
37. Lamboray J., Parcell G. (2003). L'auto-évaluation de la compétence en matière de lutte contre le Sida. Un cadre de travail pour le renforcement des capacités humaines. UNAIDS, Londres, 5p.
38. Le Boterf G. (2005). Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation (3^{ème} édition), Paris, 563p.
39. Lebrun M. (2001). Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre. Institut de pédagogie universitaire et des multimédias, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 209p.
40. Lee D. (1996). The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *Journal of Advanced Nursing*;23:1127-34.
41. LENTIC. (2005). Etude des pratiques basées sur les compétences en entreprise. Rapport final de recherche, tome 1. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), Laboratoire d'Etudes sur les Nouvelles Technologies de l'Information, l'Innovation et le Changement (LENTIC), Université de Liège, 304p.
42. Marchal A., Psiuk T. (2002). Le paradigme de la discipline Infirmière en France. Ed Seli Arslam, Paris, 188p.
43. Meessen B., Kashala JP, Musango L. (2002). L'Initiative pour la Performance. Projet Santé d'Abord II, Ministère de la Santé, HealthNet International, Butare, 51p.
44. Ministère de la santé de République Démocratique du Congo, CREFSS, ARE@ Santé. (2003). Etude sur les déterminants éducationnels et les facteurs favorables à une meilleure adéquation entre un enseignement en Sciences de la Santé et les compétences attendues des professionnels de santé en Afrique centrale Francophone. Protocole méthodologique spécifique à l'étude 4 : Corps enseignant. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
45. Mintzberg H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Editions d'Organisation, Paris, 434p.
46. Morin E. (2004). La méthode 6. Ethique. Ed. Seuil, Paris, 2004, 241p.
47. Parent F. (2003). Un cadre pour l'évaluation, la recherche et l'action : résultats de recherche (rapport n°1). ARE@ Santé, Bruxelles
48. Perrenoud P. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Revue des sciences de l'éducation* (Montréal), 3 :487-514.
49. Perrenoud P. (2001). Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève, Genève.
50. Piette D. (1994). Une histoire des concepts et des actions de promotion de la santé. *L'observatoire*;3:16-19.

51. Pingoud K. (2004). Elaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire. *Santé Publique*;16:225-38.
52. RESI. (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). ARE@ Santé, dossier de projet, Bruxelles, 48p.
53. Roegiers X. (2000). Une pédagogie de l'intégration. Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. Pédagogies en développement. De Boeck Université, pages 25 et 43 entre autres.
54. Roegiers X. (2003). Des situations pour intégrer les acquis scolaires. Bruxelles-Paris : De Boeck Université, 276p.
55. Roegiers X. (2004). L'école et l'évaluation. Des situations pour évaluer les compétences des élèves. Bruxelles : De Boeck Université, 367p.
56. Romainville M. (1996). L'irrésistible ascension du terme compétence en éducation. *Enjeux* ; 37/38 : 132-142.
57. Salmi L.R. (2002). Lecture critique et communication médicale scientifique. Elsevier, Paris, 354p.
58. Sandholtz J.H., Ringstaff C., Owyer D.C. (1997). La classe branchée. Enseigner à l'ère des technologies. Ed Chenelière / McGraw-Hill, Montréal, 122p.
59. Schön D. (1994). Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Les Editions Logiques, Montréal, Canada.
60. Tilman F., Ouali N. (2001). Piloter un établissement scolaire. Ed De Boeck, Bruxelles, 241 p.
61. Van Lerberghe W., de Béthune X. (1998). Intégrations et Recherche. *Studies in Health Services Organisation & Policy*; 8, 212
62. Vergnaud G. (2001) (Directeur du C.N.R.S.), Intervention au Colloque du Cifen, Université de Liège, août 2001.
63. Vermersch P. (1994). L'entretien d'explicitation. Collection pédagogies, ESF, Paris, 221p.
64. Watkins M. (2000). Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*; 9: 338-46.
65. Wenner M. (2001). Sociologie et culture infirmière. Seli Arslan, Paris, 224p.