

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

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

Florence PARENT

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

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



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

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE

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

EDGAR MORIN

TABLE DES MATIÈRES

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

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

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

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

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

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

ANNEXES	259
ANNEXE 1. Lexique pour les termes du champ de la pédagogie	263
ANNEXE 2. Lexique pour les termes du champ de la santé publique	274
ANNEXE 3. Organisation du système sanitaire en République Démocratique du Congo.....	281
ANNEXE 4. Organisation du système sanitaire au Rwanda	283
ANNEXE 5. Organisation du système sanitaire au Tchad.....	284
ANNEXE 6. Participation à un forum sur l'utilisation de l'approche par compétences dans les contextes du Sud.....	286
ANNEXE 7. Tableau comparatif du curriculum pré réforme et réforme en sciences infirmières en République Démocratique du Congo	288
ANNEXE 8. Extrait du référentiel de compétences infirmier de la République Démocratique du Congo.....	289
ANNEXE 9. Eléments du référentiel de formation pour la première année infirmière en République Démocratique du Congo (version intermédiaire)	296
ANNEXE 10. Extrait des référentiels de compétences infirmier et sage-femme du Rwanda	314
ANNEXE 11. Eléments du référentiel de formation pour la première année infirmière au Rwanda.....	330
ANNEXE 12. Exemple de situation d'intégration.....	338
ANNEXE 13. Référentiel de compétences du médecin chef de district (MCD) au Sénégal	341
ANNEXE 14. Recueil d'outils de supervision formative, de bilan de compétences et de plans de formation de l'infirmier chef de poste de santé	359
ANNEXE 15. Réforme de l'esprit / réforme de l'éducation (Edgar Morin).....	428
ANNEXE 16. Démarche de recherche dans les bases de références bibliographiques.....	429

REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

PRÉAMBULE

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

Partie 1 : Objet et méthodes

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

Partie 2 : Poser la problématique

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

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

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

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

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

Partie 5 : Adéquation et conclusion

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

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

La recherche est divisée en cinq parties.

Première partie

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

Deuxième partie

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

Troisième partie

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

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

Quatrième partie

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

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

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

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

Cinquième partie

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

PARTIE I.

OBJET ET MÉTHODES

PARTIE I. OBJET ET METHODES

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

INTRODUCTION ET CADRAGE

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

1. CONTEXTE

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

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

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

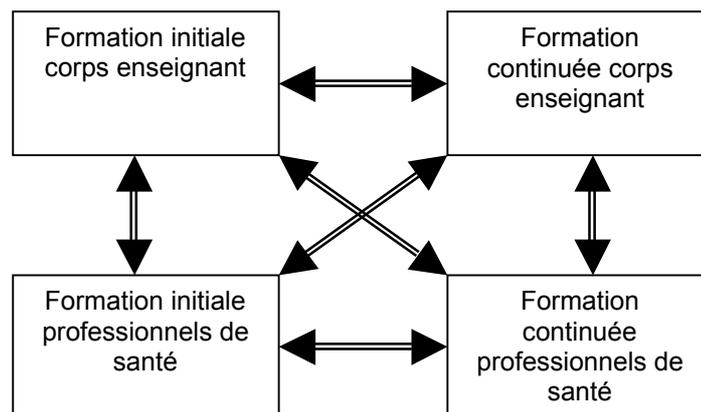
Si la faible efficacité de ces nombreuses formations est de mieux en mieux documentée [Rowe *et al.*, 2005], il est dès lors réellement possible de se questionner sur l'utilité de

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. FINALITÉS

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

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

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

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

QUESTIONNEMENT GÉNÉRAL :

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

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

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

3. OBJECTIFS

Les objectifs sont énoncés à trois niveaux, en termes :

De processus (niveau stratégique et opérationnel) :

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

De cadre de référence (niveau technique et institutionnel) :

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

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

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

4. CADRE DE RECHERCHE ET DE RÉFÉRENCE

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

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

Les modèles de références (cadres conceptuels) étant :

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

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

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

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

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

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

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

4.2. LE SYSTÈME ÉDUCATIF ET DE FORMATION

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

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

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

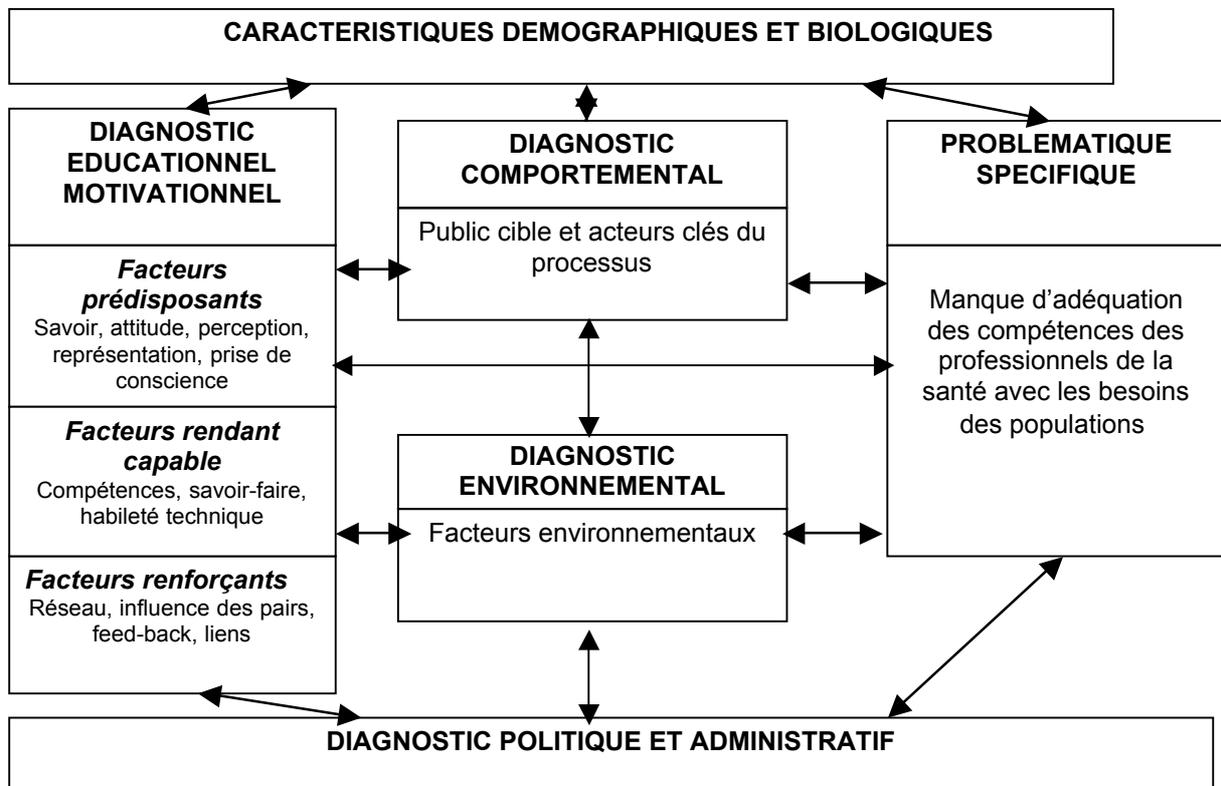
La complexité du paysage de la formation en sciences de santé nécessite d'être bien comprise dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé car il s'agit, en planification, de considérer de façon cohérente les ressources humaines en santé et les ressources humaines en éducation et formation.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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. LE MODÈLE CONSTRUCTIVISTE

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

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

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

5. HYPOTHÈSE ET DISPOSITIFS MÉTHODOLOGIQUES

Hypothèse de recherche :

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

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

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

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

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

Dispositifs méthodologiques :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

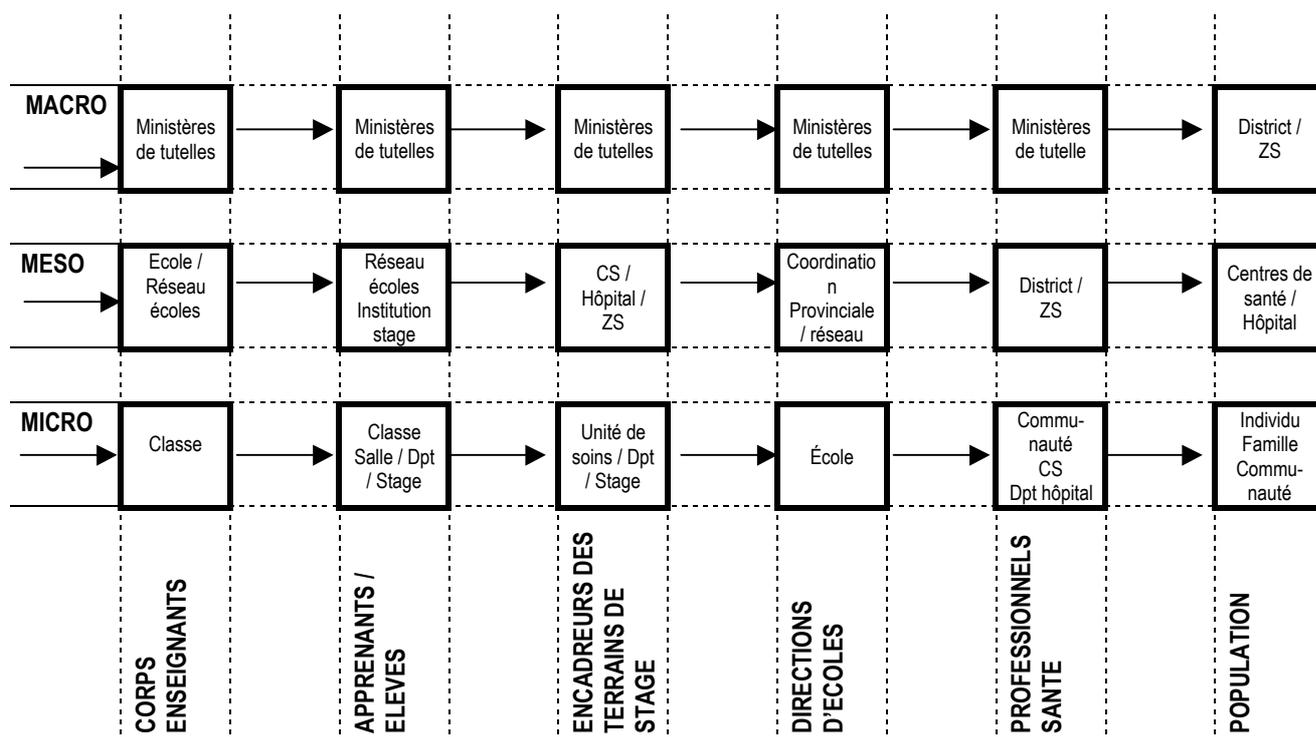
Ce choix méthodologique est également régi par la nécessité de mieux documenter le rôle du corps enseignant dans l'appui au district de santé et à l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires.

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

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

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

Figure 3. Présentation de la matrice d'analyse



Niveau macro :

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

Niveau méso :

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

Niveau micro :

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

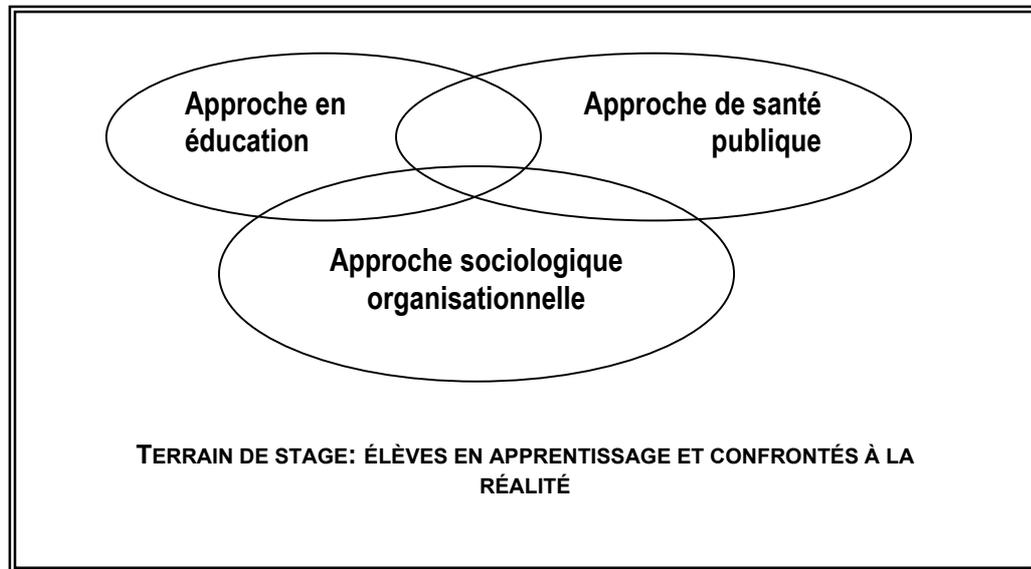
Remarque sur l'importance accordée au terrain de stage :

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

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

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

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



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

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

6. MÉTHODOLOGIE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

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

6.1. LES TERRAINS DE RECHERCHES ACTIONS

Les différents contextes et le résumé de leur implication :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Description des différents contextes :

6.1.1. La République Démocratique du Congo

Le projet :

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

Le système éducatif :

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

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

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

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

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

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

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

6.1.2. Le Rwanda

Le projet :

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

Le système éducatif :

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

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

Accès à l'enseignement secondaire

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

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

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

Le personnel enseignant

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

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

La qualité des enseignements

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

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

L'adéquation entre la formation et l'emploi

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

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

Le financement

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

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

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

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

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

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

6.1.3. Le Sénégal

Le projet :

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

Le système éducatif :

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.4. La Belgique

Les projets :

L'approche par compétences dans l'enseignement infirmier

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

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

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

6.1.5. Le Tchad

Le projet :

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

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

6.1.6. Le RESI

Le projet :

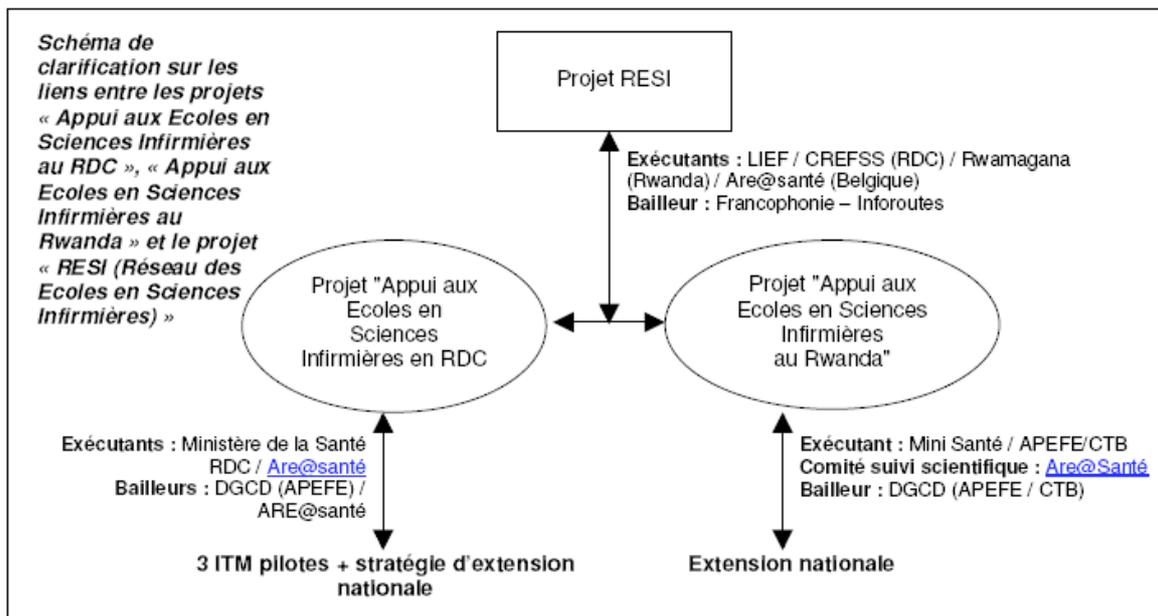
Le projet " Réseau francophone de pratiques en pédagogies actives et à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) dans l'enseignement en Santé" – le projet RESI ou Réseau des Ecoles en Sciences Infirmières (projet Inforoute Francophonie / LIEF /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

Le RESI poursuit quatre objectifs :

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

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

Figure 5. Articulation entre les différents projets



Les modalités de suivi :

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

6.2. LA RÉCOLTE DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▪ **Entretiens individuels :**

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

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

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

- **Descriptions narratives :**

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

- **Observation :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Variables récoltées :

Chez les enseignants :

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

Chez les élèves :

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

Taille des échantillons :

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

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

Administration de l'enquête :

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

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

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

7. POINT DE VUE ÉPISTÉMOLOGIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉFÉRENCES

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

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

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

PARTIE II.

POSER LA PROBLÉMATIQUE

PARTIE II. POSER LA PROBLEMATIQUE

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

Pierre Bourdieu [2004]

INTRODUCTION ET CADRAGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Soumis pour publication

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

Method

A participative process for the development of the systemic analysis

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

Presentation of the systemic model

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

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

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

Construction of the systemic model

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

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

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

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

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

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

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

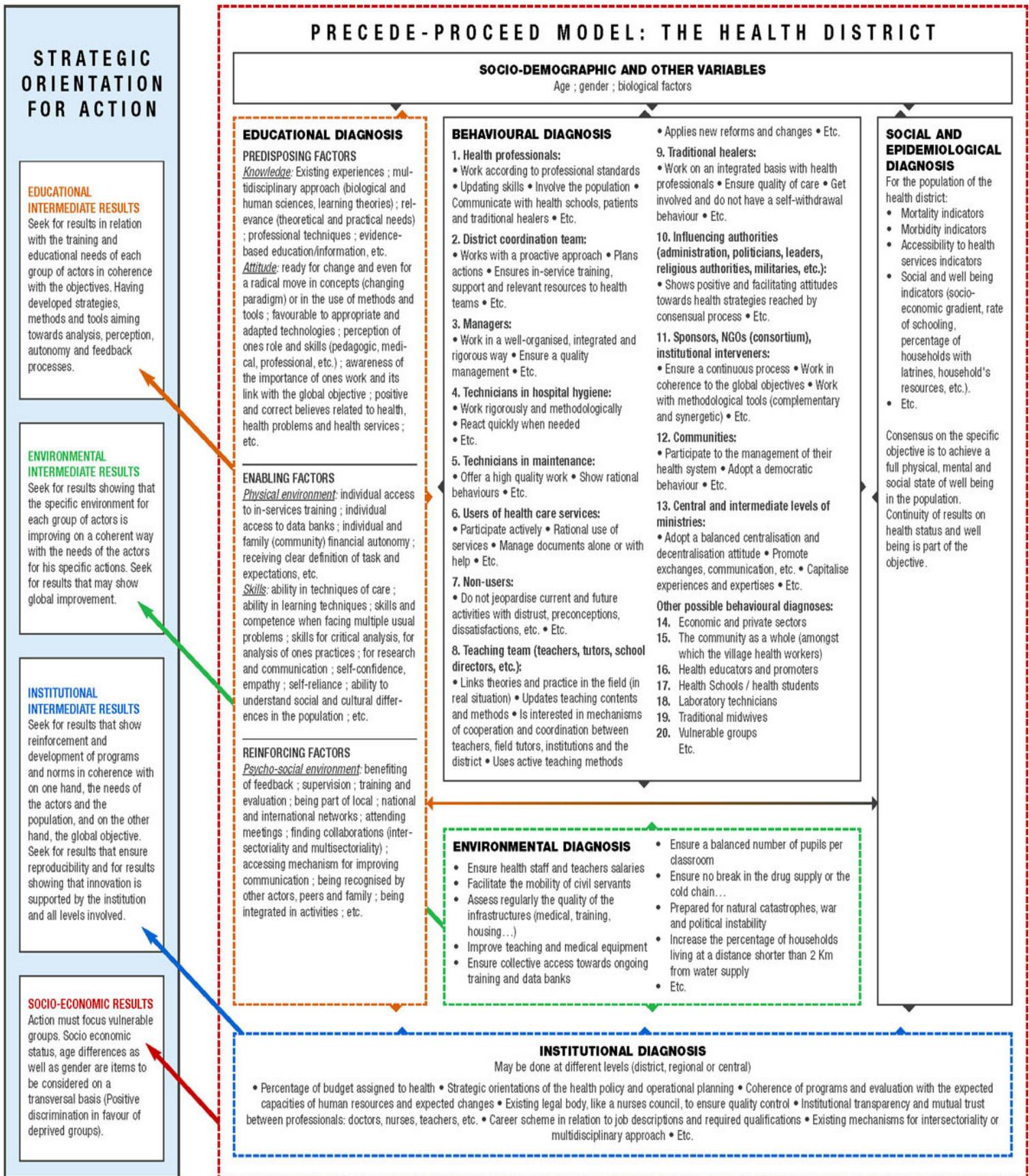
institutional, organisational context, which influence the installation of a program in relation to the analyzed problems.

Results

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

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

Figure 1. The systemic analysis of the health district



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

References

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

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

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

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

Les intitulés de ces analyses de situation sont les suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

Contexte et méthodologie

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

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

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

AXES STRATÉGIQUES POUR L'ACTION

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

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

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

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL

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

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

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

MODÈLE PRECEDE-PROCEED

FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET AUTRES VARIABLES ÂGE ; SEXE ; FACTEURS BIOLOGIQUES

DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

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

FACTEURS PREDISPOSANTS / NON PREDISPOSANTS :

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

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

FACTEURS RENDANT CAPABLES / NON CAPABLES :

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

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

FACTEURS RENFORÇANTS / DEFORÇANTS :

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

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

DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

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

DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL ET ACTEURS

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

1. Direction d'établissement de formation (préfet, proviseur et intérimaire)
 - Organisent peu ou pas d'activités en faveur de la formation continue des enseignants / ramédiation • Manifestent peu de leadership • Informent peu les parents sur le fonctionnement et les projets d'établissements.
2. Enseignants / formateurs infirmiers
 - Développent insuffisamment l'autonomie des élèves • Ne font pas de lien entre la théorie et la pratique • S'interrogent peu sur leurs pratiques.
3. Experts en ingénierie pédagogique (CREFSS et autres structures)
 - Organisent insuffisamment de formation en pédagogies actives • Se forment insuffisamment (auto formation).
4. Encadreurs de stage relais (enseignants des écoles)
 - N'aident pas les apprenants à établir le lien entre la pratique et la théorie.

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

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

6. Bibliothécaires et documentalistes

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

7. Scientifiques

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

8. Apprenants

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

9. Parents d'apprenants

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

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

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

11. Autres administrations (Ministères éducation, planification)

• Travaillent peu en intersectoriel.

12. Décideurs politiques

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

13. Corporations et syndicats professionnels

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

14. Ordre des infirmiers

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

15. Bailleurs de fonds, ONG et opérateurs

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

16. Acteurs en réseau

• Coordonnent insuffisamment leur réseau • N'assurent pas les stagiaires.

17. Professionnels de la santé

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

18. Acteurs du pilotage (acteurs désignés)

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

19. Leaders des changements (acteurs émergents)

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

20. Population

• Participe peu aux actions de développements sanitaires.

DIAGNOSTIC DU PROBLEME PRIORITAIRE

• Indicateurs de mortalité et de morbidité en RDC.

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

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

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

DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL

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

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

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

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

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

Discussion

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

Contact

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

Cellule de Recherches Educatives et de Formation continue en Sciences de Santé (CREFSS)
Avenue Pozo A5, Matonge
Commune Kalamu, Kinshasa,
République Démocratique du Congo
www.areasante.org

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

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

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

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

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

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

CTB / BTC
Coopération Technique Belge

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

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

Contexte et méthodologie

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

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

MODÈLE PRECEDE - PROCEED

FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ÂGE ; SEXE

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

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

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

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

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

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

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

DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL

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

PUBLICS CIBLES :

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

LES ACTEURS SPÉCIFIQUES

Acteurs directement en relation avec la profession infirmière

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

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

5. Enseignants des écoles d'infirmières : Enseignent avec un excès de théorie ; Présentent une instabilité professionnelle ; Ne s'intéressent pas vraiment aux mécanismes de coopération et de coordination entre enseignants et encadrants ; Certains enseignent en général de façon passive ; N'appliquent pas les nouvelles réformes et les changements de programmes ; N'appliquent pas comme il faut le cadre juridique de l'éducation ; Ne font pas de lien entre théorie et pratique ; Certains ne communiquent pas aux élèves leurs objectifs d'apprentissage et les activités attendues.

6. Enseignants-encadrants des écoles d'infirmières : Enseignent avec un excès de théorie ; Présentent une instabilité professionnelle ; Ne communiquent pas aux élèves leurs objectifs d'apprentissage et les activités attendues.
7. Chargés de Pratique Professionnelle (CPP)
8. Infirmier(ère)s / Sage femmes référents

9. Directeurs des écoles en sciences infirmières : Certains ne collaborent pas suffisamment avec les hôpitaux et les terrains d'applications ; Réagissent de manière non appropriée leurs problèmes.
10. Documentalistes des écoles d'infirmières et des structures en relation : Gèrent difficilement leur ressources afin de maximiser l'utilisation par les divers publics cibles.

11. Formateurs en charge de la formation des enseignants et des autres spécialisations en sciences infirmières : Enseignent avec un excès de théorie.

DIAGNOSTIC DU PROBLÈME PRIORITAIRE

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

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

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

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

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

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

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

DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL (ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SOCIAL)
Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes / éléments suivants doivent être considérés :

- Insuffisance de ressources documentaires
- Conditions socio-économiques entraînant une instabilité d'emploi
- Manque de facilités logistiques
- Ratio Enseignant et élève trop faible
- Environnement de stage inadéquat
- Absence de programme de formation en spécialisation
- Manque de formations continues
- Manque de ressources pour enseigner correctement
- Contexte historique
- Insuffisance de matériel de démonstration des ESI et des terrains de stages

DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL (ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SOCIAL)
Afin d'agir sur les comportements identifiés, les problèmes / éléments suivants doivent être considérés :

- Insuffisance de matériel de soins en général au niveau hôpital et CS
- Insuffisance de disponibilité en temps pour les stages pratiques, surtout dans les CS
- Insuffisance de supports de cours et de matériel didactique
- Insuffisance des encadrants, et des personnes relais durant les stages
- Surpopulation des classes
- Manque de patients et de variété des cas pour enseigner correctement aux élèves
- Insuffisance de salaire
- Faible financement des écoles et des terrains de stages
- Manque d'un personnel enseignant qualifié
- Manque de personnes «CPP» et infirmier(ère)s / sages femmes référents

tion aux différents niveaux :

- Le système d'entrée dans les ESI sans autres mécanismes de sélection
- Examen National Diplômant : manque de contrôle
- Manque de planification et de coordination centrale
- Mauvaise répartition du personnel qualifié
- Absence d'un Plan Stratégique National officiel
- Manque de normes et standards techniques
- Les infirmières ne sont pas impliquées dans la prise de décisions

Discussion

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

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

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

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

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

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

Coopération Technique Belge
Bureau de représentation au Sénégal

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

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

Contexte et méthodologie

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

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

MODÈLE PRECEDE - PROCEED

FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

ÂGE ; SEXE

DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

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

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

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

FACTEURS RENDANT CAPABLES :

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

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

FACTEURS RENFORÇANTS :

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

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

DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

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

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

DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL

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

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

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

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

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

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

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

- 01. Ne s'impliquent pas dans la formation continue du personnel de santé • 01. Ne supervise pas les activités • 04. Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (Niveau central):
• 01. N'adapte pas les modules aux réalités de terrain (pour un certain nombre de modules) • 02. Ne conçoit pas de modules de formation • 03. Ne finance pas suffisamment le volet formation • 04. N'élabore pas des plans de formation continue pour les agents de santé • 05. N'affecte pas suffisamment de personnel qualifié en fonction des besoins • 06. Ne décentralise pas les bourses de formation • 07. Ne coordonne pas assez les programmes verticaux dans l'élaboration des modules.

06. Formateurs des programmes verticaux:

- 01. Ne s'impliquent pas dans la formation continue du personnel de santé • 01. Ne supervise pas les activités • 02. Ne recrutent pas suffisamment de personnel qualifié • 03. Assure les activités de consultation curative et non celles de prévention et promotion • 04. Ne supervise pas les ACS et les matrones qui travaillent dans les cas de santé • 08. Equipe cadre de district-ECD (incluant les superviseurs):
• 01. Ne supervise pas les activités • 09. Equipe cadre de région (incluant les superviseurs):
• 01. Ne s'organise pas en pool de formateurs (absence d'un pool de formateurs) • 02. Ne font pas leurs activités de supervision.

10. Agents du service d'hygiène:

- 01. Travailleur/se reconvoient dans des activités autres que celles pour lesquelles ils ont été formés.

11. Agents de santé communautaire (ASC):

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

12. Pharmaciens:

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

LES PRESTATAIRES DE SOINS ET DES SERVICES:

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

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

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

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

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

- 01. Ne supervise pas les activités.

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

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

10. Agents du service d'hygiène:

- 01. Travailleur/se reconvoient dans des activités autres que celles pour lesquelles ils ont été formés.

11. Agents de santé communautaire (ASC):

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

12. Pharmaciens:

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

13. Tradithérapeutes:

• 01. Ne collaborent pas avec les structures sanitaires.

14. Travailleurs sociaux:

15. Directeurs d'hôpitaux:

• 01. Ne collaborent pas bien avec les autres structures sanitaires.

16. CRD: Comité Régional de Développement, CDD: Comité départemental de développement ; CLD: Comité local de développement:

- 01. Ne s'impliquent souvent que lors d'événements spéciaux (Journées Nationales de vaccination, célébration de Journées, grands rassemblements, épiphyse etc.)

17. LES PARTENAIRES (FACILITATEURS) 18. Collectivités locales:

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

19. Comités de santé:

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

20. Bailleurs de fonds:

- 01. Orientent les thématiques de formation sans analyser suffisamment les besoins de formation (normes sanitaires, attentes des professionnels de santé) • 02. Développent des procédures lourdes d'accès aux financements qui entraînent une lenteur d'exécution.

21. Les organisations associatives et professionnelles:

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

22. Ordre des infirmiers(e), Ordre des médecins:

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

23. Les CONSOMMATEURS DE SOINS

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

24. La population:

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

DIAGNOSTIC DU PROBLÈME PRIORITAIRE

Chaque constat est documenté

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

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

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

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

• Mauvaise répartition des ressources humaines • Financement insuffisant des structures de santé • Absence d'une politique de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences • Absence de plan de formation continue dans la Région • Orientation des financements des bailleurs • Mauvaises conditions salariales du personnel de santé • Dégradation des primes de motivation

du projet ANRD II (facteur de démotivation) • Influence des politiques sur les activités • Absence de formations certifiantes (ou absence de critères pour définir les conditions d'une formation devenue certifiante) • Manque de coordination entre l'administration, les partenaires et le niveau politique

• Normes sanitaires non adaptées et non actualisées • Absence de volonté politique d'appliquer les normes.

AXES STRATÉGIQUES POUR L'ACTION

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

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

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

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL

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

EN RAPPORT AVEC LE DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

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

Discussion

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

Contact

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

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

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

Boulevard Léopold II, 128
B-1080 Euclixelles, Belgique
www.areasante.org

RÉFÉRENCES

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

PARTIE III.

ÉLÉMENTS DE PROCESSUS RELATIFS AUX ORGANISATIONS ET AUX ACTEURS : UNE PLANIFICATION DE L'INTÉGRATION

PARTIE III. ELEMENTS DE PROCESSUS RELATIFS AUX ORGANISATIONS ET AUX ACTEURS : UNE PLANIFICATION DE L'INTEGRATION

"Souvent, quand une stratégie échoue, ceux qui sont au sommet de la hiérarchie blâment la mise en œuvre effectuée aux niveaux inférieurs de l'organisation : "si seulement vous pouviez, espèces d'idiots, apprécier le caractère brillant de la stratégie que nous avons formulée...". En fait, les idiots situés plus bas dans la hiérarchie pourraient bien répondre : "si vous êtes si intelligents, pourquoi n'avez pas tenu compte du fait que nous sommes des idiots?".

Henry Mintzberg [1999]

INTRODUCTION ET CADRAGE

Après la présentation des objectifs de la recherche et de la méthodologie de travail dans la première partie, la deuxième partie s'est centrée sur l'analyse de la problématique au niveau du district de santé et ensuite, plus précisément, au niveau de la formation des professionnels de la santé. Cette troisième partie se centre sur l'ensemble de la gestion de cycle de projet [GTZ, 1983 ; Rosenberg, 1979 ; Martens *et al.*, 2005] et plus spécifiquement sur les acteurs des processus de changements.

Au cours de cette dernière décennie, on a vu apparaître l'obligation des cadres logiques et des dossiers de formulation des projets de coopération [Commission Européenne, 2001 ; Totté, 2003]. En même temps qu'une possibilité d'évaluation [Descroix *et al.*, 2002] mais sans doute aussi de contrôle se mettait en place, la capacité des organisations à faire face à l'imprévu et à créer la surprise (stratégies émergentes) se faisait plus réduite. Dans la mesure où la planification stratégique a eu son temps de gloire, mais aussi sa décadence [Mintzberg, 1999], il est sans doute temps aujourd'hui d'envisager d'autres processus pour la formulation des stratégies dans le cadre des projets de coopération. Cet enjeu est d'autant plus pertinent qu'il n'est plus d'actualité dans nos entreprises et secteur public du nord. Le management a repris le dessus et les planificateurs ont un rôle restreint et défini.

Par ailleurs l'utilisation de la logique de projet peut être positivement argumentée par ses dimensions pédagogiques, notamment celles de nous concentrer sur une tâche précise. Dans le cadre des coopérations et de l'appui par les bailleurs de fonds mondiaux que sont la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International, la mise en place de logiques de budgétisation sectorielle et de « basket funding » dans le cadre des SWAp (Sector Wide Approach) sont actuellement de mise [Coopération Technique Belge, 2005].

Cette partie du travail de recherche propose une réflexion sur un mode de planification systémique et stratégique faisant intervenir au premier plan le principe de participation. Le premier article présente la gestion des ressources humaines en santé par un processus de planification participative à un niveau local. Le second article, qui a été publié dans la revue *Human Resources for Health*, a également été proposé pour la revue Echo du Cota (COTA ASBL) afin d'en permettre sa vulgarisation et son adaptation à des outils de suivi de projet. Le dernier article présente les modalités d'application d'une planification de l'intégration en adaptant le modèle de Green et Kreuter provenant du monde de la promotion de la santé.

Concernant le concept de participation, mis en avant dans cette partie, quelques éléments introductifs sont nécessaires. Dans la plupart des projets de développement, la participation, principe d'action repris régulièrement comme identité appartenant au domaine de la promotion de la santé [Communauté française de Belgique, 2004 ; Charte d'Ottawa, 1986 ;

Thang, 2005], n'a pas encore eu droit d'expression dans l'élaboration des interventions ou seulement de manière anecdotique. La participation communautaire, qui représente un objectif de nombreux projets de coopération [Chilaka, 2005], est en revanche fréquemment mise en place, au sein des interventions, avec des résultats variables [Hardeman, 2004 ; Ministère de la Santé de RDC, 2005]. Dans le champ de la santé publique, la "participation communautaire" reflète un processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être, de même que ceux de la communauté dont ils font partie. Elle devrait être un levier pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique identifiés par les populations elles-mêmes. La mise en place d'un processus d'évaluation de l'implication des populations et acteurs de santé dans le système de soins est très complexe et beaucoup de projets, soumis au respect de la gestion de cycle de projet, qui mesurent des "taux de participation" sur base d'indicateurs quantitatifs de processus (nombre de personnes participant à telle activité) ou via des approches pluridisciplinaires qualitatives permettant de documenter le degré de participation communautaire aux projets ou aux systèmes de soins via la satisfaction des individus, ne renforcent pas réellement l'autonomie. Ce type d'évaluation est insuffisant car il ne permet pas de cerner au mieux l'approche participative comme un mécanisme favorable aux développements de l'autonomie des populations, des communautés, des institutions et des individus. Il existe ainsi de nombreux projets dans lesquels, même si les objectifs attendus sont satisfaits, le processus participatif mis en place ne développe pas une réelle autonomie des acteurs. L'impact reste donc faible.

Il serait utile d'inverser systématiquement la réflexion en partant du fait que la participation est avant tout un mécanisme ou un mode de travail nécessaire à la cohérence et à la pertinence des actions quel que soit le niveau d'intervention où l'on se situe. Il est alors possible de définir la participation comme un mode d'expression permettant de développer l'autonomie de ses adhérents. Le postulat de départ est celui de l'approche systémique des problématiques.

En même temps qu'une valorisation effective du principe de participation, d'autres mécanismes doivent se mettre en place pour faciliter une meilleure structuration des données et une clarification des visions de tous les acteurs en faveur d'un dénominateur commun. Le troisième article proposé dans cette partie fait la part des choses entre processus et méthodologie de structuration systémique et globale des problèmes. En effet, il devient de plus en plus urgent de mettre en place des mécanismes de concertations orientés sur des problématiques concrètes qui reflètent les besoins des populations et partant de là, celles des institutions nationales permettant de saisir les problèmes multidimensionnels ainsi que de reconnaître les problèmes fondamentaux et globaux. De plus en plus fréquemment, nous observons que les besoins ne sont pas suffisamment considérés tandis que les demandes, en provenance d'acteurs très variables y inclus les bailleurs de fonds, y sont de mieux en mieux rencontrées. Un exemple de cette situation est celui de la construction de nouvelles écoles de formation infirmière dans des contextes où la rationalisation et le renforcement qualitatif de l'existant devraient l'emporter [Ministère de la Santé de RDC, 2005].

Cette troisième partie se termine par une discussion autour du maintien de la cohésion dans un système d'actions régulées.

La partie suivante de cette recherche (la quatrième partie) permettra de se focaliser sur un objet précis de changement : l'adéquation de la formation aux compétences attendues des professionnels de la santé. Les conditions du changement seront celles-là même que nous développons dans cette troisième partie.

1. L'IMPLICATION DES ACTEURS

1.1. A PROCESS OF CHANGE IN FIRST-LINE HEALTH SERVICES IN CHAD (ARTICLE 2)

Health Policy and Planning 2001; 16(1):122-123.

<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/16/1/122>

HEALTH POLICY AND PLANNING; 16(1): 122–123

© Oxford University Press 2001

Letter

A process of change in first-line health services in Chad

FLORENCE PARENT¹ AND YVES COPPIETERS²

¹Department of Health Information System, Observatoire de la Santé du Hainaut, Belgium and ²Health Promotion & Education Unit, School of Public Health, Free University of Brussels, Belgium

Training in the field of community participation, district planning and immunization programme management exists at national and regional level in Chad. Many strategies for improving specific activities have been tried and training is sometimes decentralized at district level.¹ Changes introduced

following such training involve many people. Nonetheless, all these inputs seem to have had little impact on health service organization and quality of care at the health centre level.²

We would like to discuss the problem of the poor quality of services in an urban health centre in Chad. The urban health centre of Pala's town (30 000 inhabitants) is located in the district of Pala, province of Mayo-Kebbi, south of N'Djamena.

This health centre is located in the immediate surrounding of the reference hospital. It is common to see activities such as immunization or antenatal care exclusively provided for the whole urban area by the staff of the hospital, in the walls of the hospital. This means, in practice, a total lack of interest from the health centre team for those activities, a lot of confusion regarding the responsibilities of each facility, and a lack of knowledge of their catchment area and their target populations. Observation showed other problems at first-line health service level: a lack of knowledge of the activities carried out by the other members of the health team; a lack of

standardized instructions, and evidence that those in existence are not known by the health workers; missed opportunities to immunize children, with the consequence of repetitive epidemic situations over the past years; and a intrainstitutional problem of accessibility to the pharmacy (with a direct compliance problem).

In a context where it is difficult to have anything but a relatively quick and structured support system for improving the general quality of care in a district or health centre, it is important to think about simple and feasible alternatives. The choice of one specific problem in a situation of multiple interrelated problems was needed as a starting point for a process of discussion and communication: the reorganization of the flow of patients was seen as a common problem involving each member of the team. The changes proposed were based on the following hypothesis: 'the reorganization of the flow of patients at the level of the health centre could be a good opportunity for reinforcing the capacity of the staff to work as a team'.

To achieve the different steps of this process, several meetings were held with the whole health centre team (head nurse, second nurse, two midwives, social assistant, three pharmacists and five auxiliaries) and the district medical officer. As the changes have been implemented, meetings have been organized in more restricted groups on several occasions. The initial meetings were most

important for establishing a relationship of mutual respect and confidence between the supervisor and the team, and between the members of the team.

Solutions were discussed and changes have been implemented (over a time period of approximately 6 months) including the following:

- changes necessary for a more efficient use of the health centre infrastructure were very quickly implemented by the team (activities of immunization and antenatal care);
- the midwife insisted on having outreach activities for antenatal care;
- the head nurse decided to join the outreach clinics to try to integrate family planning with antenatal and under-five clinics;
- the head nurse delegated to the social assistant responsibility for the screening of under-five children on a continuous basis from the patients coming for consultation;
- a waiting area for mothers and children was negotiated with the health committee, which agreed to finance most of its construction;
- the health centre care for malnourished and at-risk children has worked out a nutritional programme based on Soya (thanks to a local association for the promotion of Soya in Pala).

As this case presentation has shown, circumstances were favourable for implementing changes involving the actors of the first-line health services. The objective was also to promote creativity and dynamism in the team. In addition, the health centre's head nurse had the knowledge needed to understand the general objective of improving quality of care, and was competent enough to ensure the dynamics of change. Therefore, circumstances were favourable for developing a local process of quality assurance.³ These conditions may be difficult to meet in other health facilities in Chad or other countries.

At first, it may seem that practitioners do not want to be involved in changes occurring in their local health care system. Many conditions (especially at district level) have to be brought together to give the health staff a proper understanding of what their health service is all about. The better understood it becomes, the

more they are willing to participate in the planning and running of the services. Improving quality of care at the level of the district by favouring a local process of auto-evaluation and quality management may provide staff with the opportunity for a dynamic understanding of their facility. Improving quality of care by using such a process would no longer be an individual health staff problem or an isolated strategy. The necessity for specific changes would have to be seen through a more general or global view of the functioning and understanding of interaction between all the actors involved.⁴ This is an important factor in developing the general effectiveness of health services through optimizing the potential of each actor involved as part of the team. This is potentially a more effective strategy than seeking to maximize the inputs and outcomes of a single health worker. This change was identified as an opportunity taken to reinforce the capacity building of the health team.

Emphasis is put on the importance of having a common 'felt problem' for introducing concepts of quality of care.

References

- 1 Van Balen. The Kasongo project, a case study in community participation. *Tropical Doctor* 1994; **24**: 13–6.
- 2 Nichter MA. The primary health centre as a social system: PHC, social status, and the issue of team-work in south Asia. *Social Science and Medicine* 1986; **23**: 247–55.
- 3 Grol R. Personnel paper on: beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal* 1997; **315**: 418–21.
- 4 Ferreli R, Serrano CR, Balladelli PP, Cortinois A, Quinteros J. Strengthening local health care management in Bolivian districts through participatory operational research. *International Journal of Health Planning and Management* 1997; **12**: 29–50.

Correspondence: Florence Parent, Department of Health Information System, Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré, Belgium.
Email: florence.parent@hainaut.be

2. LA VISION SYSTÉMIQUE DE L'IMPLICATION DES ACTEURS

2.1. MODEL OF ANALYSIS, SYSTEMIC PLANNING, AND STRATEGIC SYNTHESIS FOR HEALTH SCIENCE TEACHING IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO (DRC): A VISION FOR ACTION (ARTICLE 3)

Human Resources for Health 2004, 2:16.

<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/16>

Human Resources for Health

Research

A model for analysis, systemic planning and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo: a vision for action

Florence Parent¹, Gérard Kahombo², Josué Bapitani², Michèle Garant³, Yves Coppieters*¹, Alain Levêque¹ and Danielle Piette¹

Address: 1Department of Epidemiology and Health Promotion, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles (ULB), Brussels, Belgium, 2CREFSS-c/o Ministry of Health, Kinshasa/Gombe, Democratic Republic of the Congo and 3Centre de Pédagogie Universitaire, Université Catholique de Mons (FUCAM), Belgium

Email: Florence Parent - florence.parent@ulb.ac.be; Gérard Kahombo - g_kahombo@yahoo.fr; Josué Bapitani - bapitanidesi@yahoo.fr; Michèle Garant - garant@fucam.ac.be; Yves Coppieters* - yves.coppieters@ulb.ac.be; Alain Levêque - alain.leveque@ulb.ac.be; Danielle Piette - danielle.piette@ulb.ac.be

* Corresponding author

Published: 07 December 2004. *Human Resources for Health* 2004, 2:16 doi:10.1186/1478-4491-2-16

Received: 22 July 2004 Accepted: 07 December 2004

This article is available from: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/16>

© 2004 Parent et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: The problem of training human resources in health is a real concern in public health in Central Africa. What can be changed in order to train more competent health professionals? This is of utmost importance in primary health care.

Methods: Taking into account the level of training of secondary-level nurses in the Democratic Republic of the Congo (DRC), a systemic approach, based on the PRECEDE PROCEED model of analysis, led to a better understanding of the educational determinants and of the factors favourable to a better match between training in health sciences and the expected competences of the health professionals. This article must be read on two complementary levels: one reading, focused on the methodological process, should allow our findings to be transferred to other problems (adaptation of a health promotion model to the educational sphere). The other reading, revolving around the specific theme and results, should provide a frame of reference and specific avenues for action to improve human resources in the health field (using the results of its application in health science teaching in the DRC).

Results: The results show that it is important to start this training with a global and integrated approach shared by all the actors. The strategies of action entail the need for an approach taking into account all the aspects, i.e. sociological, educational, medical and public health.

Conclusions: The analysis of the results shows that one cannot bring any change without integrated strategies of action and a multidisciplinary approach that includes all the complex determinants of health behaviour, and to do it within the organization of local structures and institutions in the ministry of health in the DRC.

BACKGROUND

A partnership amongst the DRC's Ministry of Health – more specifically the directorate that is in charge of health science education –, the French-speaking Community of Belgium, and various education and training associations made it possible to set up and carry out a teaching innovation project to bolster human resources in the health sector. One of the major public health challenges in Africa is to find efficient ways to enhance human resources in the health sector.

The goal of the medical policy in RDC (1) is to promote the health of all the population, by providing quality health care, total, integrated and continuous with the Community participation, within the general context of fight against poverty. With this intention, the Ministry of Health defined 6 strategic axes to support the reinforcement of the primary health care: - Restructuring the health system according to political, legislative and administrative orientations' as well as updating standards of services; Increasing the availability of the resources by the implementation of an adequate administrative process; establishing an integrated system of fight against diseases and health promotion of the target groups; Strengthening the programs of support to health activities; Coordinating, promoting intra and intersectoral collaboration and partnership for health; Promoting a suitable environmental framework to health.

The Ministry attaches a priority importance to the production of quality care and health services, also by: the reaffirmation of the strategy of the Primary Health Care [SSP] as a fundamental option of the national policy on health; The reaffirmation of the health zones / districts achieving a minimum package of activities as an operational unit ; Regular procurement of essential drugs including biological products and other laboratory reagents.

Training of nurses in DRC is organized in all provinces of the country and conducted through Technical Medical Institutes (ITM), Medical Educational Institutes (IEM) for secondary level and Higher Institutes of the Medical Techniques (ISTM) for higher level. In 1998, 308 ITM and ISTM were counted through the country; to date the country counts 254 schools of nurses (male and female) of secondary level recognized by the DRC Government.

According to the type of management, these institutions are classified as public, officially agreed and private schools. However, the autonomy of management for all those schools is large given the near inexistence of Government subsidy. The infrastructures and quality of the training are largely different from one ITM to another.

As a rule, the solutions that one comes across in public health are located in the area of further training for health professionals. To the extent that further training is important (2), it is a pity to ascertain the low yields that these various training courses have in truly improving the quality of health care and services. There is a lack of prior analysis of the main training needs when it comes to developing abilities and independence, a lack of these training programmes' integration in existing structures, and a lack of consistency between these schemes and a complex environment composed of many interacting players. Moreover, it is difficult, for many different reasons, to escape from the many vertical programmes (more than forty in the DRC) that impose their own training modules on target audiences that have been set beforehand on their level.

When it comes to basic training, the young nurses who have just graduated from secondary school and make up the critical mass of health professionals in primary health care are commonly required by specific private or church employers to enrol in a full year of training after their academic studies in order to try to make up for the gaps between their basic training and health professionals' actual training needs. The lack of reforms of the educational curricula to keep pace with the fundamental changes that have resulted from the decentralisation of primary health care, absence of vision, and lack of expertise in educational research attest to a situation of confusion on the part of the ministries and other forces involved.

In addition, several other problems make this succinct analysis more complex. The unemployment rate for the country's nursing school graduates is extremely high, even for those who graduate from Kinshasa's best schools. The situation is compounded by the almost total absence of quality management mechanisms, especially when it comes to taking stock of the health manpower that

exists. The situation is a complex one in which the expected changes are not clearly discerned. The problem of health sector human resources is a vast one. The context that interests us in this article is that of the human resources that are in the front line when it comes to grappling with the various communities' health problems. These are the nurses who have completed (technical) secondary school courses. They are the main primary health care professionals in Central Africa, especially in the DRC (3). This choice limits the initial problem to a specific target population. However, the approach that we envisioned can be transferred quite easily to the other sectors that are concerned by health manpower management (mainly RNs, doctors, laboratory technicians, health professionals, etc.).

The question of research is at 3 levels: on the theoretical level, the article uses an establishment of a theoretical model from one field to another; on the methodological level, it uses the research-action like mode of data collection for a better establishment of results; on the empirical level, research is in DRC, unusual ground for the introduction of an innovation, making it possible to make it a question of research for oneself.

This qualitative research pursues two objectives, namely, to present a methodology (adaptation of a health promotion model to the educational sphere) and to study the results of its application (health science teaching in the DRC). The qualitative hypothesis that subtends this thinking is that using an analytical, systemic planning and strategic synthesis model based on a systemic and participatory approach on various strategic and operational levels will procure the necessary vision for changing the basic education and training of nurses in (technical) secondary schools in the DRC.

There is a lack of literature on experiments and experiences that use analytical or planning methods to understand complex social realities and consequently the adoption of strategic plans of action that should result from such experiences. It is thus important for all the players in the process to make use of the outcomes of the various stages of analysis and planning through which they circulated to produce an appropriate and adapted logical framework. It is necessary, however, to be able to set down on paper the methodology that is used to be able to construct a model that now

seems fairly obvious for some of the parties involved, *i.e.*, teachers, internship supervisors and school managements, personnel within the ministry's Directorate for Health Education, and project officers.

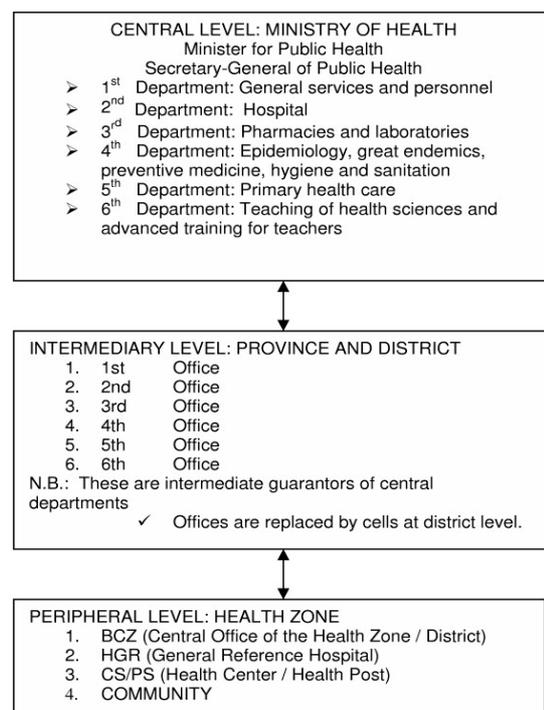
Methodology

Generally speaking, three relatively distinct stages were necessary, as follows:

1st methodological stage: set the strategic, managerial and operational levels

In the DRC, the Ministry of Health and more specifically its Directorate in charge of health science education is responsible for the basic training of secondary school nursing students and further training of health professionals.

Figure 1. Organizational structure of the Ministry of Health of the Democratic Republic of the Congo



The situation sometimes varies in neighbouring contexts. So, in Rwanda, for example, the Ministry of Education is in charge of basic education and training in the technical schools and for the medical professions. In France and Belgium, the general choice that was made was to have the Ministry of Education responsible for most of the training and education of health professionals.

We shall not discuss in this article the relevance of the place of oversight for this type of brief for training health professionals. We shall limit our remarks to the need to choose the best place for systemic planning and strategic vision in the existing context. So it is that in the DRC, the need to develop systemic planning tools that would give a comprehensive, consistent vision of the sector's needs was deemed to exist in priority in the Ministry of Health's 6th Directorate, which is in charge of paramedical secondary education. While the 6th Directorate is indeed the strategic level, the involvement of an operational level, in the form of a sample of schools and teachers, from the start, and creation of a management unit to guide the implementation of the plans by the 6th Directorate and teachers from the grass roots were clarified.

It is important to remember that we are talking about systemic and operational planning, not just strategic planning (4). For the strategic level, it is thus necessary to determine the organisational level that is close enough to operations on the ground yet at the same time is independent enough to take specific actual strategic directions.

2nd methodological stage: Choosing an analytical, planning and strategic synthesis model that fosters a systemic vision

This article follows on from the given that organizations and human beings are complex (5) and one of the possible ways to have public health actions that heed this complexity is to use a systemic approach to analyse them.

Various models for a systemic approach exist. The approach that we chose to develop a logical framework for analysing, planning, and synthesising the work of the MoH Directorate in charge of health science education in the DRC is Green and Kreuter's PRECEDE PROCEED model (6-7). The PRECEDE model emanates from a conceptual synthesis of the founding elements and roots of what would become Health Promotion.

The PRECEDE PROCEED planning model is welcomed because of its multidisciplinary approach, based on the fields of epidemiology, social sciences, behavioural sciences, education and health administration. In a nutshell, the fundamental principles that gave rise to this approach come from the

multifactoral nature of all problems. Once this has been posited, all efforts made to act upon behaviour, the environment and social factors must necessarily be multidimensional and multisectoral. The acronym PRECEDE means "Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation", whilst the acronym PROCEED means "Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development". The PRECEDE-PROCEED model emphasises planning interventions by focusing on the expected outcomes of actions based on epidemiological, social, behavioural, environmental, educational, organisational, administrative and political diagnoses of a socio-health and/or educational situation. The stages in the construction of a systemic model for analysing the problem that interests us, that is to say, health science teaching, are adapted as the process unfolds. One of this method's great potentials is its great flexibility, or its ability to adapt to the specific analyses' needs.

A systemic analysis and planning model is built dynamically, in a process that calls for continuous assessment. The model that the MoH's 6th Directorate came up with, and which is presented below, must change with changing knowledge in the area.

3rd methodological stage: allowing a participatory approach to using the model

It is important to stress the qualitative process of continual exchanges and constant observations amongst the players (teachers, internship supervisors, school managements, ministry officers and donors) that made it possible to fill the gaps in the information-gathering process. All of these elements are much more difficult to organize in one well-defined stage, but are indeed part and parcel of a process that stresses the participatory approach and comes under the third strand of the methodology that is being discussed. The development of the first model proceeded during the workshop held in Kinshasa at the starting of the project with the participation of personnel from 3 pilot schools and the Ministry of Health in October 2002. Three days of workshop with 40 participants of various institutional levels allowed, in December 2003, to establish strategic

orientations and guidelines for the continuation of broadening the program.

All PRECEDE PROCEED models are built upon the players' actual experiences of the problem to solve. The clarification of the problem itself, which is part of the epidemiological and social diagnosis, comes out of a debate that must be conducted with all the parties concerned. This problem will gradually become more and more clear as its statement shuttles back and forth amongst the parties until it eventually satisfies the strategic and institutional level that is in charge of the programme that the problem concerns directly. If, thanks to a resolutely participatory approach, all of the players adopt the use of a systemic approach on a real strategic, managerial, and operational level, it will become a solid tool for the entire teaching body concerned.

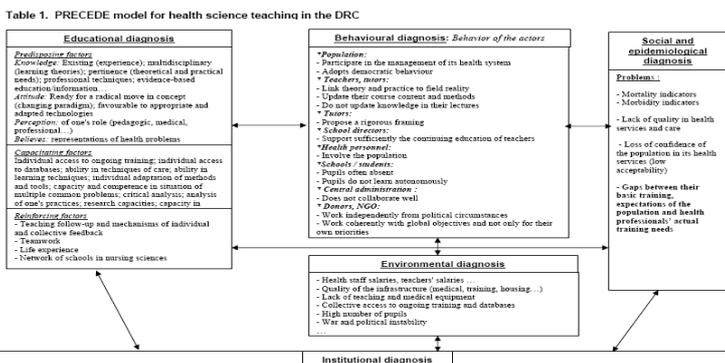
RESULTS AND DISCUSSION

The presentation of results is at two levels. PRECEDE and PROCEED Results. The first follow a mainly descriptive writing (to tell and analyze the facts). PROCEED Results follow a more normative writing leading to certain recommendations for practitioners and other actors.

PRECEDE RESULTS

To facilitate the presentation of the results and understand one of the first results ascribed to this approach, *i.e.*, a consistent, comprehensive vision of the elements and their interrelationships, although we felt that showing complexity, it was worthwhile to retranscribe the full model as it currently exists for the DRC's MoH's 6th Directorate.

Table 1. PRECEDE model for health science teaching in the DRC



To structure the results' presentation, we shall follow the order in which the model's construction progressed. The table must be read from right to left, starting with the epidemiological and social diagnosis, then going on to the behavioural diagnosis and from there to the analysis of the educational and environmental determinants of these behaviours, and then to end with the analysis of the institutional diagnosis.

Epidemiological and social diagnosis

In the Ministry of Health, all of the players are concerned by the mortality and morbidity indicators' situation in the country. For the health professionals, the lack of quality of the service supply and care provided in their health system is an obvious cause of the people's lack of confidence in their health system (8). However, to produce a verifiable systemic analysis and then effective strategic synthesis within the directorate that interests us, the problem of the directorate in charge of health science education must first be clarified in direction connection with this broader problem. So, the mismatch between health science teaching and the competence that health professionals are expected to have was seen as connected to the lack of quality in health care and services. All of the players on their various organizational levels – ministry staff, teachers, basic supervisors, donors, and project officers – took this diagnosis on board as a major concern.

Behavioural diagnosis

Who are these players and what behaviour can explain, through a direct link, the diagnosis of inadequacy? In answering these questions with the players themselves, we discover that there are groups of players that are never clearly identified yet are clearly related to his problem of inadequacy. This is the case, for example, of the donors and non-governmental organizations (NGOs).

Revealing all of the groups of players makes it possible to see more easily the importance to be given to a multisectoral approach, especially one that covers teachers and medical and paramedical professionals. If the population is considered a group of players that is separate from the problem at hand, it will not be possible to take it into account in setting up action strategies, to the extent that the aim of such work is to define better people's expectations in terms of the quality of

care and arrive at a better understanding of their behaviour.

During the discussions, the teachers felt that priority had to be given to separating the group of teachers from that of intern supervisors in order to highlight better the particularities and role of the field training. The school managements revealed their specific role in this problem of mismatches. Indeed, the teachers' and supervisors' behaviour is strongly linked to their own behaviour in dealing with changes (9). We have presented one or the other behaviour for each of these groups of players as examples only.

Environmental diagnosis

This diagnosis allows for the factors that are linked to the environment and are direct causes of the epidemiological and social diagnosis. In a context such as that of the DRC, geopolitical and socio-economic factors head the list, along with the health structures' inaccessibility. To take a more constructive approach without denying reality, it is necessary to focus the analysis of this diagnosis on the more targeted problem of the inadequacies in the training sector. This reveals variables that are more controllable for the levels that are concerned and that everyone agrees are connected to the problem. These are the learning environment, teaching environment, class hours that facilitate or hamper certain types of learning, etc.

Educational and motivational diagnosis

The educational diagnosis enables one to home in on the educational and motivational determinants, which must not be overlooked when one goes on to an interventional phase. To the extent that the systemic approach gives significance to each group of players (teachers, learners, and others) as well, as is the case in the DRC, it is fully possible to set up a frame of analysis, assessment and action-research that presents the variables and determinants in a PRECEDE model that are specific to each specific group (action-research framework). This is what was done in the DRC to follow the changes in teaching practices, in conjunction with each intervention that was identified that were made in the specific group of teachers. The results show us that it is relatively easy to separate the educational determinants from each other in order to facilitate subsequent reflection about the strategic action to take.

The "predisposing factors" that concern knowledge, experience, attitudes, perceptions, and representations have a key place in relation to the behaviours of the players of interest to the Directorate on Education. This construction shows clearly that the training that is given is usually interested in knowledge only and generally does not make use of the learners' life experiences.

The other important result is to be able to visualise the place of representations in a conceptual framework that will likewise be used for the action. For example, there are the various representations of learning theories when it comes to teaching methods or unfounded beliefs about the quality of care. Specific models do exist that enable one to delve much deeper into perceptions and beliefs (10-11). These are complementary research models. In the situation in which we are looking to develop a tool that can be used to construct an operational model for strategic choices of action to take on a high institutional level, the possibility of providing this place for representations and beliefs is already vital and elucidating.

The "enabling factors" in terms of actual competences (skilfulness, know-how and behaviour) are too often disregarded and underestimated in interventions. Incorporating them in this model thus enables the directorate in charge of this branch of education to check to what extent the projects, programmes, and other support measures consider this priority strand in terms of development independence.

The "reinforcing factors", which are sometimes also referred to as "facilitating factors", are the set of determinants that acts upon the positive feedback loops. The importance that all the players give to this type of variable in constructing the model confirmed the need that the directorate had already felt to find means to set up long-range monitoring mechanisms for the various activities engendered by the programme or by some more specific projects.

The model contains a certain number of variables. It is clear that it can be enriched in the course of the process through its utilisation and the players' better discovery and gradual appropriation of its features.

Institutional diagnosis

In terms of results, the institutional diagnosis requires analysing the situation at the organizational level that corresponds to the

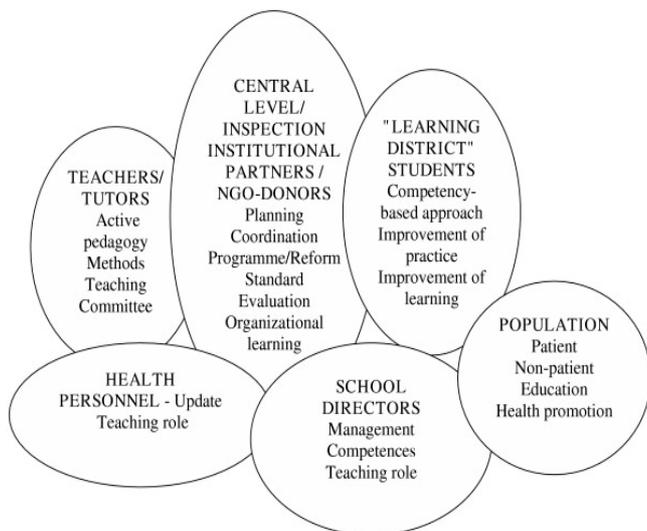
level of the model's application. This is a national health science education programme under the Ministry of Health. As such, the institutional diagnosis stresses essential strategic variables if one wants to work on a well-knit, comprehensive set of changes. It thus entails the need to analyse the institutional standards when it comes to inspections and assessment, but also those governing health system management and health sector human resource quality management (for example, the existence or lack of a Nursing Board). This is also the level on which we shall discuss how the programme dovetails with other variables and determinants.

PROCEED results

Before strategic thinking can be put into place based on this situational analysis, it is possible to go on to a more dynamic reading of the relations between determinants and variables. So it is that the DRC's Ministry of Health directorate in charge of health science education foresees a certain number of strategic axes for action. The aim of the action is the problem's translation in an objective form. The directorate thus considered its main goal to be to improve the match between what is learnt in schools and health professionals' needs and the population's expectations.

To understand better how the reading of the conceptual model brought us to the action strategies, it is useful to stress an intermediate step that is summarised in the following figure.

Figure 2. Visual summary of considered actors



A natural adaptation of the PRECEDE model was to define the groups of players by their behaviour. In this way, we obtained a better picture of the division of responsibilities to achieve a common goal and evidence of the need for interdisciplinary work (12). A comprehensive reading of the PRECEDE model points us toward a strategic choice that integrates an institutional and educational approach located in the field of education with an epidemiological and social approach located in the field of health and welfare. The players in their respective environments are located between the two. This model shows the need to find a common thread between education and health needs that allows for the place and role of each group of players in their context.

The results bring to the fore a number of behaviours that attest to a lack of independence, absenteeism, lack of collaboration, failure to connect theory and practice, a lack of communication, ignorance of the teacher's role, etc., depending on the group. Examination of these results prompts us to stress the importance that must be given to the learning environment and, when it comes to action strategies, the importance to give to a learning environment that is in tune with the strategic axes that are selected, in this part just as in the other parts of the situation's analysis.

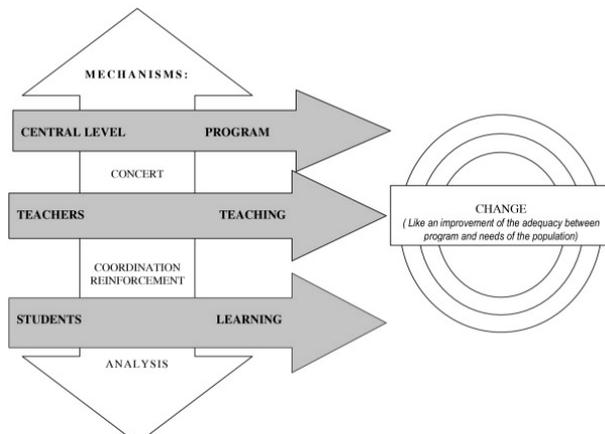
Given this finding and the need to link the educational and institutional diagnosis with the health problem (seen as an appropriate form for education), one proposed strategic hypothesis is to favour learning techniques that are based on active teaching methods (13).

In going consistently through the various diagnoses and organizational levels, this choice led the education directorate to think about changing its programmes and standards so as to base them on novel teaching concepts such as skills-based learning (14) and setting a skills reference framework on the basis of in-depth research done with the entire set of clearly identified target populations.

The reading of these results in terms of strategic action reveals the need to bolster the analytical and planning process that already exists within the directorate to pay more attention to the educational and environmental determinants for all the target populations concerned. To our mind, the success of the expected changes in terms of narrowing the gap between the "supply" and the "demand" hinges on this.

The following diagram summarises the strategic axes that the Directorate for Health Science Education chose to achieve this objective on the basis of the PRECEDE analysis.

Figure 3. Strategic axes for action



This figure reveals four axes to reinforce, namely,

- to reinforce communication and coordination in conjunction with the other reinforcing factors: the pilot schools' teaching method committees, teaching monitoring and feedback, the setting-up of networks, etc.;
- to develop methods to enhance the learner's autonomy: active teaching, constructivist approach, interdisciplinary, critical spirit, etc.;
- to foster a learning environment that enables the learners to acquire knowledge: library, teaching materials, computer learning, computerised documentation centre, etc.; and
- to provide institutional and structural support: standards and curricula that are in tune with teaching and organizational innovations and skills targets that fit health professionals' needs and meet the community's expectations.

The discussion will take place on two levels – the operational and the conceptual. On the operational level, we feel it is interesting not to dwell on the presentation of the model as it could have been applied, but on its actual application. The results are presented in such a way as to allow the reader to understand how to “organize” the problems that are felt to exist in health science education in the DRC.

Even if the Directorate for Health Science Education is well aware of its problems, the systemic modelling of the interconnected variables and populations seems to give it a conceptual and operational tool that is useful on various levels, as follows:

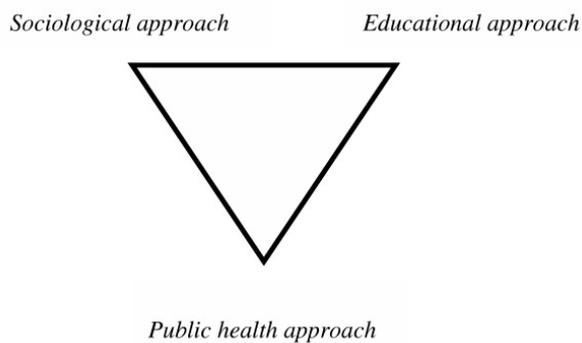
- tool for dynamic analysis of the situation with regular updates;
- tool for systemic planning that also enables the directorate to put forward arguments in dealing with donors and NGOs in the sector;
- assessment tool that gives more importance to assessment criteria such as cohesiveness, consistency, relevance, appropriation, and comprehensiveness, *i.e.*, process criteria;
- research and evaluation tool that can also promote a more quantitative approach to analysing the relations between variables and various diagnoses or within the same diagnosis; and
- a dialogue-enhancing tool, for it gives the groups of players involved a vision of the planned change and a common objective.

To sum up, this is a tool that provides a certain guarantee that the strategy development process is informed, meets the needs, and is complete (15).

The list of these advantages is obviously based on some baseline conditions, namely, a participatory process in which the model is developed and operates and the appropriation of the concepts that subtend the model (16). Even though it was more difficult to describe how the intervention strategies are set based on the construction of this model, we should like to stress the fact that a complete analysis of the situation that is based on this systemic approach usually reveals the relevant strategic axes on its own and despite the protagonists' limited ability to synthesise the situation.

On the conceptual level, the discussion will revolve around the following figure.

Figure 4. Multi-field vision of the change



We observed through the PRECEDE analysis and then the PROCEED strategic reflection phase that many disciplines converged in order to lead us to this hypothesis and a common objective of needs matching. Indeed, when action is carried out it will be a matter of achieving a gradual advance that occurs along the (horizontal and vertical) strategic axes defined earlier in this article. Moreover, we are confronted with strategic choices that involve at least three dimensions: a public health approach, an education approach, and a sociological approach. These three dimensions are part of the data collection process's success, as well as the success of the strategic choices that follow. This reinforces the fact that the PRECEDE PROCEED model comes from the development of an approach aimed at meeting the need for education and health promotion tools and methods. So it is that we see numerous applications of this process in technical health education establishments that spring from a true systemic analysis of the problems with full mastery of a structuring capacity, unlike some other models such as causal analysis (17).

Similarly, we can consider that defining a problem at an institutional and organizational level also requires the identification and involvement of all the parties concerned. We can also consider that the tools that help to understand the relations between elements and insist on a better search for behavioural determinants are prerequisites for organizational learning that has groups of players interact with each other. This is all the more true if the change that is ultimately expected (match between two sides of the equation) is contingent on changes in the players' behaviour and practices, as is the case of health education.

In terms of limits of this research, it targets the analysis of an inadequacy within human

resources' management in health, which is that of training of nurses from professional technical levels. Other levels of inadequacies are worthy to be analyzed in a complementary way relating to other health professionals, the sectors of health and education planning. The Green model is complementary to the use of methodological dynamic reference such as the Management of cycle for participative project. Its use within the framework of the project could obtain more means while enabling developments relating to research-action. In this context, the contribution from other disciplines, such as psychology, could be reinforced.

Conclusions

In relation with the three levels of starting research: the theoretical, methodological, and empirical level, PRECEDE PROCEED analysis can be considered as a model that can be transferred to numerous situations and problems of different types and must be used participatively and proactively in order to enhance its individual appropriation as a personal transfer tool. On the empirical level, the will of actors and the Ministry of Health in particular, expecting to have a clear vision of the projected change and manner of reaching that point, while integrating the complexity, was the element carrying the process. We can then advance the hypothesis that L. Green's systemic approach may become one of a set of active methods, such as problem-based learning, cooperative learning, or even project-based learning, to transfer to learners in nursing schools and sections in the DRC. Indeed, the abilities to analyse and synthesise, but also to carry out education and health promotion actions, are essential.

List of abbreviations:

DRC : Democratic Republic of Congo
PRECEDE: Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation
PROCEED: Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development

Acknowledgements

This research was conducted under the aegis of PROJECT 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)”, financé par l’association *Association pour la Promotion de l’Éducation et de la Formation à l’Étranger* (APEFE). We thank APEFE (its director, Jean Gillet, and staff) for having given us the opportunity to initiate the project and carry through its action-research strands. We also thank all of the teachers of the medical technical institutes of Kinshasa who participated in the development of this research framework.

References

1. DRC’s Ministry of Health . Politique Nationale de la Santé, Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo, June 2000.
2. Cantillon P., Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999, 318:1276-9.
3. Dramaix M, Brasseur D, Donnen P, Bawhere P, Porignon D, Tonglet R, Hennart P. Prognostic indices for mortality of hospitalized children in central Africa. *Am J Epidemiol.* 1996;143(12):1235-43.
4. Lichtveld MY, Cioffi JP. Public health workforce development: progress, challenges, and opportunities. *J Public Health Manag Pract.* 2003;9(6):443-50.
5. Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A, Wirth M: *Challenging inequities in health. From ethics to action.* London: Oxford Press ; 2001.
6. Green LW., Kreuter MW: *Health promotion planning. An educational and ecological approach.* London: Mayfield Publishing Company; 1999.
7. <http://lgreen.net>
8. Harries AD, Maher D, Nunn P. An approach to the problems of diagnosing and treating adult smear-negative pulmonary tuberculosis in high-HIV-prevalence settings in sub-Saharan Africa. *Bulletin World Health Organization* 1998;76(6):651-62.
9. Bonami M., Garant M: *Systèmes scolaires et pilotage de l’innovation. Emergence et implantation du changement*; Paris: Ed. De Boeck, Paris; 1996.
10. Paris SG., Turner JC: Situated motivation. In *Student motivation, cognition, and learning*; Edited by Erlbaum L. ; 1994.
11. Viau, R. *La motivation en contexte scolaire.* Paris-Bruxelles: De Boeck Université, 1997.
12. Demarco R, Hayward L, Lynch M. Nursing students' experiences with and strategic approaches to case-based instruction: a replication and comparison study between two disciplines. *J Nurs Educ.* 2002;41(4):165-74.
13. Roegiers X. *Une pédagogie de l’intégration : compétences et intégration des acquis dans l’enseignement.* Paris-Bruxelles: De Boeck Université ; 2000.
14. Garant M. Gérer la formation en termes de compétences. *Education Permanente* 2003; 3: 10-4.
15. Mintzberg H: *Grandeur et décadence de la planification stratégique.* Paris : Editions Dunod; 1999.
16. Green L. , Potvin L: *Education, health promotion, and social and lifestyle determinants of health and disease.* London: Oxford university press; 2002.
17. Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H: *Oxford textbook of public health.* London: Oxford Press; 2002.

2.2. UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE POUR L'ANALYSE STRATÉGIQUE, LA PLANIFICATION, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE PROJETS DE DÉVELOPPEMENT (ARTICLE 4)

Echos du Cota 2003; 101: 17-21

UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE POUR L'ANALYSE STRATÉGIQUE, LA PLANIFICATION, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE PROJETS DE DÉVELOPPEMENT

FLORENCE PARENT, YVES COPPIETERS ET CHRISTINE NSENGA MIKANDA

Trouver des outils de références méthodologiques permettant de garantir la pertinence de l'action, son appropriation et son suivi par les acteurs, praticiens de terrain, reste une priorité. Pour y arriver, l'approche systémique est incontournable. Il faut revoir les modèles de planification linéaire de type PIPO communément utilisés dans le cadre de la Coopération au développement.



Travaux de groupe – PHOTO : ARE@SANTE

L'approche proposée dans la suite a été utilisée avec satisfaction par [Are@santé](#) dans différents contextes du Sud et du Nord¹. Elle est facilement transférable à toute situation d'action de recherche ou d'analyse. Le modèle de départ émane du monde anglophone de la promotion de la santé² et son adaptation et application à des contextes très variables apparaissent comme une des forces du modèle.

L'APPROCHE SYSTEMIQUE DE L. GREEN

Le modèle de planification PRECEDE³ est bien connu des intervenants en promotion de la santé. Il est basé sur les disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales et de l'éducation. Ses principes fondamentaux proviennent de la nature multifactorielle de toute problématique. Les efforts entrepris afin d'agir sur les

comportements, l'environnement et les facteurs sociaux doivent nécessairement être multidimensionnels et multisectoriels. Ce modèle met l'accent sur la planification des interventions en dirigeant l'attention vers les résultats escomptés définis à partir du diagnostic de situation en terme social et épidémiologique. Ensuite, le travail porte sur les raisons de ce premier diagnostic. Il s'agit à ce moment de définir le diagnostic comportemental et environnemental directement en relation avec ce(s) problème(s) ciblé(s). Une adaptation du modèle de départ a été d'identifier les groupes d'acteurs et pour chacun d'eux de poser un diagnostic éducationnel ou motivationnel. L'analyse de situation se concentre ainsi également sur les explications ou déterminants de ces comportements. Ils se déclinent en déterminants éducationnels prédisposant, rendant capables ou facilitant et renforçant les différents comportements cités. Le diagnostic institutionnel permettra de compléter l'analyse de situation à un niveau macroscopique représenté par le niveau organisationnel dans lequel on se trouve, qu'il s'agisse d'un niveau institutionnel central (national) ou plus périphérique de type établissement scolaire, bureau de la zone de santé ou tout autre.

Les principaux éléments du modèle sont (cf. Figure 1) :

- **Le diagnostic social**

Les problèmes sociaux d'une communauté sont de bons indicateurs de la qualité de vie de cette communauté. Ils doivent intégrer deux dimensions : une quantifiable (emploi, chômage, absentéisme, niveau d'éducation, densité de population, taux de criminalité, pratiques ségrégationnistes, logement, services sociaux, etc.) ; l'autre pouvant être évaluée de manière qualitative (réponses de la population aux questions concernant les obstacles à l'amélioration de la qualité de la vie, etc.).

- **Le diagnostic épidémiologique**

Cette étape repose sur l'identification des problèmes spécifiques.. Les données

épidémiologiques telles que l'incidence, la prévalence et la distribution d'un problème de santé par exemple, associées aux informations provenant de publications scientifiques, des activités de la communauté, etc. pourront aider à mieux définir des priorités d'actions..

- **Le diagnostic comportemental / environnemental**

Il s'agit ici d'étudier les relations entre les comportements et les problèmes identifiés, en vue de dégager la causalité multifactorielle de situations à problèmes. En complémentarité, certains facteurs liés à l'environnement (naturel et humain) doivent être appréhendés. Une adaptation naturelle du modèle PRECEDE a été de définir les groupes d'acteurs au niveau du diagnostic comportemental. De cette façon, on réalise mieux le partage des responsabilités face à une tâche commune et la nécessité d'un travail interdisciplinaire. Le concept d'apprentissage organisationnel⁴ prend une dimension plus concrète lorsqu'on visualise le jeu d'acteurs entre institutions et structures et au sein même des structures.

- **Le diagnostic éducationnel.**

Cette étape consiste à distinguer les comportements selon les causes, les facteurs «déterminants». On classe ces facteurs en

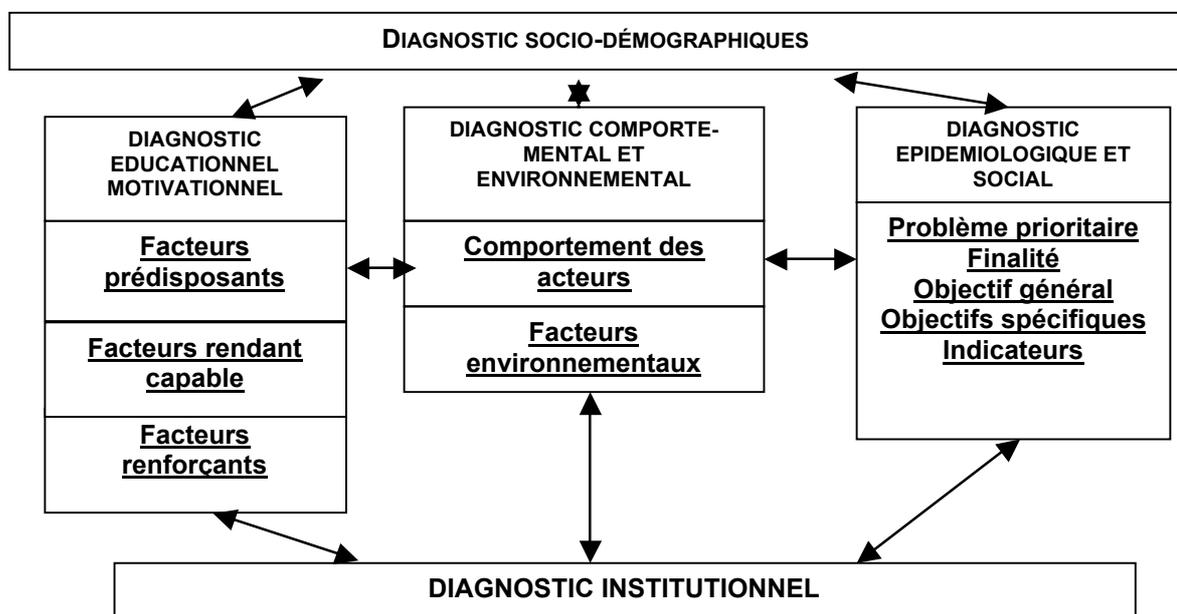
trois catégories : les facteurs «prédisposants» (connaissances, attitudes, valeurs, perceptions, etc.), «facilitants» (aptitudes personnelles ou communautaires) et «renforçants » (feedback ou «rétroaction» que la personne reçoit des autres quant au comportement adopté, avec effet d'encouragement ou de découragement).

- **Le diagnostic administratif – politique**

Il consiste en l'analyse de données du contexte administratif, institutionnel, réglementaire, organisationnel et politique qui influencent la mise en place d'un projet ou d'un programme.

La construction se fait par une lecture de droite à gauche en partant du diagnostic épidémiologique et social pour aller vers le diagnostic comportemental et ensuite vers l'analyse des déterminants éducationnels de ces comportements pour, enfin, arriver à l'analyse du diagnostic institutionnel. Des boucles de rétro actions étant, bien évidemment, constantes dans le décours du processus de construction du modèle et de son utilisation dans le cadre du suivi de projet ou de programme.

Figure 1.



ELABORATION DU MODELE SYSTEMIQUE PAR UNE APPROCHE PARTICIPATIVE

Tout modèle PRECEDE PROCEED se construit à partir du vécu des acteurs de la problématique qui est définie. La clarification de la problématique elle-même, et qui fait

partie du diagnostic épidémiologique et social, part d'un débat qui doit être mené avec l'ensemble des acteurs. Cette problématique va aller en se clarifiant et en se spécifiant progressivement par des allers et retours dans son énoncé avant de satisfaire les niveaux

stratégiques, organisationnels et institutionnels directement concernés par la problématique.

Si l'expérience sur le terrain des projets de développement démontre suffisamment l'importance à accorder à des approches plus respectueuses des interactions entre déterminants motivationnels, éducationnels, environnementaux et institutionnels favorables à une approche méthodologique plus systémique et écologique, l'expérience montre également le manque fréquent de vision des processus en cours et des limites de l'appui offert par un projet/programme pour les acteurs de terrain.

L'appropriation d'une méthodologie permettant de s'approprier cette vision macroscopique des éléments en interaction dégage la complexité des choses et apporte une vision au changement attendu pour les acteurs dans l'action. Ce résultat ne peut être amené que par un processus participatif dans l'application de la construction du modèle systémique. L'utilisation ensuite à des fins de suivi et évaluation de projet/programme devient inhérente au processus.

UN OUTIL FAVORABLE À L'ANALYSE STRATÉGIQUE, LA PLANIFICATION SYSTÉMIQUE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE PROJETS

C'est le cas par exemple en RDC, dans le cadre d'un projet d'appui national aux écoles d'infirmières de niveau secondaire en République Démocratique du Congo (RDC) en partenariat avec la VI^{ème} Direction en charge de l'enseignement en sciences de santé du Ministère de la Santé de RDC.

Pour structurer la présentation des résultats on suivra l'ordre dans lequel la construction du modèle a progressé (cf. Figure 2). Il s'agit de faire une lecture de droite à gauche en partant du diagnostic épidémiologique et social et d'aller vers le diagnostic comportemental et ensuite vers l'analyse des déterminants éducationnels de ces comportements pour, enfin, arriver à l'analyse du diagnostic institutionnel.

- Le diagnostic épidémiologique et social

L'ensemble des acteurs est concerné par la situation des indicateurs de mortalité et de morbidité dans le pays. Pour les acteurs de la santé, le manque de qualité de leur offre de services et de soins est une cause évidente de manque de confiance de la part de la population envers leur système de santé. Cependant, pour arriver à une analyse systémique et ensuite une synthèse stratégique au sein de la Direction qui nous

concerne, Il faut clarifier leur problématique en relation directe avec cette problématique plus vaste. C'est ainsi que l'inadéquation entre l'enseignement des Sciences de santé et les compétences attendues des professionnels de santé a été mise en relation avec le manque de qualité des soins et des services. Ce diagnostic⁵ a été admis par l'ensemble des acteurs des différents niveaux organisationnels, personnel cadre du niveau central, enseignants, encadreurs de la base, bailleurs de fonds et intervenants etc.

- Le diagnostic comportemental

Qui sont ces acteurs et quels comportements peuvent expliquer, en lien direct, le diagnostic d'inadéquation ? En répondant avec les acteurs eux-mêmes à ces questions, on découvre qu'il existe des groupes d'acteurs qui ne sont jamais clairement identifiés. Pourtant, ils sont bien en relation avec cette problématique d'inadéquation. C'est le cas par exemple des bailleurs de fonds et des ONG. La mise en évidence de l'ensemble des groupes d'acteurs permet de visionner facilement l'importance à accorder à une approche multisectorielle, certainement entre le corps enseignant et le corps professionnel médical et paramédical. En considérant la population comme groupe d'acteur à part entière de la problématique définie, on ne pourra pas ne pas en tenir compte lors de la mise en place des stratégies d'actions. Il s'agira de mieux définir leurs attentes en termes de qualité de soins et de meilleure compréhension de leurs comportements. Lors des discussions, il est apparu prioritaire aux enseignants de séparer le groupe des enseignants de celui des encadreurs afin de mieux insister sur la particularité et le rôle essentiel du terrain de stage.

Les directions d'écoles ont manifesté leur rôle spécifique dans ce problème d'inadéquation. En effet, le comportement des enseignants et des encadreurs est fortement lié à leurs propres comportements face aux changements. Nous présentons dans le modèle à titre d'exemple l'un ou l'autre comportement pour chacun des groupes d'acteurs.



- **Le diagnostic environnemental**

Ce diagnostic tient compte des facteurs liés à l'environnement et qui sont des causes directes du diagnostic épidémiologique et social. Dans un contexte tel que la RDC, les facteurs géopolitiques et socio-économiques sont cités en premier lieu en même temps que l'inaccessibilité aux structures de santé. Afin d'entrer dans une démarche plus constructive, sans avoir nié la réalité, il est nécessaire de ramener l'analyse de ce diagnostic à la problématique plus ciblée de l'inadéquation dans le secteur de la formation. Il apparaît alors des variables plus maîtrisables pour les niveaux concernés et qui sont, de l'avis de tous, en relation avec la problématique. Il s'agit de l'environnement didactique, pédagogique, des horaires de cours qui favorisent ou non certains types d'apprentissage etc.

- **Le diagnostic éducationnel et motivationnel**

Le diagnostic éducationnel permet principalement de rappeler les déterminants éducationnels et motivationnels. On ne peut pas les oublier lorsque l'on passe à une phase d'intervention.

Dans la mesure où, comme en RDC, l'approche systémique donne du sens aussi pour chaque groupe d'acteurs, il est tout à fait possible de mettre en place un cadre d'analyse, d'évaluation et de recherche action qui présente, sur un modèle PRECEDE, les variables et déterminants propres à ce groupe. En RDC, c'est ce qui a été fait pour suivre les changements de pratiques enseignantes, en relation avec des interventions identifiées, pour le groupe spécifique d'enseignants. Les résultats nous montrent qu'il est relativement aisé de séparer les déterminants éducationnels entre eux afin de faciliter ensuite une réflexion pour une action stratégique. Les facteurs «prédisposants» qui touchent aux connaissances, au vécu, aux attitudes, à la perception et aux représentations ont une place essentielle en relation avec les comportements des acteurs qui intéressent la Direction de l'Enseignement. Cette construction montre clairement que les formations qui se donnent généralement ne s'intéressent qu'aux connaissances et ne

partent généralement pas du vécu des apprenants.

L'autre résultat important est de pouvoir visualiser la place des représentations dans un cadre conceptuel qui sera également utilisé pour l'action.

Les facteurs «rendant capables» en termes de compétences effectives (habileté, savoir-faire, savoir être) sont trop peu souvent considérés et évalués dans les interventions. C'est ainsi que le fait de les placer dans ce modèle permet à la Direction en charge de cet enseignement, de vérifier dans quelle mesure les projets, programmes et autres appuis considèrent ce volet prioritaire en terme de développement de l'autonomie.

Les facteurs «renforçants », également appelés parfois facteurs «favorisants», sont l'ensemble des déterminants qui jouent sur les boucles de rétroaction positive. L'importance accordée par l'ensemble des acteurs à ce type de variables lors de la construction du modèle, a confirmé le besoin déjà ressenti de la part de la Direction de trouver des moyens pour la mise en place de mécanismes de suivi soutenu dans le temps pour les diverses activités engendrées par le programme ou par certains projets plus spécifiques.

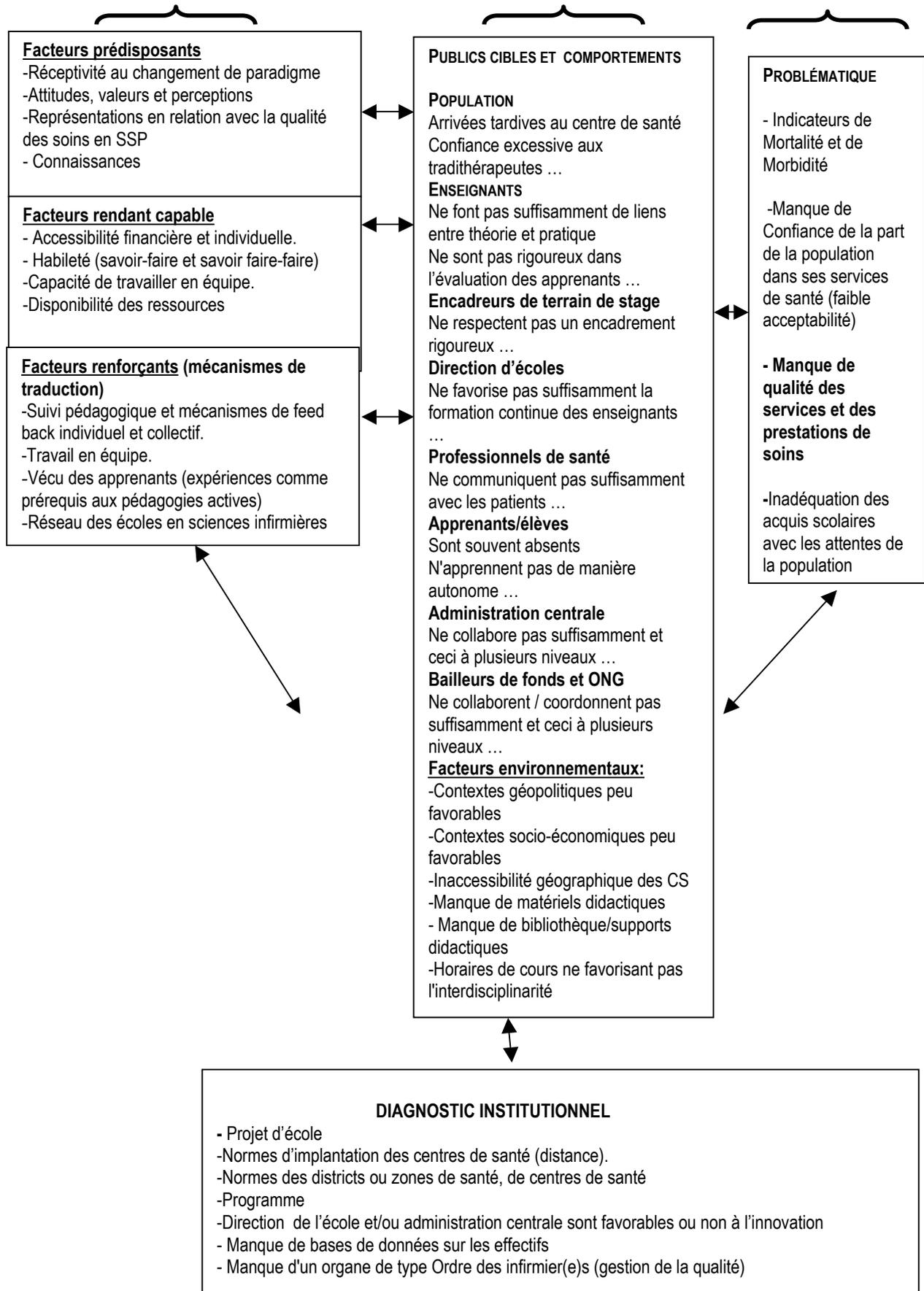
Le modèle présente un certain nombre de variables. Il est évident que son utilisation, son appropriation progressive par l'ensemble des acteurs permettra d'en découvrir d'autres

- **Le diagnostic institutionnel**

En terme de résultat, le diagnostic institutionnel oblige à ramener l'analyse de situation à un niveau organisationnel correspondant au niveau de l'application du modèle. Il s'agit bien ici du programme national d'enseignement en sciences de santé du Ministère de la Santé. En tant que tel, le diagnostic institutionnel insiste sur des variables stratégiques essentielles si on veut travailler sur un changement global et cohérent. On retrouve ainsi la nécessité d'analyser les normes institutionnelles en matière d'inspection, d'évaluation mais aussi en matière de gestion du système de santé et de gestion de la qualité des ressources humaines en santé (par exemple l'existence ou non d'un Ordre des Infirmiers). C'est aussi à ce niveau qu'on discutera de la cohérence du programme avec les autres variables et déterminants.

Figure 2.

DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL ET MOTIVATIONNEL DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL ET ENVIRONNEMENTAL DIAGNOSTIC EPIDEMIOLOGIQUE ET SOCIAL



UN OUTIL DE SUIVI

Cet outil d'aide à la planification et l'évaluation est aussi un outil pour le suivi du projet. En effet, en fonction des déterminants (éducationnels, comportementaux, ...) ciblés pour l'action, il est facile de définir les éléments nécessaires en matière de collecte de données à des fins de suivi. A Kinshasa par exemple, les enseignants mesurent eux-mêmes les modifications des pratiques pédagogiques. Ils utilisent différentes méthodes (questionnaires aux enseignants et élèves, observation en classe, ...) qui permettent de suivre les changements et réorienter si nécessaire certaines activités du projet.

Le suivi peut se faire aussi à partir d'indicateurs quantitatifs plus "classiques" (dans le cadre du diagnostic épidémiologique et social) entre autres sur l'amélioration de la qualité des soins des institutions dépendant directement des écoles du projet (mesure de la satisfaction des soins, des couvertures des activités curatives et préventives, etc.)

QUELQUES ÉLÉMENTS D'INTÉRÊT DE L'APPROCHE ⁶

Tout en maintenant une vision systémique de la problématique, le modèle permet une planification plus opérationnelle des activités selon des résultats attendus mesurables pour une ou plusieurs populations bien déterminées. On peut considérer qu'il s'agit d'un outil de « planification stratégique » ⁷ qui permet également d'argumenter auprès des bailleurs de fonds et intervenants du secteur. En effet, une analyse de situation complète et basée sur cette approche systémique fait, en général, apparaître d'elle-même les axes stratégiques pertinents. Les composantes du modèle peuvent être traduites en stratégies d'intervention et en résultats intermédiaires selon l'obligation éventuelle des cadres logiques.

Un des intérêts majeurs du modèle est sa capacité intrinsèque à s'adapter à des contenus (problématiques) différents mais aussi à des formes (processus d'utilisation) différentes. On peut en effet l'utiliser dans un contexte d'action, de recherche, d'analyse de situation ou transversale à ces différentes utilisations. C'est ainsi qu'on peut y voir un outil de recherche, de suivi et d'évaluation qui peut aussi favoriser une approche plus quantitative dans l'analyse des relations entre variables de diagnostics différents ou au sein d'un même diagnostic.

C'est en relation avec cette approche de type "recherche" que la construction du modèle permet de clarifier certaines représentations non documentées par de l'évidence et, d'autre part, de mettre en exergue certains déterminants transversaux (inégalités face à la maladie et aux services de santé par exemple) comme fondements des stratégies d'actions. Avec des mises à jour régulières, il s'agit d'un outil d'analyse dynamique de la situation mais aussi d'un outil d'évaluation qui favorise des critères d'évaluation de type: cohérence, pertinence, appropriation, globalité qui sont des critères de processus. Enfin, il s'agit également d'un outil facilitant le dialogue car il donne une vision au changement et un objectif commun aux groupes d'acteurs considérés. La modélisation systémique des variables et publics en interrelation donne un outil conceptuel et opérationnel utile à plusieurs niveaux. Ce type de modèle global permet de procéder systématiquement et rigoureusement à une analyse détaillée des facteurs en relation à chaque niveau de diagnostic. Ce modèle offre une plus grande "souplesse" : on peut y ajouter différentes composantes, différents sous modèles sans remettre en question la pertinence de la démarche. En contre partie, l'approche implique « l'obligation », pour les professionnels du développement, d'identifier de façon exhaustive les facteurs qui interviennent dans l'occurrence du problème étudié. Parce qu'il permet de dresser un diagnostic précis et détaillé, ce modèle facilite le développement des procédures d'évaluation en adéquation avec les objectifs visés et les facteurs réellement ciblés.

¹Entre autre: Planification de l'appui au Programme National de lutte contre les IST/SIDA au Maroc ; Evaluation de l'appui aux districts de santé en Afrique et Asie ; Planification, suivi et évaluation de projets d'appui à l'enseignement infirmier au Rwanda et en RDC ; Evaluation de la prise de conscience des risques professionnels chez les jeunes en Belgique ; Elaboration du diagnostic socio-épidémiologique de l'arrondissement de Charleroi pour le Centre Local de Promotion de la santé de Charleroi-Thuin.

²Green LW, Kreuter MW (1991) Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. London: Mayfield Publishing Compagny.

³L'acronyme PRECEDE signifie « Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation » c'est à dire « les facteurs prédisposants, facilitants et de

renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic». L'acronyme PROCEED signifie quant à lui «Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development» c'est à dire «Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental».

⁴Argyris C., Schön D.A. Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique. De Boeck Université, 2002, pp. 380.

⁵Le diagnostic dans l'approche PRECEDE est envisagé comme appréciation – évaluation de la situation. La version anglaise de l'application du modèle de L. Green utilise plus récemment le concept "assessment" plutôt que "diagnosis" pour des raisons développées dans son ouvrage (Green, 1999).

⁶Plus d'informations et des résultats détaillés dans le contexte d'appui programme ou de l'appui global au district de santé dans les contextes du sud peuvent être obtenus auprès de l'association Are@Santé. Le site de L.Green (www.lgreen.net) reste également une référence permettant de se rendre compte des multiples transferts possibles d'une telle approche.

⁷ L'utilisation du concept de planification est ici mise en relation avec l'analyse et la modélisation systémique et la construction participative. En référence à Henri Mintzberg dans son livre "Grandeur et décadence de la planification stratégique" (Mintzberg, 1999) l'approche favorisée sur le terrain est celle d'une planification systémique et d'une pensée stratégique laissant toute la place aux stratégies émergentes.

3. LA GESTION DE CYCLE DE PROJET PARTICIPATIVE ET SYSTÉMIQUE

3.1. APPLICATION ET INTÉGRATION D'UN MODÈLE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À UNE GESTION DE CYCLE DE PROJET PARTICIPATIVE ET SYSTÉMIQUE DANS LE CADRE DE LA PLANIFICATION EN SANTÉ ET EN FORMATION (ARTICLE 5)

Soumis pour publication

Florence Parent¹⁻², Yves Coppieters¹⁻², Vladimir Martens³, Colette Lejeune⁴, Audrey Fromageot⁴, Gérard Kahombo⁵, Roger Baulana⁵, Dominique Lemenu⁶, Danielle Piette¹

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

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

³ Observatoire du Sida et des sexualités, Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles, Belgique

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

⁵ UMR PRODIG, Paris, France.

⁶ Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Bruxelles, Belgique

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

La planification en promotion de la santé et dans le champ de la formation a besoin, comme pour d'autres secteurs, d'approches pragmatiques et accessibles qui, de plus, respectent certains principes d'action tels que la participation et la représentativité des acteurs concernés par un même changement. La recherche de cohérence dans l'action ne peut faire l'économie d'une approche systémique dans la gestion des informations. L'objectif de cet article est de rendre accessible un outil de planification systémique et de gestion de cycle de projet participative à l'ensemble des acteurs concernés par le développement dans l'action d'un mode de pensée complexe. L'intégration du processus comme des étapes à part entière de la méthodologie générale permet de donner forme aux principes d'actions. La documentation, tant dans le champ de la santé que de la formation, facilite le transfert à d'autres problématiques et niveaux d'analyses. La priorité actuelle est de favoriser les mécanismes de renforcement de la cohérence et du sens dans l'action par et avec ses acteurs.

Mots clés: planification ; promotion de la santé ; cycle de projet ; analyse systémique ; participation ; cohérence ; méthodologie ; résolution de problèmes ; principes d'actions

Summary

In planning in health promotion and training, like in other sectors, pragmatic and accessible approaches are needed. Moreover, these must respect some principles of actions like the participation and representation of all the actors concerned with the requested change. A systemic approach in the management of information has to be installed in the search for coherence in action. The objective of this article is to make accessible a tool for systemic planning and management of a cycle of participative projects for all actors concerned in the development of a complex mode of thinking in the action.

The integration of the process as inherent step in the general methodology allows the building of the principles of action. The documentation in the field of health as well as in this of training facilitates the transfer to other problems and levels of analysis. The prevailing priority is to promote the mechanisms of the reinforcement of the coherence and judgment in the actions by and from its actors.

Key words: planning, health promotion, project cycle, systemic analysis, participation, coherence, methodology, problem solution, principles of actions.

INTRODUCTION

La planification en santé reste l'objet de questionnements afin de tendre vers une recherche d'adéquation entre les gains et effets contre-productifs de tout cadre structurel (Parent, 2001).

On peut se référer à différentes définitions de la planification (Pineault, 1995) reprenant l'étude des besoins de la population, l'organisation des services, les stratégies de changement ou l'évaluation des résultats, etc. Selon que l'on est professionnel de la santé, administrateur, sociologue ou économiste et que l'on oeuvre au niveau d'un ministère, d'une université ou d'un autre type d'organisation, on sera tenté de concentrer l'analyse de santé sur certains problèmes ou certaines techniques en particulier.

Basée sur l'expérience, l'hypothèse de cet article est que les acteurs de terrain recherchent des mécanismes de planification permettant un respect de l'action en cours, une clarification des stratégies existantes, un renforcement des actions pertinentes et un cadre d'analyse pour les changements nécessaires. Par ailleurs, ces acteurs de terrain maîtrisent l'action, et les populations bénéficiaires connaissent dans une certaine mesure leurs besoins. Ceci amène également à considérer la planification dans ses processus et à ne pas l'envisager comme un produit finalisé. Il est évident que ces publics sont des acteurs incontournables d'une planification, ceci d'autant plus quand il s'agit de la considérer comme une des étapes de la gestion de cycle d'un projet ou d'un programme. Cet article n'a pas comme propos d'argumenter cette évidence ni celle de la nécessité d'une vision systémique de la planification. L'approche participative et systémique en planification découle d'un besoin d'appropriation et de cohérence dans l'action (Proulx, 1999).

L'objectif de cet article est de rendre accessible un outil de planification systémique et de gestion de cycle de projet participative à l'ensemble des acteurs concernés par le développement dans l'action d'un mode de pensée complexe (Morin, 1973). De façon plus spécifique, l'article présente les étapes méthodologiques et de processus nécessaires afin d'implanter une gestion de cycle de projet participative et systémique (GCPPS). La documentation, par l'utilisation d'exemples en provenance de problématiques variables en santé et formation, doit permettre de renforcer le transfert et l'adaptation des outils, méthodes et processus. Cet article ne présente pas un nouvel outil de planification en santé mais

participe à la documentation sur l'utilisation et l'adaptation de modèles de planification participatifs et systémiques en santé et formation en santé.

METHODOLOGIE

Cet article est conçu sous forme de présentation des étapes méthodologiques et de processus poursuivies dans plusieurs contextes de planification et de formation en santé. L'approche présentée émane d'applications et d'adaptations de modèles existants à différentes situations. Deux cadres servent de références à la construction de la méthodologie proposée, d'une part un cadre conceptuel et, d'autre part, un terrain d'action.

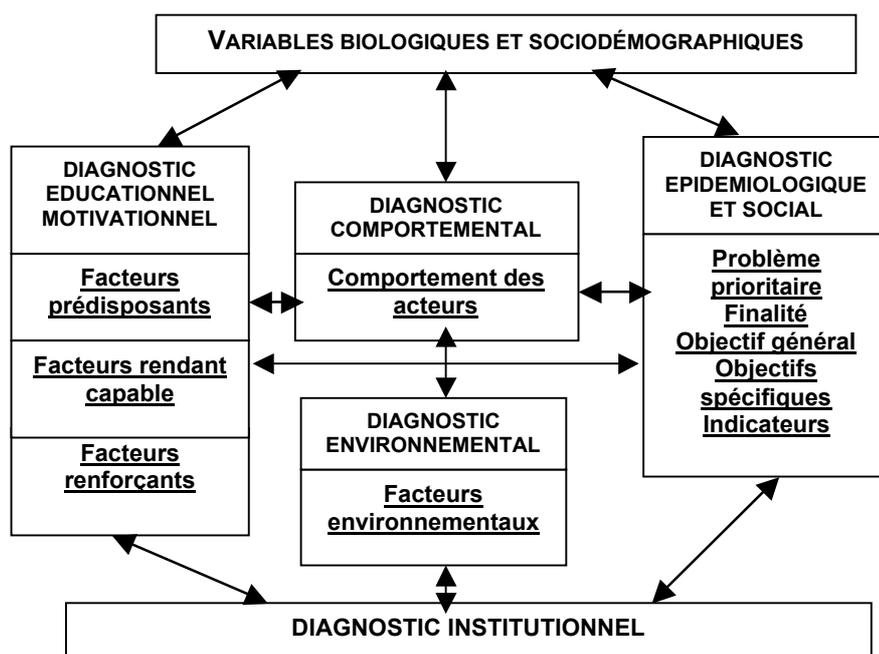
Les cadres conceptuels

Deux cadres conceptuels principaux guident la réflexion. D'une part l'approche écologique et éducationnelle en planification en santé de Green et Kreuter (Green, 2005), d'autre part la gestion de cycle de projet (GCP) développée par la commission Européenne (Commission Européenne, 2001) et adaptée dans cet article sous la forme d'une Gestion de Cycle de Projet Participative et Systémique (GCPPS).

L'approche écologique et éducationnelle en planification

L'approche choisie pour développer un cadre logique d'analyse et de planification systémique est le modèle PRECEDE ("Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation") PROCEED ("Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development") de Green et Kreuter (www.lgreen.net). Ce modèle émane de la réflexion et des expériences en Promotion de la santé des auteurs et de nombreuses autres personnes qui travaillent avec ce modèle depuis 1981. Son utilisation dans notre cadre a été quelque peu adaptée à différents contextes en planification. Ce modèle de planification PRECEDE PROCEED est basé sur les disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales, politiques, de l'éducation et de l'administration en santé. De manière extrêmement résumée, les principes fondamentaux qui sont à l'origine de la construction de cette approche proviennent de la nature multifactorielle de toute problématique. Les efforts entrepris afin d'agir sur les déterminants de la santé, sur les comportements, l'environnement, les facteurs éducationnels et sur les facteurs sociaux doivent nécessairement être multidimensionnels et multisectoriels.

Figure 1. Présentation du cadre d'analyse systémique adapté de Green et Kreuter



La gestion de cycle de projet (GCP)

La GCP n'est rien d'autre que la succession des étapes assez logiques d'un projet : analyse de la situation, élaboration d'un cadre d'action, budgétisation, mise en œuvre et évaluation. En promotion de la santé, on se réfère habituellement au modèle de Blum (Blum, 1998). Selon les références, la dénomination des étapes, leurs positions ou leurs interactions dans le cycle peuvent varier. On se réfère ici à la GCP telle que développée par la Commission Européenne.

Le cadre de recherche action

Le terrain d'action et de recherche est constitué de différents projets et programmes analysés et mis en œuvre à partir d'une planification systémique et d'une gestion de cycle de projet dans différents contextes socio-économiques et géographiques. Ces projets sont variables quant à leur problématique. Toutefois, ils ont tous une finalité en santé. L'intérêt de multiplier la description et l'analyse comparative des mécanismes et processus de changements ou de renforcements dans les différents contextes est de favoriser le transfert

des outils et des méthodes. L'approche méthodologique poursuivie dans cet article est volontairement pédagogique au risque d'être parfois, pour certains, très pragmatique. Chaque étape identifiée sur le plan de la méthodologie est présentée avec un exemple de résultat en provenance d'un des contextes d'action.

RESULTATS ET DISCUSSION

Les résultats présentés ci-dessous s'identifient à la fois dans l'énoncé des étapes méthodologiques et dans les descriptions, parfois comparatives, des cadres d'analyses et d'actions des problématiques en santé ou en formation. Nous présentons, pour permettre d'emblée une vue d'ensemble, un tableau synoptique des étapes et situations de mises en processus de la GCPPS qui seront toutes décrites ci-dessous (Tableau 1). La lecture en parallèle de ce tableau synoptique et des résultats permet une meilleure vision globale des étapes parcourues.

Tableau 1. Tableau synoptique des étapes de la Gestion de Cycle de Projet Participative et Systémique (GCPPS)

Etapes préalables	
<i>Préalable</i>	1. Comprendre la problématique à laquelle il doit être répondu
<i>Préalable</i>	2. Clarification du contexte
Phase I. L'analyse systémique de la situation selon le modèle PRECEDE	
Processus	3. Rechercher certains acteurs en lien avec la problématique à laquelle il faut répondre
Le diagnostic épidémiologique et social ou l'énoncé de la problématique centrale	4. Spécifier la problématique et son public cible à prendre en considération
Le diagnostic comportemental	5. Identifier les acteurs concernés par la problématique
	6. Catégoriser les groupes d'acteurs
	7. Enoncer les comportements clés pour chaque acteur
Le diagnostic éducationnel, environnemental, institutionnel et biologique et démographique	8. Enoncer les déterminants pour chaque comportement
	9. Compléter les déterminants des diagnostics éducationnel, environnemental institutionnel et biologique et démographique
La validation des résultats	10. Valider les résultats avec l'ensemble des acteurs identifiés
Phase II. L'élaboration du cadre d'action systémique selon le modèle PROCEED	
<i>Processus</i>	11. S'assurer que l'ensemble des acteurs sont identifiés
	12. Définir l'objectif d'intégration
	13. Faire émerger les objectifs opérationnels
	14. Formuler les paliers d'activités
	15. Formuler les indicateurs
	16. Finaliser la planification systémique
Phase III. La réalisation des activités	
<i>Processus</i>	17. Assurer la continuité du processus de planification avec la mise en œuvre du changement
	18. Mettre en œuvre les activités
Phase IV. L'évaluation	
<i>Processus</i>	19. Cohérence et gestion de cycle de qualité
Phase V. La progression vers un 2^{ème} cycle dans la GCPPS	
	20. Mettre à jour le modèle PRECEDE
	21. Mettre à jour le modèle PROCEED / cadre systémique

Les étapes méthodologiques d'une GCPPS

Les étapes d'une GCPPS se subdivisent en étapes méthodologiques et en situations de mise en processus. Ces dernières sont intégrées dans la progression des étapes méthodologiques comme « des temps » à part entière. Par ailleurs, tout processus est continu et il s'agit de documenter chaque résultat (en terme de processus) afin de s'assurer d'une analyse complète de la mise en œuvre d'une GCPPS. De cette manière, cet article peut aussi servir de grille de lecture pour la mise en œuvre d'une planification systémique et participative.

Etapes préalables

Les étapes préalables sont celles qui ne font pas encore appel à la mise en réseau d'un certain nombre d'acteurs. Elles correspondent au moment de l'appel à projet où, en général, une personne ressource est mandatée afin de répondre à la demande. Cet acteur unique qui représente une institution particulière aura

alors à clarifier au minimum deux niveaux d'informations:

1. Comprendre la problématique à laquelle il faut répondre

Avant d'entrer dans la description de cette première étape, il est rappelé que la lecture en parallèle du tableau synoptique (tableau1) devrait permettre au lecteur de situer d'emblée l'étape méthodologique dans la progression plus globale de la gestion de cycle. Concernant cette première étape, il s'agit prioritairement de cerner les finalités du projet ou programme afin d'assurer dès le départ un ancrage cohérent dans la réalité. La clarification de la problématique est précisée dans une étape méthodologique ultérieure avec les acteurs. Il reste qu'une vision la plus claire possible de la problématique au moment du démarrage de la mise en processus permettra d'éviter certaines lourdeurs. Nous pensons par exemple à la présence d'acteurs invités au démarrage du processus et qui

s'avèrent ensuite peu pertinents car étrangers à une problématique qui aurait été mal ciblée.

2. Clarifier le contexte

Le contexte sera analysé avec les acteurs dans la suite du processus. Cependant il est important, avant sa mise en œuvre, de cerner un minimum les enjeux institutionnels et les terrains d'applications. A partir de là, il est possible de se projeter sur les principaux acteurs et lieux de mise en œuvre. On pourra alors s'assurer des échanges avec ces personnes ressources dès les premiers balbutiements de la mise en route d'un processus participatif pour une finalité donnée.

La Gestion de Cycle de Projet Participatif Participative et Systémique (GCPPS)

La GCPPS, telle que présentée dans cet article, est découpée en cinq phases qui elles-mêmes, se divisent en étapes méthodologiques et en situations de mises en processus.

Phase I. L'analyse systémique de la situation selon le modèle PRECEDE

L'analyse d'une problématique selon le modèle PRECEDE de Green et Kreuter se fait par une analyse systématique des déterminants des comportements clés des acteurs en lien avec la problématique et le public cible définis. La récolte des données est ici catégorisée en six diagnostics principaux : épidémiologique et social; comportemental; éducationnel; environnemental, institutionnel, biologique et démographique. Une étape de validation des résultats doit systématiquement être prévue avec l'ensemble des acteurs afin de renforcer le processus de gestion qualitative et de mise en œuvre du changement. La première phase est constituée des étapes 3 à 10 (tableau 1).

Situation de mise en processus

3. Rechercher certains acteurs en lien avec la problématique

Cette première phase commence par une identification des acteurs du processus et une organisation de la récolte participative des données. La personne ressource en charge d'établir le plan d'action veillera à contacter les acteurs clés (définis a priori comme tels) de la problématique. Il paraît difficile, à ce stade-ci de l'analyse de la situation, de rechercher l'ensemble des acteurs du processus car un certain nombre d'entre eux ne sont pas encore connus, voire reconnus comme acteurs de la problématique. L'organisation de la récolte participative des données consiste à assurer un environnement adéquat à la récolte

d'informations à la fois sur le plan participatif et systémique. Sur le plan participatif, il s'agit notamment (et indépendamment des aspects communicationnels) de vérifier la gestion de la salle de réunion en cohérence aux consignes, aux travaux de groupes et aux sessions en plénières. Sur le plan systémique, il s'agit de placer des flipcharts en cohérence avec les étapes méthodologiques prévues, c'est-à-dire en lien avec les divers diagnostics de la problématique qui sont au nombre de huit (cinq diagnostics principaux et une subdivision d'un diagnostic principal en trois secondaires). Des flipcharts supplémentaires sont prévus notamment pour l'énoncé de la problématique, les questions non résolues ou les références documentaires disponibles, à rechercher ou manquantes.

Figure 2. Organisation d'un atelier de production d'une analyse de situation selon le modèle PRECEDE dans le cadre des stratégies concertées IST/SIDA en Communauté française de Belgique



Le diagnostic épidémiologique et social ou l'énoncé de la problématique centrale

Ce diagnostic fait uniquement référence à la quatrième étape.

4. Spécifier la problématique et son public cible

Il s'agit de la première étape méthodologique en atelier participatif. Elle est essentielle pour la suite car elle canalise l'ensemble de l'analyse systémique qui aura toujours tendance à s'élargir. La qualité de l'énoncé de la problématique principale, soit sa pertinence et sa précision, assure un point d'ancrage qui donne la vision ou le cap à suivre dans une approche systémique. Une seule problématique principale est énoncée, elle deviendra ensuite l'objectif spécifique de l'action auquel les autres problèmes se raccrocheront. Il s'agit d'un réel point focal autour duquel on verra les éléments se structurer. L'élaboration de cadres logiques dans la GCP préconise également cette méthode qui est d'avoir un seul objectif

spécifique ou objectif de premier niveau (Fawcett, 1995).
A titre d'exemple, deux situations sont présentées. D'une part l'énoncé de la problématique du VIH/SIDA et des IST parmi

le public cible des personnes migrantes en Communauté française de Belgique (tableau 2) et, d'autre part, la problématique de la formation infirmière et sage femme au Rwanda.

Tableau 2. Identification de la problématique et des publics cibles dans les cadres des Stratégies Concertées du Secteur du Sida en Belgique Francophone

Stratégies concertées IST/SIDA en Communauté française de Belgique : analyse de public « migrants »
<p>Trois sous groupes particuliers qui méritent chacun une analyse de situation spécifique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le public des primo arrivants (il s'agit de personnes qui sont en Belgique depuis moins de 2 ans et quelle que soit la raison de leur venue). • le public présent sur le territoire depuis plus ou moins 10 à 15 ans (il s'agit d'étudiants qui restent, de familles, de réfugiés) • le public présent sur le territoire depuis bien plus longtemps et qui est plutôt issu de la migration <p>Si on considère l'ensemble des personnes migrantes on peut arriver à plus d'un million de personnes en Belgique, cette population se divisant en: Européens non Belges ; Maghrébins et Turcs ; Afrique Sub Saharienne ; Latino Américains ; personnes issues des anciens pays de l'Est ; Asiatiques (population qui augmente et pour laquelle il est difficile d'obtenir des données) : Autres (à l'exception des personnes qui sont dans la prostitution)</p> <p>D'autres problèmes apparaissent qui séparent encore fortement le public des migrants: le problème de genre et les différences culturelles et religieuses.</p> <p>Problématique : Prévalence et transmission élevées du VIH chez les migrants; problèmes d'accès aux soins, inégalités sociales et attitudes discriminatoires envers les séropositifs ; prévalence et transmission élevée des IST et du VIH par voie hétérosexuelle avec une augmentation du risque de transmission verticale; problèmes d'accès au droit, soins, structures de santé ; inégalités sociales et attitudes discriminatoires par rapport aux séropositifs en général et à l'intérieur des communautés migrantes; cumul de vulnérabilité et de discrimination (racisme et santé).</p>

Le diagnostic comportemental

Ce diagnostic est composé de trois activités ou consignes particulières. Il a un rôle assez central à la fois pour l'analyse de situation et des déterminants qui vont ensuite orienter la sélection des activités et à la fois en terme de processus par l'étude des groupes d'acteurs et des systèmes d'actions régulées qui se confrontent face à une même problématique. Dans un second temps, au moment de la phase PROCEED, le choix de définir ses objectifs opérationnels (ou objectifs de second niveau) à partir des comportements ou, plutôt, à partir des grands axes de déterminants, est fonction de la maîtrise de la méthodologie et de la lisibilité des stratégies par les différents protagonistes du processus.

5. Identifier les acteurs concernés par la problématique

La problématique ne concerne pas seulement le public cible. Au contraire, la problématique globale provient d'un jeu d'acteurs complexe dans lequel le public prioritaire ciblé pour l'action se trouve souvent « piégé ». En effet on focalise l'attention sur un public ayant un problème particulier alors qu'en réalité il s'agit du cumul d'interactions entre acteurs et groupes d'acteurs de tous bords qui font naître ou s'aggraver une situation à problème.

Chaque problématique amène avec elle un grand nombre d'acteurs différents, plus ou moins conscients de faire partie d'un même système relatif à une problématique commune. Il s'agit donc de repérer ces divers groupes et de les inclure dans le processus d'analyse. La prise de conscience de la complexité du jeu des acteurs face à une même problématique est un premier décodage de la réalité. Tous les acteurs ne pourront être inclus tout de suite mais il s'agit de les identifier et de profiter de toutes les opportunités afin de les inclure progressivement dans le processus, qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs de ses étapes.

6. Catégoriser les groupes d'acteurs

La catégorisation des acteurs permet de visualiser facilement le degré et le type de relation que chaque acteur entretient avec la problématique principale et le public cible. On peut se rendre compte assez systématiquement qu'il existe, pour chaque problématique et public cible, au moins trois grandes catégories d'acteurs : le public cible lui-même, les acteurs spécifiques qui existent grâce à lui et les acteurs généralistes qui sont en relation évidente avec le public cible et sa problématique. Ce dernier groupe existe indépendamment de l'existence du public cible. En Promotion de la santé, les acteurs dits 'généralistes' rejoignent le concept de

'milieux de vie' (Potvin, 2001). Chaque modèle adapte son vocabulaire aux types de groupes d'acteurs qui lui est le plus conforme. Il ne s'agit pas chaque fois de parler d'acteurs spécifiques ou généralistes mais de les nommer selon un titre générique adéquat, par exemple quand il s'agit de qualité des soins, les acteurs peuvent être nommés prestataires de soins et de partenaires (Parent, *in press*). Le tableau 3 présente un type de catégorisation d'acteurs.

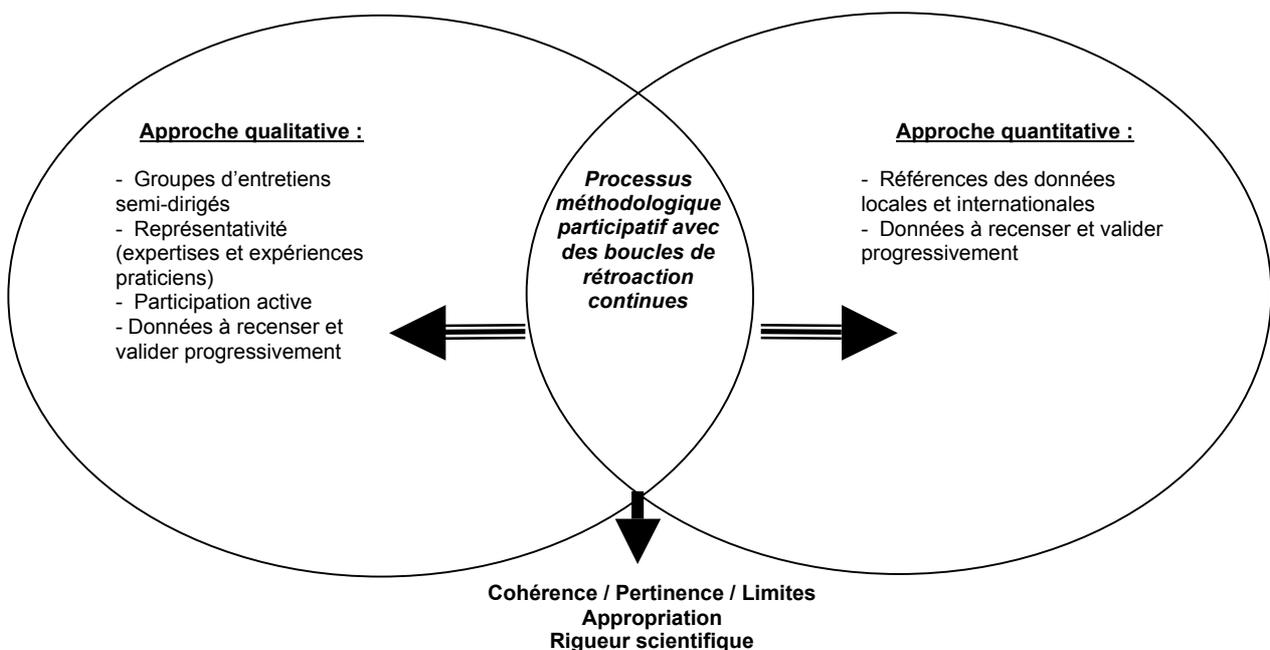
7. Enoncer les comportements clés pour chaque acteur

Quand il s'agit d'identifier ou de catégoriser les acteurs, l'analyse est toujours exhaustive. Par contre, le travail sur l'analyse des comportements des acteurs en lien avec la problématique devient plus sélectif. Il s'agit en

effet de cibler les comportements prioritaires susceptibles de développer ou de renforcer la problématique définie. Une documentation des liens entre variables (comportements et problématique) permet de favoriser cette sélection. Il est préférable pour des raisons de clarté et de faisabilité de sélectionner un ou deux comportements 'indicateurs' qui cernent la problématique pour chaque acteur identifié. Seul le public cible mérite une plus grande exhaustivité.

Pour l'ensemble des données présentées dans la construction d'un modèle PRECEDE, qu'il s'agisse de la variable elle-même ou de sa relation à une autre variable (un comportement avec un déterminant par exemple), le choix est fait en fonction d'évidence quantitative et qualitative. La figure 3 permet de visualiser l'intégration des deux approches.

Figure 3. Relation entre les données quantitatives et qualitatives nécessaire à la planification systémique



La documentation quantitative des liens entre variables vient renforcer, quand les données existent, les informations récoltées sur un mode participatif. L'importance d'une bonne représentativité des acteurs est ici à souligner, tant qualitativement (représentativité sur le plan professionnel, sectoriel, etc.) que sur le plan géographique.

A titre d'exemple pour les étapes 5, 6 et 7, le tableau 3 reprend la situation de la formation continue des professionnels de santé au Sénégal. Cet exemple, comme d'autres, étonne chaque fois par le grand nombre

d'acteurs concernés par la problématique. D'entrée de jeu et avant même d'avoir plongé dans l'analyse des déterminants, la complexité des interactions est manifeste.

Qu'il s'agisse de l'analyse systémique de la qualité des soins au niveau d'un district de santé, de la problématique du VIH/SIDA dans les diverses populations cibles ou de la problématique de la formation, il apparaît systématiquement plus d'une vingtaine d'acteurs différents concernés par la problématique et le changement envisagé.

Tableau 3 Identification, catégorisation et comportements des acteurs dans le cadre de l'analyse de la formation continue des professionnels de santé au Sénégal

Catégories	Acteurs	Comportements
Acteurs en charge de la gestion, par la formation, des ressources humaines en santé	01. Personnes en charge de la formation au sein de la région médicale	01. Ne contextualisent pas suffisamment leur formation aux réalités de terrains 02. Ne s'intègrent pas toujours aux formateurs des équipes cadres
	02. Direction des Ressources humaines du Ministère de la santé et de la Prévention Sociale (Niveau central)	01 : N'adapte pas les modules aux réalités de terrain (pour un certain nombre de modules) 02 : Ne conçoit pas de modules de formation dans certains domaines (inexistence de certains modules) 03 : Ne finance pas suffisamment le volet formation 04 : N'élabore pas des plans de formation continue pour les agents de santé 05 : N'affecte pas suffisamment de personnel qualifié en fonction des besoins 06 : Ne décentralise pas les bourses de formation
	03. Personnes en charge de la formation au sein des districts de santé 04. Formateurs des structures de formation du pays 05. Formateur des programmes verticaux	
Les prestataires de soins et de services	06. Médecin chef de district / de région	01. Ne développe pas assez des stratégies pertinentes en faveur de la formation continue des agents de santé 02. Oriente peu ou pas les partenaires vers des stratégies plus intégrées (n'assume pas le plaidoyer auprès des partenaires) 03. Ne délègue pas suffisamment les activités
	07. Infirmier chef de poste (ICP) et sages-femmes :	01. Ne se forme pas spontanément, ne développe pas de plan de formation personnel 02 : Délègue excessivement les activités notamment aux agents de santé communautaire 03 : Assure les activités de consultations curatives et non celles en prévention et promotion 04 : Ne supervise pas les ASC
	08. Equipe cadre de district - (incluant les superviseurs) :	01 : Ne supervise pas les activités
	09. Equipe cadre de région (incluant les superviseurs) :	01 : Ne s'organise pas en pool de formateurs (absence d'un pool de formateurs) 02 : Ne remplit pas ses activités de supervision
	10. Agents du service d'hygiène	01 : Travaillent / se reconvertissent dans des activités autres que celles pour lesquelles ils ont été formés.
	11. Agent de santé communautaire (ASC):	01 : Procure des services et des soins de faible qualité
	12. Pharmaciens	
	13. Tradithérapeutes ; 14. Travailleurs sociaux ; 15. Directeurs d'hôpitaux ; 16. CDD : Comité départemental de développement ; CLD : Comité local de développement	
Les partenaires (facilitateurs)	17. Collectivités locales :	01 : Ne s'impliquent pas dans les activités de santé 02 : Ne recrutent pas suffisamment de personnel qualifié
	18. Comités de santé :	01 : Ne s'impliquent que dans les activités financières du poste de santé ou du centre de santé

	19. Bailleurs de fonds :	01 : Orientent les thématiques de formation sans analyses suffisantes des besoins de formation (normes sanitaires, attentes des professionnels de santé) 02 : Développent des procédures lourdes d'accès aux financements qui entraînent une lenteur d'exécution
	20. Les organisations associatives et professionnelles ; 21. Autorités administratives ; 22. Ordre des Infirmier(e)s, Ordre des médecins.	
Les consommateurs de soins	23. Les patients ; 24. La population	

Le diagnostic éducationnel, environnemental, institutionnel et biologique et démographique

L'analyse, en atelier, de ces diagnostics nécessite une production en deux temps sur base d'un brainstorming de groupe qu'il est nécessaire de bien maîtriser. Afin d'en faciliter la maîtrise par le groupe et pas uniquement par les animateurs, une étude au préalable des définitions et des représentations des divers diagnostics et des types de déterminants est essentielle, quitte à reprendre ensuite des discussions plus théoriques.

8. Enoncer les déterminants pour chaque comportement

Cette étape méthodologique doit être accompagnée par les animateurs. Pour certaines personnes, la catégorisation des problèmes de causes à effets est facile à placer sur un modèle systémique. Pour d'autres, ce n'est pas le cas et ceci d'autant plus s'il s'agit d'un groupe de participants ayant moins l'habitude des pratiques réflexives. La meilleure manière de procéder est la méthode, en pédagogie active, du brainstorming. Il s'agit pour chaque comportement retenu d'énoncer les déterminants de ce comportement et de placer ces facteurs sur le bon flipchart, soit celui du diagnostic environnemental, éducationnel, institutionnel, etc. Un système de codage doit permettre ensuite la mise au propre et éventuellement l'élaboration de cadres de recherches (code par variable). La photo de la Figure 2 permet de visualiser le type de dispositif nécessaire. Une ou deux personnes, qui peuvent provenir du groupe de participants, se chargent de noter les déterminants aux bons endroits tandis que le groupe échange dans les débats sur les causes et effets de chaque élément du modèle. Il est probable que des allers-retours entre comportements et déterminants et entre variables en général se mettent rapidement en place et nécessitent une attention accrue de la part des animateurs ou de certaines personnes ressources du groupe.

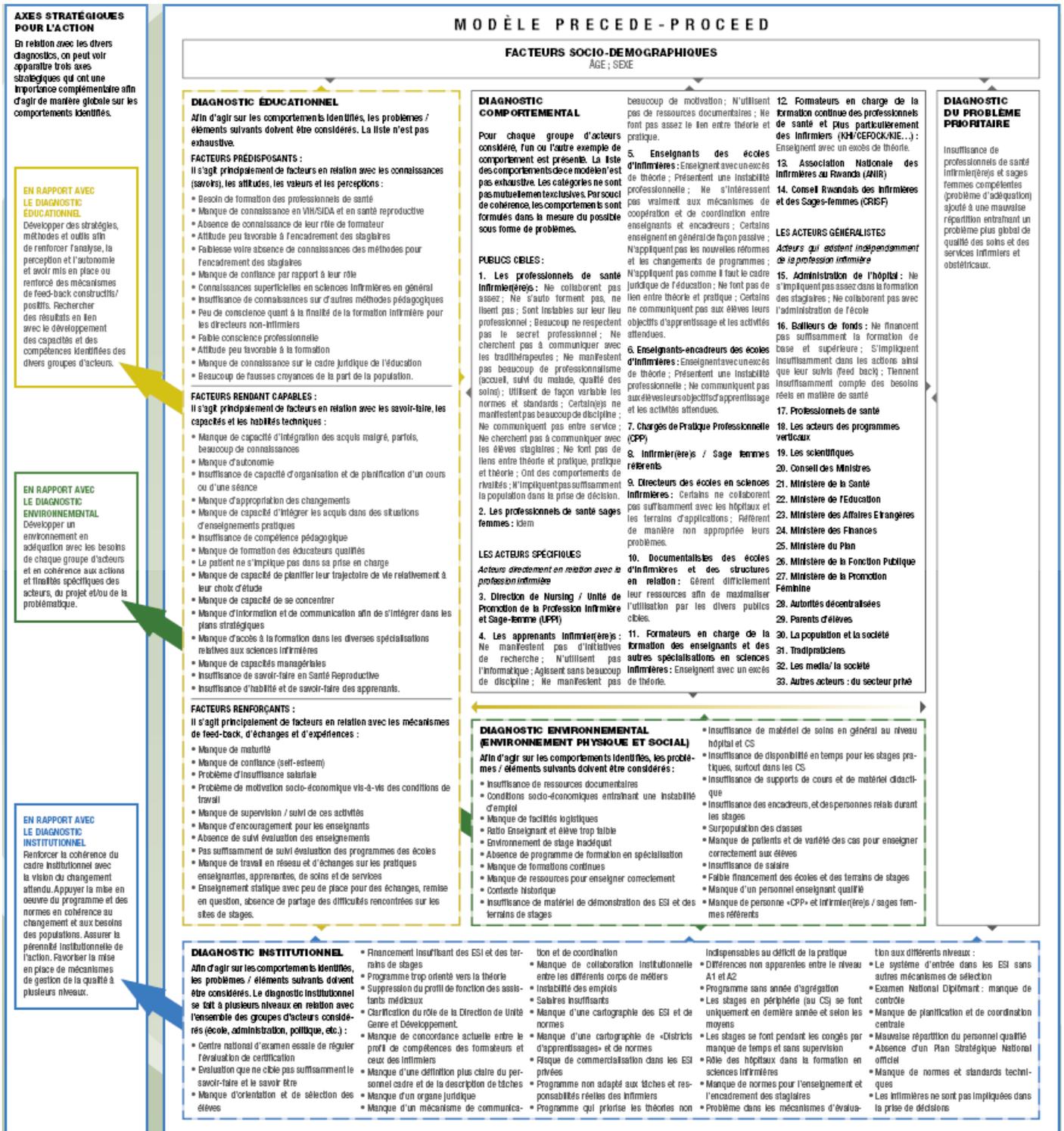
Malgré l'importance du nombre de liens entre les variables et la quantité d'information à organiser dans ce type d'approche, il existe un moment de saturation. Celui-ci se manifeste par l'apparition fréquente d'informations équivalentes et le questionnement de plus en plus régulier sur la pertinence de placer une même information dans plusieurs diagnostics.

9. Compléter les déterminants des diagnostics éducationnel, environnemental, institutionnel, biologique et démographique

Cette étape permet de vérifier l'exhaustivité des relations entre variables au cours de la construction du modèle PRECEDE. En effet, l'ensemble des déterminants ne sont pas exclusivement à mettre en relation avec les comportements des acteurs mais peuvent entrer plus directement en rapport avec la problématique principale. On peut citer l'exemple de l'estime de soi comme déterminant éducationnel ayant un impact direct sur la qualité de vie et la santé (Evans, 1996). Un autre exemple serait celui de l'airbag dans les voitures: il a un impact direct sur les taux de mortalité dans les accidents de voitures, et ce, peu importe les comportements (Kent, 2005). De la même manière des déterminants peuvent être en relation entre eux, par exemple un déterminant éducationnel et environnemental.

A titre d'exemple pour les étapes 8 et 9, il est apparu plus parlant de présenter à ce stade une analyse de situation PRECEDE complète. Le modèle choisi est celui de l'inadéquation de l'enseignement infirmier et sage-femme au Rwanda. Il paraissait confondant de présenter un type de diagnostic par problématique alors que ce sont justement les liens entre variables qui permettent de comprendre l'intérêt de la méthodologie. Néanmoins afin de montrer la différence dans le type de déterminants auxquels on peut arriver selon la problématique, nous présentons à la figure 4 le résumé d'une analyse systémique (PRECEDE) de l'inadéquation de la formation de base des professionnels de santé infirmiers au Rwanda.

Figure 4 Analyse systémique de la problématique du manque de compétences et de la mauvaise répartition des professionnels de santé infirmier(ère)s et sages femmes au Rwanda



La validation des résultats (étapes méthodologiques et situation de mise en processus)

La validation procède autant du processus que d'une étape méthodologique. En effet il s'agit non seulement de circonscrire les éléments de

la validation dans un protocole et de l'appliquer aux différents temps de la GCPPS, mais aussi de procéder au développement de mécanismes intrinsèques de gestion de la qualité.

10. Valider les résultats avec l'ensemble des acteurs identifiés

L'ensemble des acteurs devrait être impliqué d'une manière ou d'une autre dans cette validation. On peut d'une part considérer que la validation est inhérente ou spontanée au processus lui-même. Ainsi, de la vision différente de chacun et de l'apport de tous naît un consensus favorable à une meilleure validité du résultat qui renforce l'appropriation du processus par les acteurs. Néanmoins des moments de vérifications systématiques sont aussi à prévoir tant sur le plan du contenu que sur celui du processus (représentativité des acteurs).

Phase II : l'élaboration du cadre d'action systémique selon le modèle PROCEED

Selon les contextes et les besoins en planification, une analyse de situation PRECEDE peut suffire s'il s'agit de visualiser l'action, ses limites et de se donner, entre partenaires, un cadre de référence remis régulièrement à jour (Totté, 2002). La présentation de ce modèle PRECEDE peut bénéficier d'un travail graphique présenté sous la forme d'un poster qui devrait être accessible pour tous les participants et/ou structures qui accompagnent le processus d'analyse et de planification. Un exemple a été donné précédemment lors de la description des déterminants des comportements.

Dans le cas où un cadre d'action structuré doit être mis en place, telle qu'une planification annuelle d'activités ou l'élaboration d'un dossier technique et financier, il est nécessaire de passer à la phase PROCEED. Aussi bien pour la construction du modèle PRECEDE que pour le PROCEED, le degré de précision des variables du modèle doit être préalablement déterminé ainsi que le choix de coder ou non chaque élément. En effet, une planification de type recherche action spécifique bénéficie de toutes ces précisions tandis qu'une planification plus ponctuelle peut échapper à cette rigueur tout en bénéficiant évidemment de l'approche globale. La phase 2 est constituée des étapes 11 à 16.

11. S'assurer que l'ensemble des acteurs sont identifiés

La planification à laquelle on fait référence dans cet article fait appel au concept de management participatif (Garant, 2002 ; Garant, 1996) tout en respectant une dimension de planification stratégique (Mintzberg, 1999). L'objet d'un management participatif réside tant dans la qualité du choix des axes stratégiques et des activités que dans leur mise en œuvre par une appropriation

réelle de la part des acteurs qui se sont, tout au long des étapes méthodologiques, projetés dans l'action. On peut envisager d'établir un cadre d'action PROCEED de manière non participative en se basant sur le résultat PRECEDE établi sur une base participative. A l'inverse, un modèle PRECEDE établi par des experts « en chambre » peut être la base de la construction d'un cadre d'action PROCEED discuté avec les représentants des acteurs de terrain. Cette façon de procéder dépend des contextes professionnels et de la responsabilité que chacun se donne au choix dans l'action. Pour certains chercheurs, l'analyse est du recours du monde scientifique, tandis que l'action appartient aux décideurs politiques et aux administrateurs, voire aux organisations de terrains. Dans d'autres situations, notamment avec les praticiens de terrain, on pourra observer un discours en miroir. L'action leur appartient mais la recherche en amont n'est pas de leur ressort. L'originalité du processus permet que les terrains comme les chercheurs soient associés au PRECEDE et au PROCEED, même si plusieurs combinaisons sont possibles selon le contexte, comme expliqué ci-dessus. De cette manière on s'oppose au discours en miroir, qui veut que des scientifiques analysent et des gens de terrain agissent.

Le choix de la GCPPS est de ne pas dissocier la recherche de l'action, l'analyse de la planification (Morin, 1996). Au contraire, un continuum devrait même se mettre en place où les changements qui apparaissent dans le modèle PRECEDE sont considérés assez rapidement dans le modèle PROCEED. La flexibilité d'un management participatif, par ailleurs structuré, amène l'action à se réaliser avec une plus grande cohérence.

L'analyse de situation a permis de cerner l'ensemble des groupes d'acteurs et de les catégoriser dans le diagnostic comportemental. Avec la volonté de mettre en place un processus représentatif, il importe d'intégrer les acteurs nouvellement « diagnostiqués ». Cette vision de la représentativité d'un processus participatif relatif à une problématique particulière doit rester une préoccupation tout au long de la mise en place d'une GCPPS. On voit à quel point la mise en place d'un processus complexe nécessite une prise de conscience et une représentation claire de l'impact des processus et des acteurs sur la qualité de la mise en œuvre. Les mécanismes de résistances, voire d'oppositions font partie intégrante d'un tel système d'actions régulées. C'est notamment la problématique commune, ou dénominateur commun qui peut favoriser la

progression vers le changement attendu. Le caractère diversifié, représentatif des acteurs impliqués peut dans une certaine mesure également contrer ces résistances.

12. Définir l'objectif d'intégration

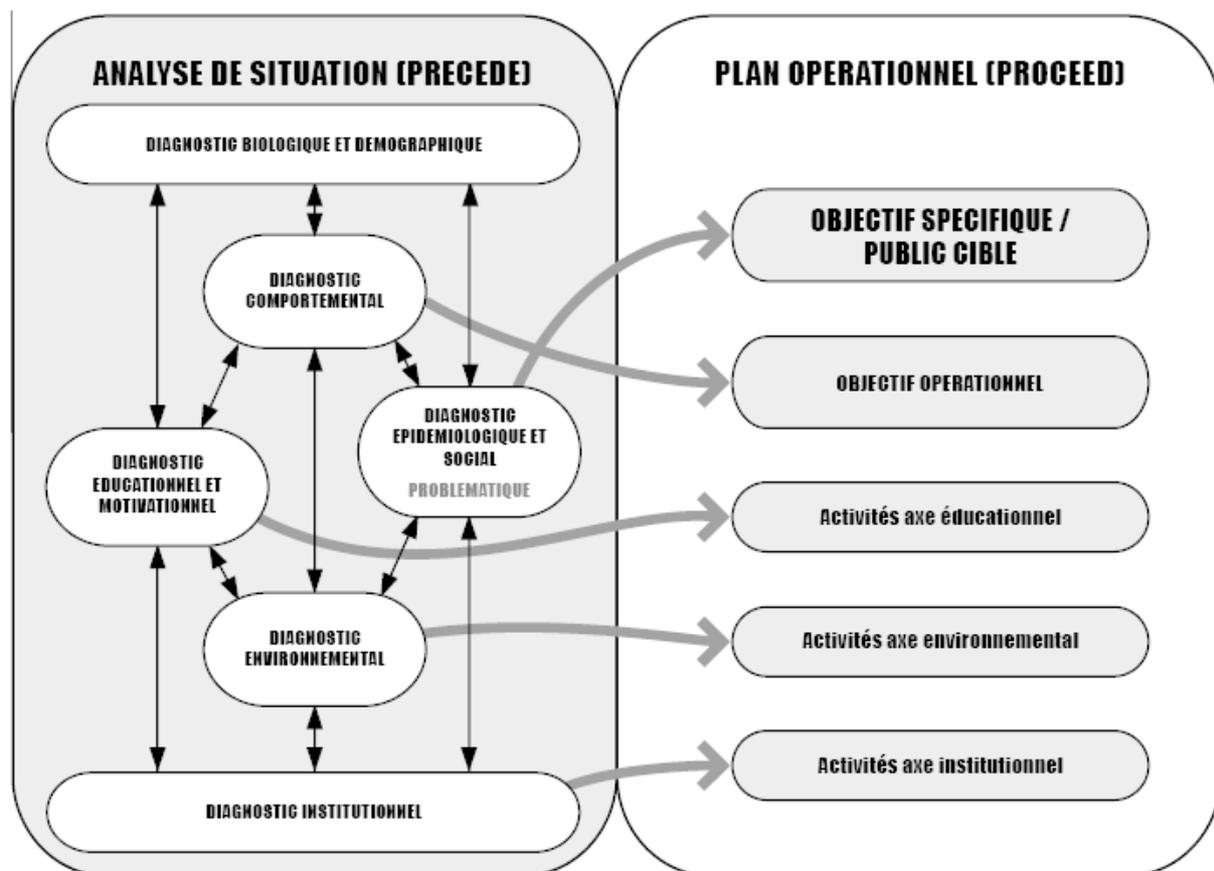
Il est proposé de parler « d'objectif d'intégration » afin de favoriser l'idée d'un seul objectif final qui intègre tous les autres niveaux d'objectifs. L'objectif d'intégration est énoncé à partir de la problématique principale ou diagnostics épidémiologique et social. L'ensemble des réponses aux problèmes en lien avec cette problématique prioritaire va concourir à l'objectif d'intégration (OI). On voit apparaître un mécanisme de centralisation permettant de s'assurer que l'éclatement a priori de l'analyse systémique pourra être structuré. L'OI peut aussi être considéré

comme un objectif de premier niveau. Il est préférable d'établir un maximum de trois niveaux de verbes d'actions ou d'objectifs sans inclure le niveau plus précis des indicateurs. Le tableau 4 donne notamment deux exemples d'objectifs d'intégration dans des contextes très différents.

13. Faire émerger les objectifs opérationnels

Il est possible de procéder de deux manières différentes : soit en partant de comportements d'acteurs ou de groupes d'acteurs et en les traduisant en objectifs opérationnels (Figure 5), soit en faisant émerger un à plusieurs objectifs opérationnels pour chacun des diagnostics éducationnel, environnemental, etc. (Figure 4).

Figure 5. Etapes d'analyse de situation et de planification



L'énoncé, sous forme de verbe d'action, amène à considérer un second niveau de problèmes liés entre eux par l'OI. Dans le tableau 5, on présente deux situations d'énoncés d'objectifs opérationnels. Ces objectifs opérationnels peuvent aussi se nommer « résultats intermédiaires ou attendus ». Selon le contexte et le niveau de planification, une limite dans le nombre d'objectifs opérationnels peut être fixée afin de garder un plan opérationnel réaliste. Quel que

soit le mode d'élaboration des objectifs opérationnels, à partir du diagnostic comportemental et des comportements clés des acteurs tels que présentés dans la Figure 5 ou à partir d'une synthèse des principaux diagnostics, il est préférable de se limiter à un maximum de 8 à 12 objectifs opérationnels qui reflètent l'ensemble. La définition des priorités vient surtout du choix de l'objectif spécifique qui canalise le processus.

Tableau 4.Présentation de deux exemples d'objectifs d'intégrations et d'objectifs opérationnels pour le cadre des stratégies concertées IST/SIDA (public des Migrants) en Communauté française de Belgique et pour l'enseignement en sciences de santé infirmier au Rwanda.

	Objectifs dans le cadre des stratégies concertées IST/SIDA en Communauté française de Belgique : analyse de public « migrants »	Objectifs dans le cadre de la formation de base en sciences infirmières au Rwanda
Objectif d'intégration	Contribuer à diminuer la prévalence et les nouveaux cas de transmission des IST/Sida chez les migrants; améliorer l'accès au dépistage, aux soins en général et aux traitements spécifiques ; lutter/diminuer contre les attitudes discriminatoires envers les séropositifs au sein des communautés migrantes et dans la population générale	Contribuer à l'amélioration de l'enseignement et de l'apprentissage infirmier en renforçant le Plan Stratégique National en matière de formation en Sciences Infirmières de niveau A2 au Rwanda.
Objectifs opérationnels	1. Avoir renforcé l'utilisation des préservatifs parmi le public cible des migrants	1. Avoir des enseignants qualifiés afin d'assurer un enseignement et un apprentissage orientés vers les compétences professionnelles attendues pour les Ecoles de Sciences Infirmières du Plan Stratégique National.
	2. Avoir renforcé le recours au dépistage parmi le public cible des migrants	2. Avoir renforcé les capacités et les compétences des directions des Ecoles de Sciences Infirmières au management, à la gestion et à la pédagogie.
	3. Avoir amélioré l'acceptation et la prise en compte de la maladie, de son origine et des personnes VIH+	3. Avoir favorisé l'institutionnalisation de critères d'un «learning environment» au niveau du District et permettre sa mise en place dans un nombre déterminé de Districts afin de promouvoir le développement et les capacités professionnelles des futures infirmières A2.
	4. Favoriser la communication et la négociation sur la sexualité et le sida (en incluant le facteur genre)	4. Avoir participé à la formation continue des Professionnels de Santé à travers : <ul style="list-style-type: none"> - le développement du rôle pédagogique des professionnels de santé. - l'appui à la planification de la formation continue par le Comité Pédagogique du District Sanitaire.
	5. Inciter l'ensemble des acteurs politiques concernés par la question du sida au partenariat avec le secteur Sida de la CF, dans le respect des recommandations de l'ONUSIDA et des conventions européennes	5. Avoir renforcé le PSN en contribuant notamment à la mise en place effective de normes à différents niveaux et ceci en cohérence avec les développements au sein des institutions de formation et des districts d'apprentissage.
	6. Améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation politique des informations relatives à la disponibilité des traitements dans les pays d'origine ainsi qu'à l'effectivité des traitements des patients	6. Avoir contribué effectivement à une amélioration de l'adéquation du programme de formation des infirmières A2, par une approche par compétences, incluant un système d'évaluation en cohérence.

	7. améliorer la capacité de communication (et la prise en charge) par les acteurs de santé avec des patients de cultures variables, en général et sur la sexualité, en particulier	7. Avoir renforcé et intégré au Plan Stratégique National des mécanismes pertinents de synergie et de coordination entre tous les acteurs concernés afin d'assurer une formation de qualité pour les infirmières A2.
	8. Avoir diminué les discours moralisateurs en relation à la sexualité et au SIDA	8. Avoir appuyé la mise en place d'une formation diplômante pour les enseignants de l'Enseignement Technique Professionnel en Sciences Infirmières.
	9. Avoir amélioré l'acceptation parmi les groupes et les leaders religieux et la prise en compte de la maladie, des personnes séropositives et de la sexualité en général	-
	10. Avoir amélioré l'intégration des questions liées à la santé et au sida et à l'accompagnement et la solidarité dans les associations de migrants et les associations communautaires de base	-

14. Formuler les paliers d'activités

Chacun des objectifs opérationnels doit être traduit en activités. Le tableau 5 présente un exemple de cadre logique issu des stratégies concertées des IST et du SIDA (Martens, 2005). Il montre la traduction des déterminants en paliers d'activités selon trois axes principaux. Si les objectifs opérationnels découlent des comportements ou d'une émergence des différents diagnostics, les activités seront regroupées différemment. On peut avoir les diverses catégories d'activités par diagnostic (environnemental, éducationnel et institutionnel principalement) pour chacun

des objectifs opérationnels ou un regroupement d'activités d'une même catégorie de déterminants par objectif opérationnel. Le tableau 5 montre ces deux possibilités de résultats.

Dans les deux cas de figure, ce qui importe est l'assurance d'une cohérence d'action par la juxtaposition structurée d'activités éducationnelles, environnementales et institutionnelles relatives à une problématique commune. C'est alors qu'il est possible de parler d'une planification de l'intégration (Parent, 2004).

Tableau 5. Exemple de cadre logique des stratégies concertées IST / SIDA en Communauté française de Belgique : prévention des IST/Sida pour la population générale et les jeunes

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS DE QUALITE	SOURCE DE VERIFICATION	HYPOTHESES / CONTRAINTES
1. OBJECTIF OPERATIONNEL OU RESULTAT INTERMEDIAIRE	RESULTAT INTERMEDIAIRE 1 Avoir amélioré le recours adéquat et l'accessibilité au dépistage VIH et IST au sein de la population générale, des jeunes, des partenaires des personnes séropositives, des migrants, des HSH, DES UDI (+HBV, HCV), des femmes enceintes S+ et S-, des prostituées (+ la syphilis, les hépatites B et C)	1. Nombre de dépistages annuels Connaissance des lieux de dépistage Conscience du risque de transmission 1.1.1. Inclusion d'informations sur le dépistage dans les outils didactiques et le site Internet 1.1.2. Nombre d'appels téléphoniques pour des demandes d'information et nombre d'orientations 1.1.3. Nombre d'animations organisées et nombre de collaborations pour les animations 1.2.1. Fréquence des mises à jour Nombre de visites du site Internet 1.2.2. Les Centres locaux de promotion de la santé, les organismes sida thématiques et locaux disposent d'un stock adéquat d'outils	1. Institut Scientifique de Santé publique Enquêtes dans les publics spécifiques 1.1.1. Contenu des outils didactiques Contenu du site Internet 1.1.2. Rapport d'activités Plate-forme prévention Sida 1.1.3. Rapport d'activités Plate-forme prévention Sida 1.2.1. Rapport d'activités Plate-forme prévention Sida 1.2.2. Rapports de diffusion établis par les relais et transmis à la Plate-forme PV des réunions d'évaluation de la diffusion avec les relais	<i>L'offre de services de dépistage de qualité et peu coûteux est suffisante</i> <i>Les organismes thématiques et locaux adaptent les messages relatifs au dépistage aux spécificités de leur public</i>

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INTERVENANTS	MOYENS	HYPOTHESES / CONTRAINTES
1.1. ACTIVITES RELATIVES A L'AXE EDUCATIONNEL	1.1.1. Sensibiliser, informer et orienter sur les dépistages IST/SIDA adéquats à l'aide de supports écrits et d'Internet	Plate-forme prévention Sida, groupe de travail ad hoc	Personnel Honoraire (webmaître, graphiste) Production (livre rose, coût location site)	
	1.1.2. Sensibiliser, informer et orienter sur les dépistages IST/SIDA adéquats à travers une « écoute » téléphonique	Plate-forme prévention Sida	Personnel Téléphone	
	1.1.3. Sensibiliser, informer et orienter sur les dépistages IST/SIDA adéquats à travers des animations dans le milieu scolaire	Plate-forme prévention Sida, centres de planning familial	Personnel Déplacement Production (cahier pédagogique)	
1.2. ACTIVITES RELATIVES A L'AXE ENVIRONNEMENTAL	1.2.1. Maintenir à jour le site Internet	Plate-forme prévention Sida	Honoraire (webmaître)	
	1.2.2. Rendre accessible l'information par la diffusion du matériel didactique	Plate-forme prévention Sida, organismes thématiques et locaux	Personnel Déplacement Timbres Forum bureau	
1.3. ACTIVITES RELATIVES A L'AXE INSTITUTIONNEL	1.3.1. Promouvoir la politique d'accessibilité au dépistage adéquat et plus spécifiquement au dépistage gratuit et anonyme.	Réseau dépistage, centres de dépistage	Personnel	

15. Formuler les indicateurs

Le cadre logique ou cadre systémique PROCEED est également un cadre de référence pour l'évaluation qui est une étape parmi les autres du cycle de projet ou programme. En tant que tel, ce cadre doit donner les outils pour une évaluation des activités mais aussi de leur intégration. Il s'agit de proposer des indicateurs qui analysent le comment de la réalisation de l'activité et pas seulement si l'activité a été réalisée. L'approche qualitative participe aussi au processus et permet de vérifier si les principes d'action que sont l'approche systémique et l'approche participative sont respectés à travers la mise en œuvre et l'évaluation. Un deuxième type d'indicateurs doit trouver sa place dans ce cadre d'évaluation, il s'agit des indicateurs pouvant témoigner de changements. Pour ceux-ci, il est proposé de se référer au modèle d'analyse systémique produit afin d'en préciser les nuances. Plus de détails sont apportés dans le chapitre sur l'évaluation.

16. Finaliser la planification systémique

Pour compléter un cadre d'action, il est nécessaire de définir, outre les activités et les indicateurs, les moyens et contraintes de son action. Un calendrier des activités doit également être envisagé à ce stade. La planification n'est pas définie une fois pour toutes mais fait bien partie d'une GCP qui se doit d'être flexible et à l'écoute des stratégies

émergentes (Mintzberg, 1999). Le cadre de référence pour l'action est nécessaire afin de planifier les budgets mais doit avant tout favoriser une guidance du processus. Il est préférable de maintenir régulièrement à jour, par exemple tous les ans ou tous les deux ans, les phases PRECEDE afin de réorienter les phases PROCEED dans un mécanisme de régulation intégrée par ses acteurs.

Phase III: La réalisation des activités

La phase 3 est constituée des étapes 17 et 18. La description de ces étapes n'est plus en lien avec des activités de conception (PRECEDE, PROCEED) en atelier participatif mais avec la mise en œuvre des stratégies planifiées par les différents groupes d'acteurs concernés.

17. Assurer la continuité du processus de planification avec la mise en œuvre du changement

Il est toujours complexe de décrire des processus afin d'en permettre le transfert. Il s'agit de les vivre pour mieux les intégrer. Comme toutes démarches en pédagogies actives, c'est la production elle-même qui est formative. Néanmoins, il est possible de donner certaines pistes concrètes qui favorisent ce continuum entre planification et mise en œuvre effective du changement attendu. D'une part, il s'agit d'avoir assuré lors des phases 1 et 2 de la planification, la présence d'une masse critique d'acteurs du terrain ou de la base. D'autre part, le

renforcement des capacités d'analyse et de planification à travers une GCPPS par un grand nombre d'acteurs permet d'envisager la mise en place de mécanismes d'évaluation faisant le lien entre la planification et la mise en œuvre effective des activités. Il importe que le processus soit en adéquation à son cadre théorique d'action (PROCEED) lui-même en adéquation à la réalité sur le terrain (PRECEDE).

18. Mettre en œuvre les activités

Il est sans doute utile à ce niveau de préciser la nuance qui peut être donnée entre une gestion de cycle de projet ou de programme et une gestion de cycle de qualité. Lors de l'élaboration d'un projet spécifique sur base d'un budget arrêté, l'étape de mise en œuvre suit l'étape de formulation des activités. C'est la situation d'un appel à projet. Dans le cas d'un programme déjà existant mais pour lequel un plan d'action a été demandé et donc un cadre défini, l'étape de mise en œuvre va progressivement s'adapter à ce cadre défini, de manière plus ou moins adéquate et intégrée selon la participation et la représentativité de ses acteurs. C'est par exemple la situation de l'élaboration de plan opérationnel pour un champ donné d'activités dépendantes des compétences d'une administration. Une situation encore différente est celle où il ne s'agit pas de demander un plan budgétaire mais d'améliorer l'efficacité de l'action. La mise en œuvre des activités n'existe pas comme une étape à un temps donné ou comme un cadre d'évaluation budgétaire, mais comme le substrat de toutes les étapes décrites. Il s'agit alors de parler plutôt de gestion de cycle de qualité. Un exemple est donné par les stratégies concertées du secteur du SIDA en CFB (Martens, 2005). Toutes les GCP intègrent la gestion de cycle de qualité et vice versa mais c'est la position de l'étape de réalisation des activités qui change de façon quasi conceptuelle. En d'autres termes, c'est le statut de l'étape de réalisation des activités qui change de façon à la fois chronologique (elle précède ou suit) et méthodologique (les activités sont la base ou sont le résultat).

Phase IV: L'évaluation

Ce chapitre ne discute pas de la complexité des méthodes et objectifs de l'évaluation. On insiste sur la place de l'évaluation dans la GCPPS et sur le suivi évaluation dans le décours même de la GCPPS.

19. Cohérence et gestion de cycle de qualité

On se référera à l'approche PRECEDE PROCEED (Green, 2005). En effet, le cadrage proposé rejoint la préoccupation de mesurer non seulement les résultats, mais aussi le processus. De plus, l'évaluation des résultats se fait sur les différents niveaux d'acquis potentiels. Selon qu'il s'agit d'un changement documenté au niveau du diagnostic épidémiologique et social ou comportemental ou au niveau des déterminants éducationnels, on parle d'« outcome evaluation » ou d'« impact evaluation ».

Dans les situations de planification systémique, dans les secteurs de la formation, la mesure en terme d'écart peut être envisagée comme l'étude de l'inadéquation elle-même à travers un indicateur de mesure de l'écart. Le profil de compétences est un outil pouvant servir de guide pour la mesure de l'écart entre les besoins existants et l'offre de formation

Dans un cadre de planification en promotion de la santé, la mesure en terme d'écart entre les besoins des publics cibles et les activités mises en œuvre par les intervenants de terrain peut être facilement visualisée par l'utilisation du cadre logique comme outil de suivi de projet ou de programme. L'évaluation et la gestion de la qualité, envisagées comme une gestion de cycle de qualité participative (GCQP), seront documentées dans un second article.

Phase V. La progression vers un second cycle dans la GCPPS

Un projet s'inscrit rarement dans un processus à durée de vie limitée. Néanmoins, les contraintes d'environnement et de nombreux autres facteurs peuvent amener un projet, voire un programme, à s'arrêter. On n'entrera pas dans ce débat sur la pérennité des actions, pourtant particulièrement intéressant et complexe. Nous en resterons à un niveau méthodologique et de documentation d'un processus qui se maintient dans le temps. Il est tout de même important de préciser que le processus de GCPP est en lui-même un facteur de durabilité d'un changement.

Le processus de mise à jour et de projections sur le second cycle s'inscrit, de la même manière que pour le premier, dans une approche participative. Selon l'évolution de chaque problématique dans chaque contexte, la durée d'un cycle est variable. La mise en place d'un processus participatif entraîne toujours une mobilisation de nombreux acteurs et l'utilisation importante de ressources en temps. En terme de gestion de la qualité, cet investissement est coût bénéfice à terme (Bottrell, 2000). Néanmoins il s'agit

d'économiser les énergies afin de permettre au processus de s'inscrire dans le temps. Une analyse rationnelle sur la pertinence de mener des cycles chaque année ou tous les deux ans, ou moins régulièrement, est à envisager avec les acteurs et en fonction de leurs contraintes. Le degré d'intégration à l'existant, aux structures, organisations et acteurs, fera apparaître le processus comme plus ou moins lourd. Par exemple une GCPPS qui s'intègre comme outil de planification annuelle pour ses acteurs, quel que soit leur horizon, devient un facteur de renforcement individuel tout en fédérant à un objectif collectif face à une problématique plus large.

20. Mettre à jour le contenu du modèle PRECEDE

La mise à jour du modèle PRECEDE est à mettre en relation avec les résultats de l'évaluation. L'évaluation dans la GCPPS peut être considérée comme incluse dans cette mise à jour. C'est en effet au départ des données de l'évaluation qu'une nouvelle analyse de situation pourra être le mieux appréhendée. De la même façon, l'évaluation influencera le cadre d'action systémique.

21. Mettre à jour le contenu du modèle PROCEED / le cadre d'action systémique

Sur base de l'analyse de la situation et des résultats de l'évaluation, le modèle PROCEED sera analysé. Les stratégies et activités seront discutées afin d'assurer une réorientation de l'action la plus efficace. C'est ce travail de guidance ou d'accompagnement de l'action et de sa mise en œuvre avec l'ensemble des acteurs qui permet de parler d'évaluation réflexive et formative. Ce type d'évaluation est aussi un facteur de durabilité des changements.

Conclusion

L'approche méthodologique décrite n'est rien d'autre qu'une adaptation de la GCP connue dans les milieux de la coopération et des ONG, mise en relation avec le modèle systémique de Green et Kreuter, connu dans les sphères de la Promotion de la santé. La particularité du développement méthodologique proposé est à la fois la juxtaposition de ces deux modèles mais aussi la tentative de cerner ce qui donne à la GCP sa dimension réellement participative.

La GCP a permis aux interventions, dans le cadre de l'appui au développement, d'être beaucoup plus rigoureuses et précises notamment sur les résultats attendus (Totté, 2002). Les cadres logiques qui sont à la base des dossiers techniques et financiers cernent

les activités et leurs planifications temporelles et budgétaires pour chaque projet, programme ou intervention. L'approche participative en planification, base d'une appropriation des activités, est considérée comme faisant partie de la GCP. La GCP préconisée ici est une adaptation qui intègre de manière plus cohérente les acteurs dans le processus participatif et qui favorise une vision systémique à l'action.

Il est en effet courant d'utiliser la GCP afin d'assurer chaque étape du cycle mais il est plus rare d'accorder de l'importance au maintien des mêmes acteurs, voire à la recherche de nouveaux acteurs, en cours de processus. La GCP a besoin d'une vision de cohérence à la fois dans son processus mais aussi dans son cadre de référence de départ. L'approche systémique proposée montre qu'il est possible d'établir des cadres logiques qui deviennent de réels cadres d'actions systémiques rigoureux et proches des méthodes de type PSM (Problem Structuring Methods) (van der Vleuten, 2005). Le gain de cohérence par rapport à des analyses linéaires provient d'une structuration de la problématique et d'un jeu de catégorisation donnant du sens à l'action. On peut se permettre dans la conclusion de comparer la planification systémique à l'approche par compétences en ingénierie pédagogique (Boutall, 1997). En effet, cette démarche permet de mieux comprendre pourquoi il est possible de parler d'une planification de l'intégration au même titre que l'approche par compétences fait référence à une pédagogie de l'intégration.

L'APC, appelée couramment une pédagogie de l'intégration par ses auteurs (Roegiers, 2000 ; De Ketele, 2001), fait appel à une structuration de différents niveaux de verbes d'action autour d'un objectif commun qui est l'objectif terminal d'intégration. La cohérence dans la classification des activités par niveau de verbes d'action permet de donner du sens à l'ensemble de la construction qui se présente en fin de processus sous forme d'un référentiel de compétence. Ce référentiel devient le cadre de référence pour la formation et l'évaluation des apprentissages. C'est ainsi qu'autour de l'OTI, se déclinent les compétences clés (verbes d'actions les moins observables ou les plus abstraits), puis viennent les paliers de compétences ou capacités pour chaque compétence (verbes d'action observables). En dernier lieu et pour chaque palier de compétence, des critères reflètent les tâches précises (verbes d'action les plus précis de l'ordre du gestuel par exemple). De la même manière, l'élaboration d'un cadre de référence

comme outil de suivi et d'évaluation des activités d'un projet ou d'un programme aura plus de pertinence et de sens par une structuration cohérente des problèmes ou variables en interaction. On peut ainsi faire le parallèle entre l'OTI et l'objectif spécifique du modèle PROCEED que nous avons également nommé ici objectif d'intégration (OI) en référence à cette analyse comparative de deux modes de structuration de données. Les compétences clés de l'APC sont à rapprocher des objectifs opérationnels tandis que les paliers de compétences sont les activités (ou paliers d'activités) du cadre d'action systémique ou cadre logique. Les critères sont dans les deux situations définis par la traduction des verbes d'actions les plus précis. Cette comparaison entre une planification de l'intégration et d'autres méthodes de structuration des problématiques témoigne d'une recherche de sens à travers le renforcement méthodologique. La présentation de divers contextes d'application de la méthodologie permet d'envisager perpétuellement de nouveaux terrains et de nouvelles adaptations à des approches participatives et systémiques pour la planification en santé. On insistera sur la progression d'un cycle à l'autre afin de favoriser l'émergence et la flexibilité sur base des constats documentés. La priorité actuelle est bien de favoriser les mécanismes de renforcement de la cohérence et du sens dans l'action. La motivation collective et individuelle qui permet l'atteinte des changements escomptés est directement dépendante d'un « sens » qui peut être amené ou renforcé par certaines méthodes d'analyse et processus de mise en œuvre.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble des équipes des projets et à l'ensemble des acteurs des planifications systémiques participatives et qui ont permis le développement mutuel d'une expertise dans ce champ de la pédagogie pour le renforcement des programmes en santé.

Références

Blum RW. 1998, Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Adolesc Health.*; 22(5):368-75.
 Bottrell D., Bath R. , 2000, Doe's quality system program: cooperative development and implementation. *Qual Assur.*;8(3-4):139-44.
 Boutall T., 2001, Compétences managériales : le guide. Les éditions Démos, 1997, 174p.
 Commission Européenne. Manuel Gestion du Cycle de Projet. EuropeAid ; 44p.

De Ketele JM., Chastrette M., Cros D., Mettelin P., Thomas J., 2001, Guide du formateur. Ed. De Boeck Université. Belgique.
 Evans RG., Barer ML., Marmor TR., 1996, Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 359p.
 Fawcett, S. B., 1995, Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*; 23 (5): 677-98.
 Garant M., Grootaers D., Tilman F., 2002, La participation des acteurs dans l'institution, chemin de démocratie et d'équité (chapitre 9) ? In Peter Lang (eds) La participation des acteurs dans l'institution, chemin de démocratie et d'équité ? La pédagogie émancipatrice, Bruxelles/Bern : Peter Lang, Bruxelles, p 165-178.
 Garant M., 1996, Manuel du responsable d'institution. Gestion des ressources humaines et mise en projet. EVO Enseignement Formation, Bruxelles.
 Green LW., Kreuter MW. , 2005, Health program planning. An educational and ecological approach. London: Mayfield Publishing Company, Fourth edition ; 458p.
 Kent R, Viano DC, Crandall J., 2005, The field performance of frontal air bags: a review of the literature. *Traffic Inj Prev.*; 6(1):1-23.
 Martens V., Parent F., et al, 2005, Stratégies concertées du secteur de la prévention du SIDA et des IST en Communauté française. Observatoire du Sida et des Sexualités, Bruxelles, 18p.
 Mintzberg H., 1999, Grandeur et décadence de la planification stratégique. Dunod, Paris, 456p.
 Morin E., 1973, Le paradigme perdu : la nature humaine. Paris, Editions du Seuil, 233p.
 Morin E., 1996 , Introduction à la pensée complexe. ESF éditeur, Paris.
 Parent F., Coppieters Y., 2001, A process of change in first-line health services in Chad. *Health Policy and Planning*; 16(1): 122-123.
 Parent F., Coppieters Y., Piette D. A systemic approach for a strategic analysis of the health district. In press.
 Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Leveque A, Piette D., 2004, 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*; 7; 2(1):16.
 Pineault R., Daveluy C., 1995, La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Editions Nouvelles, Montréal, 480p.
 Potvin L., Frohlich KL., Chabot P., Gauvin L., 2001, Etude des transactions en matière de santé entre les individus, leurs familles et leurs milieux de vie. GRIS – Université de Montréal, 84p.
 Proulx M., Potvin L., Lehoux P., Gariépy E., Tremblay M., 1999, L'action structurante de l'utilisation d'un modèle pour la planification de programmes en promotion de la santé. *Canadian Journal of Public Health*; 90 (1): 23-6.
 Roegiers X., 2000, Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. Paris-Bruxelles: De Boeck Université. Belgique.
 Totté M., 2002, Des outils pour gérer et planifier, aux outils pour comprendre et négocier. *Echos du Cota* :94:3.
 van der Vleuten CP, Schuwirth LW., 2005, Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ.* ; 39(3):309-17.

4. DISCUSSION AUTOUR DU MAINTIEN DE LA COHÉSION DANS UN SYSTÈME D' ACTIONS RÉGULÉES

« Je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout ainsi que de connaître le tout sans connaître particulièrement chaque partie » ; c'est de ce dilemme énoncé par Pascal qu'est née l'approche systémique. Guide pour la recherche dans de nombreuses disciplines des sciences humaines, elle constitue aussi un outil précieux pour les intervenants en organisation [Weinberg, 1992].

Au-delà des résultats en pédagogie et santé, la recherche, qui participe aux approches systémiques, analyse les organisations en réseau et aborde la question des acteurs et de leurs finalités face à une problématique commune. Les changements de pratiques attendus placent les processus au cœur des analyses du système et supposent de discuter des problèmes relationnels entre les acteurs qui les accompagnent [d'Houtaud, 1999].

Cette discussion sur le maintien de la cohésion a comme principal objectif de permettre un retour sur la réalité des processus et d'éviter une minimisation des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des changements. Les changements comme les résistances se font avec et par les acteurs [Alter, 1999]. Il s'agit toujours de revenir, dans le processus et dans la finalité, à l'être humain. L'approche systémique, si elle envisage tous les éléments d'un système, ne peut être indépendante de ses acteurs. Le modèle de Green et Kreuter, tel qu'il a été adapté, intègre particulièrement bien les groupes d'acteurs concernés par la problématique (diagnostic comportemental). Un autre modèle systémique utilisé dans le cadre de ce travail, le triangle d'adéquation, assure également une intégration des acteurs clés pour chaque niveau ou sous-niveau d'adéquation. La particularité des approches systémiques envisagées dans cette recherche est sa focalisation non pas sur un objet « système » [Morin, 1999], mais sur un objet « problème ». Il est à ce moment plus prudent de parler de « systèmes d'actions régulées » devant le diagnostic comportemental d'une modélisation PRECEDE. On n'entrera pas dans un débat sur les différents modèles systémiques. Certains sont plutôt orientés sur une organisation attachée à un espace, tandis que d'autres s'appliquent à un réseau organisationnel défini, entre autres critères sur la base d'une problématique commune à des acteurs, acteurs relevant pourtant de systèmes plus ou moins éloignés comme c'est le cas dans la présente recherche. Cette discussion revient sur le jeu des acteurs du système d'actions régulées concerné : celui du changement en faveur d'une meilleure adéquation des ressources humaines aux besoins des populations bénéficiaires des systèmes de santé. Dans le prolongement des problématiques éducationnelles, notre propos s'attache plus précisément aux formes d'adéquation entre les acquis en formation et les compétences attendues des professionnels de santé.

Le maintien de la cohésion dans les systèmes d'actions régulées mérite des analyses documentées, en particulier dans le cadre des terrains d'action de cette thèse intégrés dans des logiques de projets avec des bailleurs de fonds et des intervenants internationaux (en dehors des réseaux d'excellence). Dès le départ, le système d'actions régulées est éclaté hors de son champ d'action direct. Il serait intéressant de comparer un même type de réforme (enseignement en sciences de santé) dans des contextes où la dépendance à des bailleurs extérieurs au processus n'a pas lieu d'être. Il apparaît en effet que la cohésion de départ face à une problématique reconnue comme pertinente par tous, bailleurs de fonds compris, ne garde pas à long terme le même sens pour chacun. Les acteurs directement concernés par la problématique sur le terrain d'action ont à cœur la gestion de la qualité au-delà des premiers résultats, tandis qu'il semble que les bailleurs de fonds peuvent se satisfaire d'une visibilité d'intervention parfois proche d'une visibilité principalement politique. Cette question du sens est fondamentale et ouvre sur celle de savoir si le dénominateur commun (problématique commune) suffit au maintien de la cohésion à plus long terme. Un indicateur de maintien de la qualité à long terme devrait être ajouté à la problématique commune de départ, bien que cela ne réponde pas à la question du sens mais peut donner une balise, notamment de négociation. Une situation similaire se rencontre avec des acteurs

politiques. Ceux-ci sont quasi toujours inclus dans le diagnostic comportemental [Martens *et al.*, 2005] cependant ils sont rarement préoccupés par les processus participatifs à la base d'une gestion de la qualité des données et des appropriations et changements effectifs. La question des principes d'actions est mise en exergue quand il s'agit de discuter du maintien de la cohésion avec des acteurs qui travaillent à des niveaux logiques différents. Le respect des partenariats et des complémentarités doit parfois se renégocier en permanence au point de dévitaliser le processus [Totté, 2005].

Afin de mieux cerner le degré d'implication et de sens que chacun peut trouver face à une problématique commune, une catégorisation est apparue nécessaire. Cette manière de présenter les résultats d'une analyse systémique de situation permet, surtout dans le cadre de la promotion de la santé, de cerner les acteurs et les milieux de vies. Ainsi plusieurs entrées, par des publics différents, sont possibles ce qui est favorable aux approches intégrées en promotion de la santé. Les trois principaux groupes d'acteurs considérés sont :

- le public cible, celui qui est directement concerné par le changement. En l'occurrence dans ce cas de figure il s'agit des apprenants en santé ;
- les groupes d'acteurs qui existent uniquement en lien avec le public cible. Il s'agit ici des enseignants, directions d'écoles, etc. On parlera d'acteurs spécifiques ;
- les groupes d'acteurs qui interviennent sur le public cible et la problématique mais qui peuvent exister en dehors de la présence du public cible. Par exemple les administrations, les politiques, les bailleurs de fonds, les formateurs etc. On parlera, dans le cadre de ce travail, d'acteurs généralistes.

En dehors des difficultés rencontrées dans le maintien de la cohésion face aux acteurs politiques et aux bailleurs de fonds, et qui sont des difficultés inhérentes aux finalités divergentes (principes d'actions, sens, etc.), d'autres difficultés existent. Le grand nombre d'acteurs dont il faut tenir compte durant l'ensemble du processus nécessite une vigilance continue et prudente des résultats déjà obtenus. Pour certains, le nombre élevé d'acteurs différents est un risque à ne pas prendre. Cependant il faut agir sur des changements dans la vie réelle et on ne voit pas comment il pourrait être question de nier cette réalité en ne considérant pas l'ensemble des acteurs porteurs du changement et vouloir, d'autre part, ce changement. Il ne s'agit même pas d'un paradoxe, mais d'une évidence. Le paradoxe est dans l'objectif relatif aux processus généralement mis en place, mais pas dans la réalité des faits. Le maintien de cohésion entre acteurs concernés par la problématique finale et l'objectif spécifique devient un enjeu majeur de la réussite d'un projet ou d'un programme qui veut avoir un impact réel, c'est-à-dire un changement pertinent objectivé. Il s'agit donc de mettre en place des plans d'actions qui visualisent et guident les pilotes du changement en terme d'intégration des acteurs à tous les moments du processus. L'approche systémique est un de ces outils de gestion de projet ou programme pouvant aider à assurer le maintien de la cohésion, surtout si elle est utilisée de manière participative et réflexive lors de chaque activité ou étape clé.

Néanmoins, les freins et résistances émergent au même titre que les stratégies nouvelles et renforçantes. Le processus est bel et bien lié à ses acteurs, qui tous ont leurs intérêts individuels pouvant l'emporter sur la question du sens commun. C'est ainsi qu'il est important de travailler au développement d'une masse critique représentative d'acteurs dès le démarrage du processus afin notamment d'éviter, par une lassitude liée aux résistances, le retrait du pilote ou de l'innovateur du changement [Alter, 1999]. L'ancrage par la base est solide, c'est ce qui a été fait surtout en République Démocratique du Congo avec les enseignants des écoles expérimentales. Un second niveau d'ancrage également puissant est celui du renforcement des capacités d'un noyau de personnes ressources, en provenance des différents niveaux institutionnels, qui peuvent rapidement devenir autonomes dans le pilotage du changement tout en étant au coeur du système d'actions régulées.

Il faut également considérer une variation dans le temps de l'implication portée au changement par les différents groupes d'acteurs. Cette analyse permet de mieux cerner les intérêts professionnels de chacun et ne pas tirer de conclusions précoces quant à la motivation variable de certains acteurs. En effet, la construction pédagogique en République Démocratique du Congo a vu en premier lieu les professionnels de santé très impliqués lors de l'élaboration du référentiel de métier et celui de compétences. Cet engouement a laissé ensuite la place à plus de discrétion face aux difficultés pédagogiques rencontrées afin de traduire ces premiers résultats en un référentiel de formation adapté à l'approche par compétences. L'exercice pédagogique difficile a permis aux enseignants et formateurs de se manifester d'avantage tandis que les administrateurs et inspecteurs des écoles et des niveaux hiérarchiques centraux restaient toujours discrets. L'entrée en réforme effective et le travail sur les outils d'évaluation a confirmé un engouement indéniable des inspecteurs quant à la méthodologie et leur présence effective sur le terrain du changement. On le constate, le maintien de la cohésion ne peut être obtenu en un seul bloc temporel mais se dessine dans le temps en fonction de variables particulières.

Un autre élément perturbateur et en même temps renforçant est celui du développement de l'autonomie. L'autonomie est favorable à l'individu et le danger du "brain drain" accentué [WHO, 2005 ; Bundred *et al.*, 2000 ; Stilwell *et al.*, 2004]. C'est la masse critique d'une part et la vision de cohérence ou de sens d'autre part qui permet à l'individu de devenir facteur renforçant de son institution ou de son contexte. Les dernières recommandations de la Commission européenne [European Commission, 2005] favorisent de travailler sur le développement des compétences à partir d'acteurs de la base et en masse critique suffisante afin d'éviter le brain drain et pour atteindre les objectifs de qualité de soins pour tous [WHO, 2005], notamment dans le cadre des objectifs du millenium pour le développement (OMD) [WHO, 2006].

Il est à noter que l'objectif commun de départ peut se modifier, notamment suite aux résultats rencontrés. Il est alors toujours pertinent d'analyser le degré d'atteinte de l'objectif, sa solidité et la nécessité du maintien dans le temps de mécanismes de gestion de la qualité, liés au même processus ou mis en place à travers des mécanismes et modalités nouvelles.

A travers ces quelques éléments sur la question de la cohésion, il apparaît que le maintien d'une approche systémique, intégratrice des acteurs représentatifs du processus demande un effort constant. Il peut sembler moins utile, avec le temps, de revenir à l'approche systémique et aux jeux des acteurs quand la cohérence a été travaillée. Cependant suivant le constat ancien concernant les approches systémiques, il vaut mieux être attentif au processus réflexif sous jacent qu'aux seuls résultats qui peuvent amener à une standardisation peu productive et certainement moins créative. L'idée de l'approche systémique devrait être maintenue et l'intérêt de sa première découverte en permanence remise en jeu, d'autant plus que les acteurs eux-mêmes sont mobiles, avec de nouvelles personnes qui apparaissent et de plus anciens auxquels il faut renouveler le message.

REFERENCES

1. Alter N. (1999). L'innovation dans la dynamique des organisations. In L'innovation, levier de changement dans l'institution éducative. Centre national de documentation pédagogique, Paris, 52p.
2. Bundred PE, Levitt C. (2000). Medical migration: who are the real losers? *Lancet*; 356:245-6.
3. Chilaka M.A. (2005). Ascribing quantitative value to community participation: a case study of the Roll Back Malaria (RBM) initiative in five African countries. *Public Health* 119(11):987-94.
4. Commission européenne. (2001). Manuel de Gestion Cycle de Projet. EuropeAid, Office de Coopération, Affaires générales, Evaluation, 44p.
5. Direction Générale de la Santé, Communauté française de Belgique. (2004). Programme quinquennal en promotion de la santé 2004-2008. Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, Bruxelles, 24p.
6. Coopération Technique Belge. (2005). Séminaire international CTB : Appui projet et appui budgétaire en vue de renforcer l'approche sectorielle en éducation. CTB/BTC, 19 au 21 décembre 2005, Bruxelles.
7. Descroix S., Leloup C. (2002). Organiser l'évaluation d'une action de développement dans le Sud. *Cota asbl, hors série n°2*, Bruxelles, 82p.
8. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). (1983). ZOPP planning method. GTZ Frankfurt, Germany, 25p.
9. d'Houtaud A. (1999). La santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique. Editions Masson, Paris, 132p.
10. 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.
11. Hardeman W., Van Damme W., Van Pelt M., Por I., Kimvan H., Meessen B. (2004). Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy Plan.*;19(1):22-32.
12. Martens V., Parent F., et al. (2005). Stratégies concertées du secteur de la prévention du SIDA et des IST en Communauté française. Observatoire du Sida et des Sexualités, Bruxelles, 18p.
13. Ministère de la Santé de République Démocratique du Congo. (2005). Stratégie de renforcement du système de santé. Ministère de la Santé, Secrétariat Général, République Démocratique du Congo, 24p.
14. Mintzberg H. (1999). Grandeur et décadence de la planification stratégique. Dunod, Paris, 456p.
15. Morin E. (1999). La tête bien faite. Ed. du Seuil, Paris, 154 p.
16. Rosenberg L., Posner L. (1979). The logical framework: A manager's guide to a scientific approach to design and evaluation. Practical Concepts Incorporated, Washington, D.C.
17. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ.*;82(8):595-600.
18. Tang KC, Beaglehole R, O'Byrne D. (2005). Policy and partnership for health promotion-addressing the determinants of health. *Bull World Health Organization*;83(12):884.
19. Totté M. (2003). De la gestion par les résultats à la gestion par l'impact : quelles conséquences sur le suivi des ONG ? *Echos du Cota*;101:8-12.
20. Totté M. (2005). L'information et la communication pour le changement social et politique : du projet (de développement) au projet (citoyen ?). *Echos du Cota*;109: 3-8.
21. Weinberg A. (1992). L'approche systémique des organisations. *Sciences Humaines*;20:56-61.
22. World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
23. World Health Organization (2005). The management of international health worker migration: instruments on ethical recruitment and other policy options. Department of Human resources for health, WHO, Geneva, 41p.
24. World Health Organization. (2005). Proposal for a WHO Code of Practice for the international recruitment of health workers. Department of Human resources for health, WHO, Geneva, 21p.
25. World Health Organization. (2006). Draft outline: World health report 2006, WHO, Geneva, http://www.who.int/hrh/whr06_consultation/en/print.html

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]

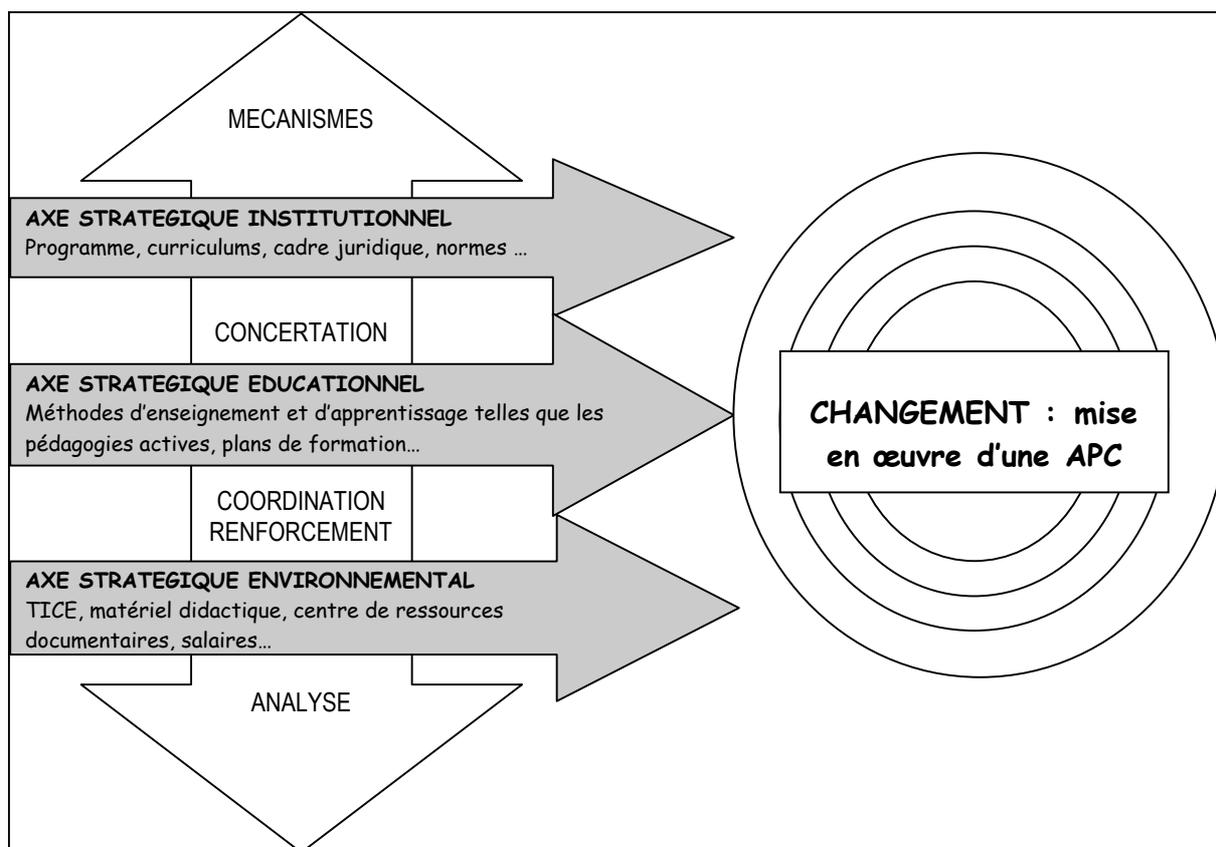
INTRODUCTION ET CADRAGE

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

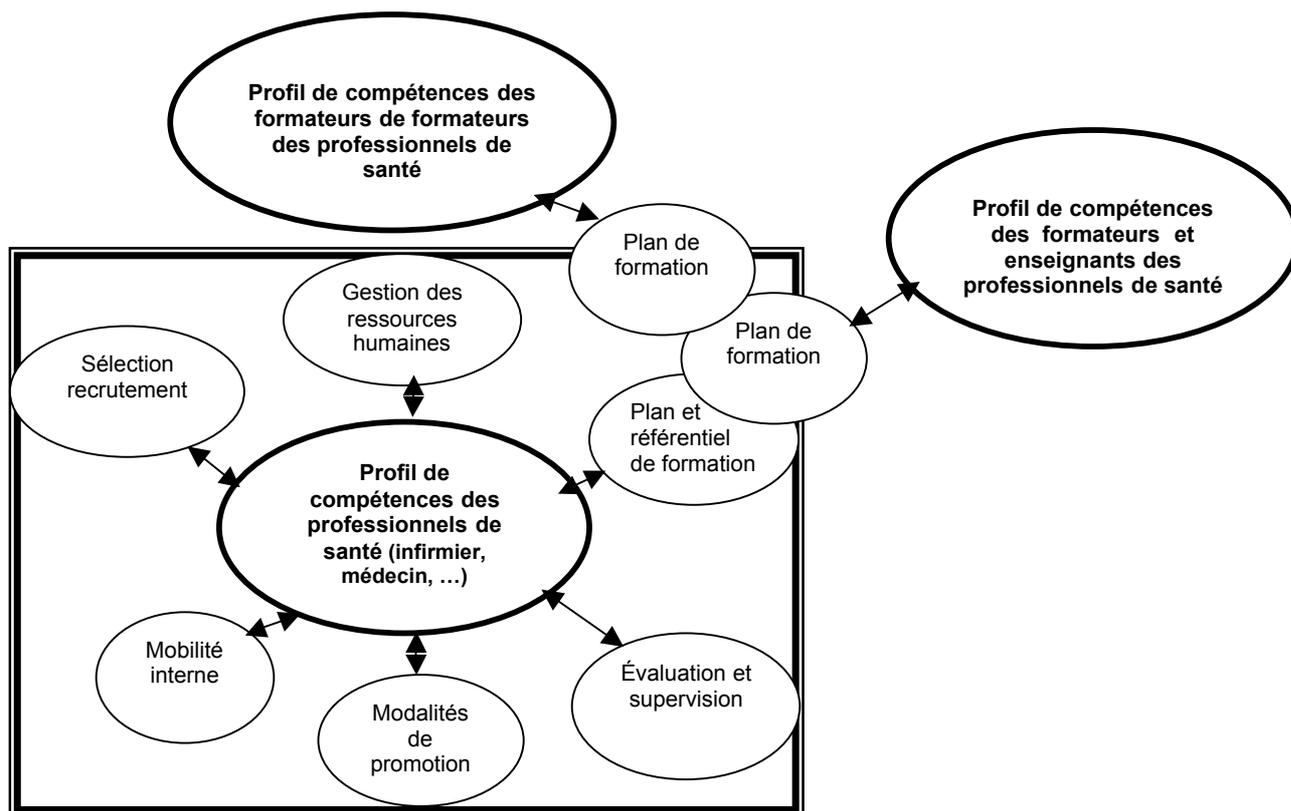
Ce chapitre a permis de se centrer sur la demande des enseignants [Parent, 2003]. Nous voulons insister à ce niveau sur l'importance de mener des réformes avec les enseignants et formateurs. De nombreuses réformes de l'enseignement ont vu le jour aussi bien au nord qu'au sud sans qu'on observe de véritables 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.

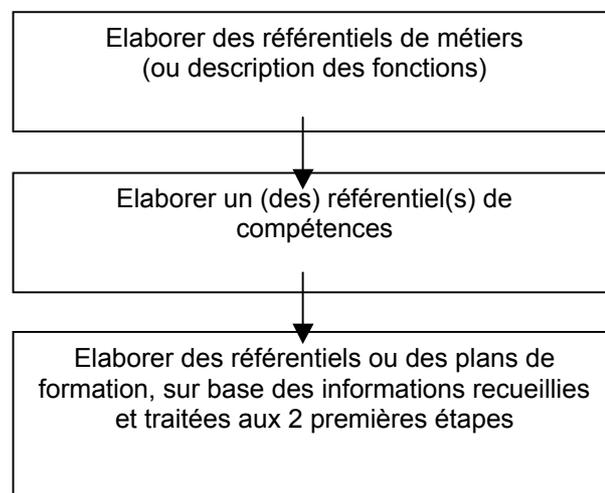
Pour répondre à cet objectif, l'approche méthodologique proposée est issue d'une philosophie de l'intégration à laquelle s'inscrit de façon idoine l'approche par compétences (4-5).

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.

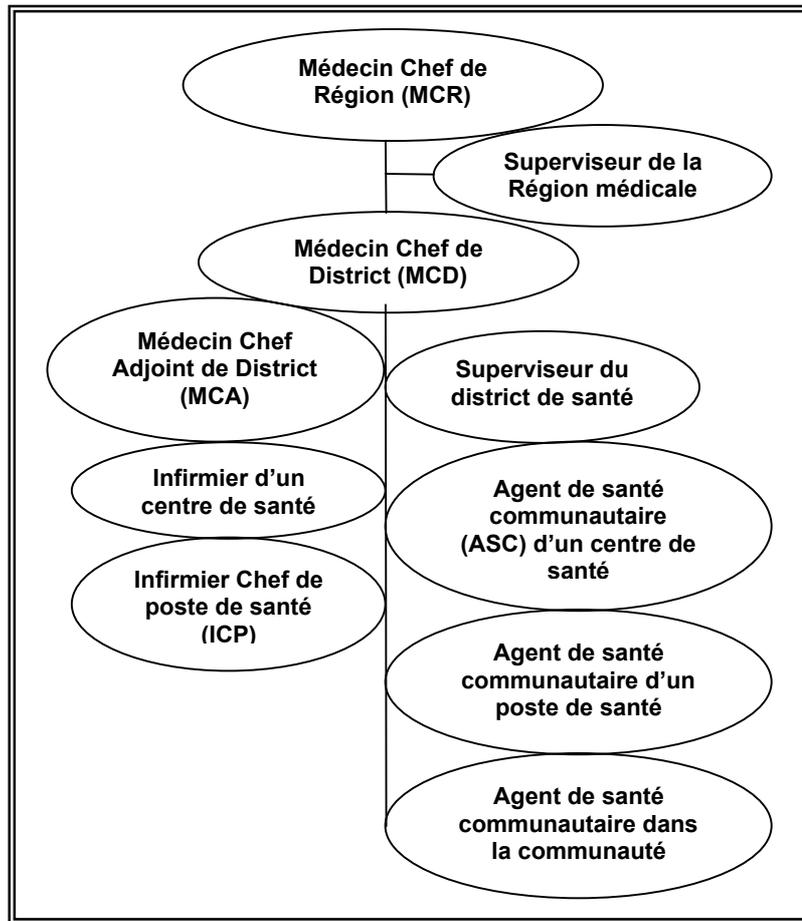
Les étapes d'élaboration de référentiels de compétences

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 Administrer les soins Assurer la CPN, la CPoN, le CPS Diriger un accouchement eutocique Assurer la chaîne du froid	Assurer les soins de confort Ausculter le malade Entretien du matériel Réanimer nourrisson/nouveau-né Pratiquer des examens de labo Administrer les soins selon les différents systèmes Prélever les échantillons de labo Administrer 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 /boîtes 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 Informé 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 Récueillir 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

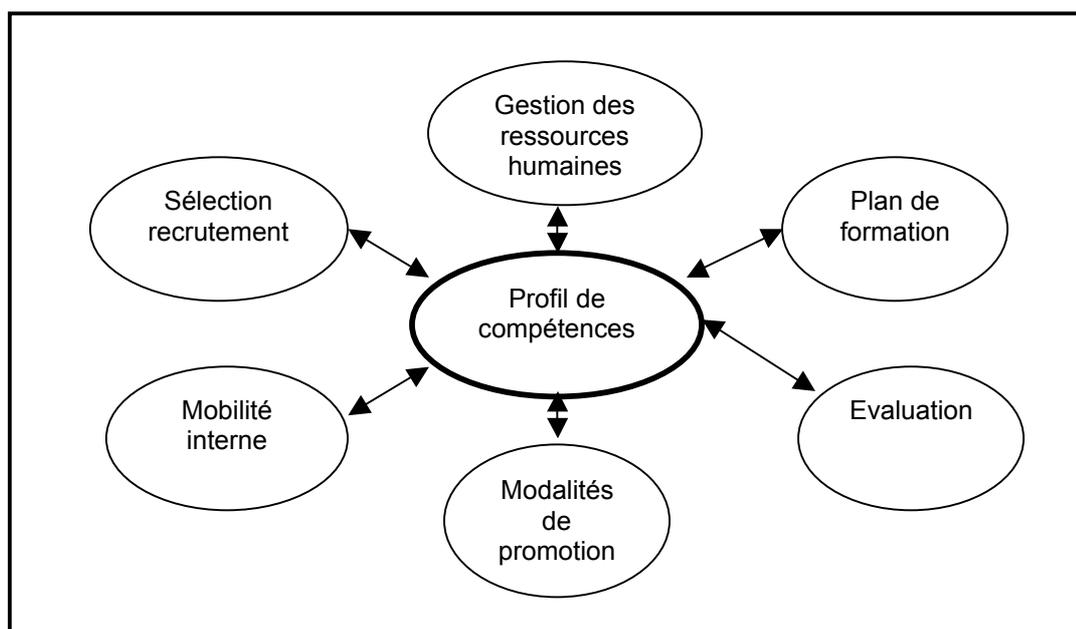


Schéma repris et adapté de Ph. Charlier

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.

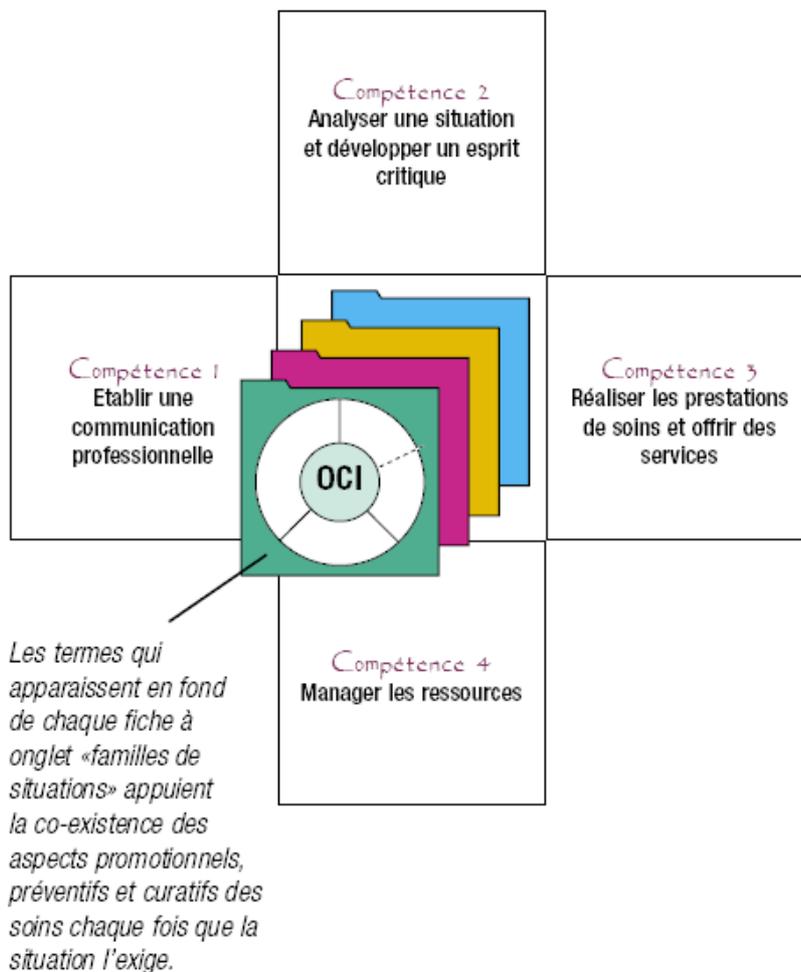
Soulignons la présence dans le référentiel d'un lexique qui guide, lui aussi, l'utilisateur dans sa découverte de l'outil. Les cadres de référence (en santé et en pédagogie) retenus y sont décrits également et sont un peu les garants et la mémoire des objectifs à l'origine du projet.

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.

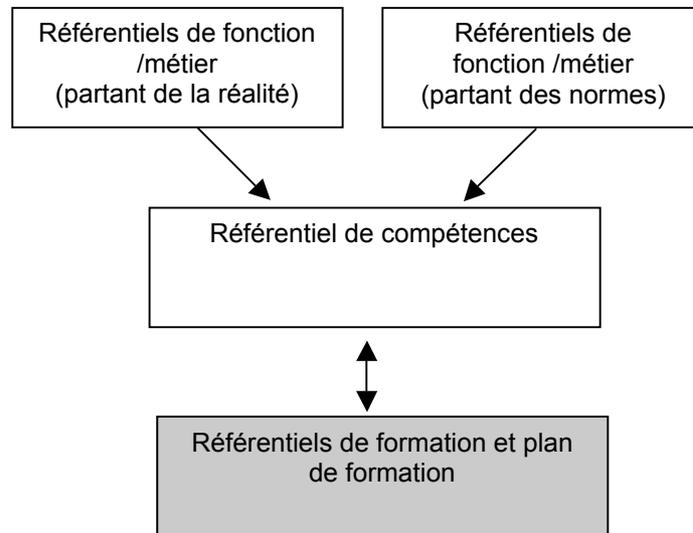
Ce chapitre, dans cette quatrième partie, présente de manière résumée les étapes méthodologiques poursuivies. Nous présentons, en annexe 9, une version intermédiaire du référentiel de formation pour la première année en République Démocratique du Congo afin de rendre plus concrètes certaines explications 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

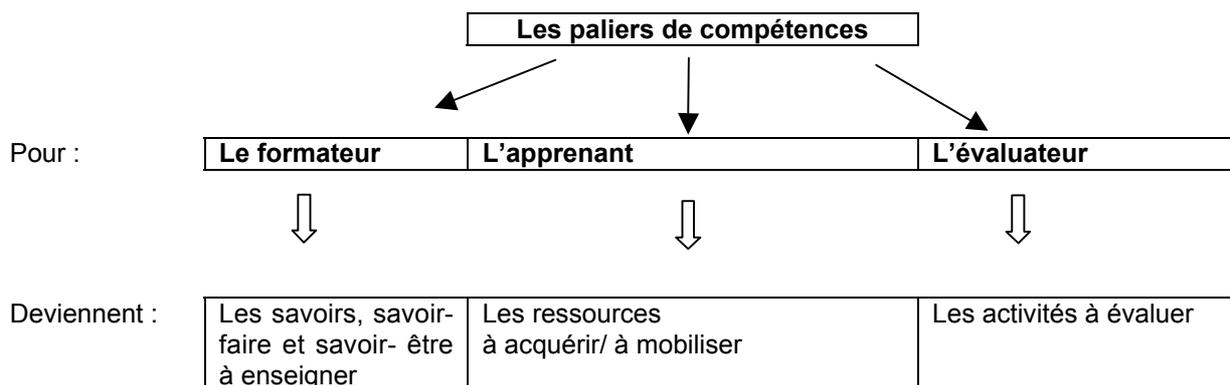
La quatrième étape, séparée ici mais concomitante à l'élaboration des contenus consiste à préciser les objectifs pour chacun des cours.

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	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.

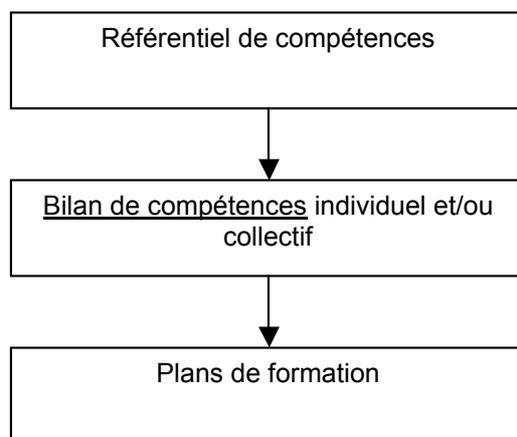
2.4. RÉFÉRENTIELS ET PLANS DE FORMATION CONTINUE

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.

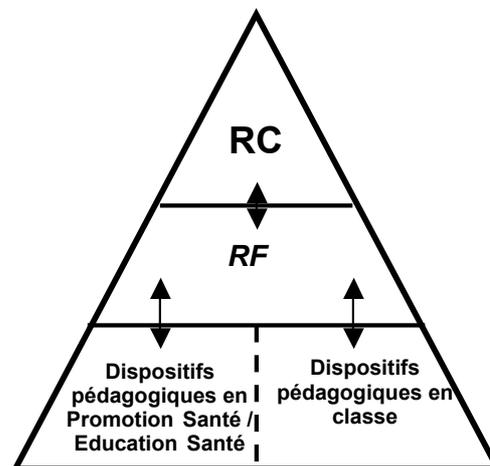
Cette question est d'autant plus importante dans les contextes du sud que chaque programme vertical développe ses propres outils d'éducation du patient et des collectivités [Lamboray *et al.*, 2003]. Par ailleurs, le champ de la promotion de la santé y est encore trop

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



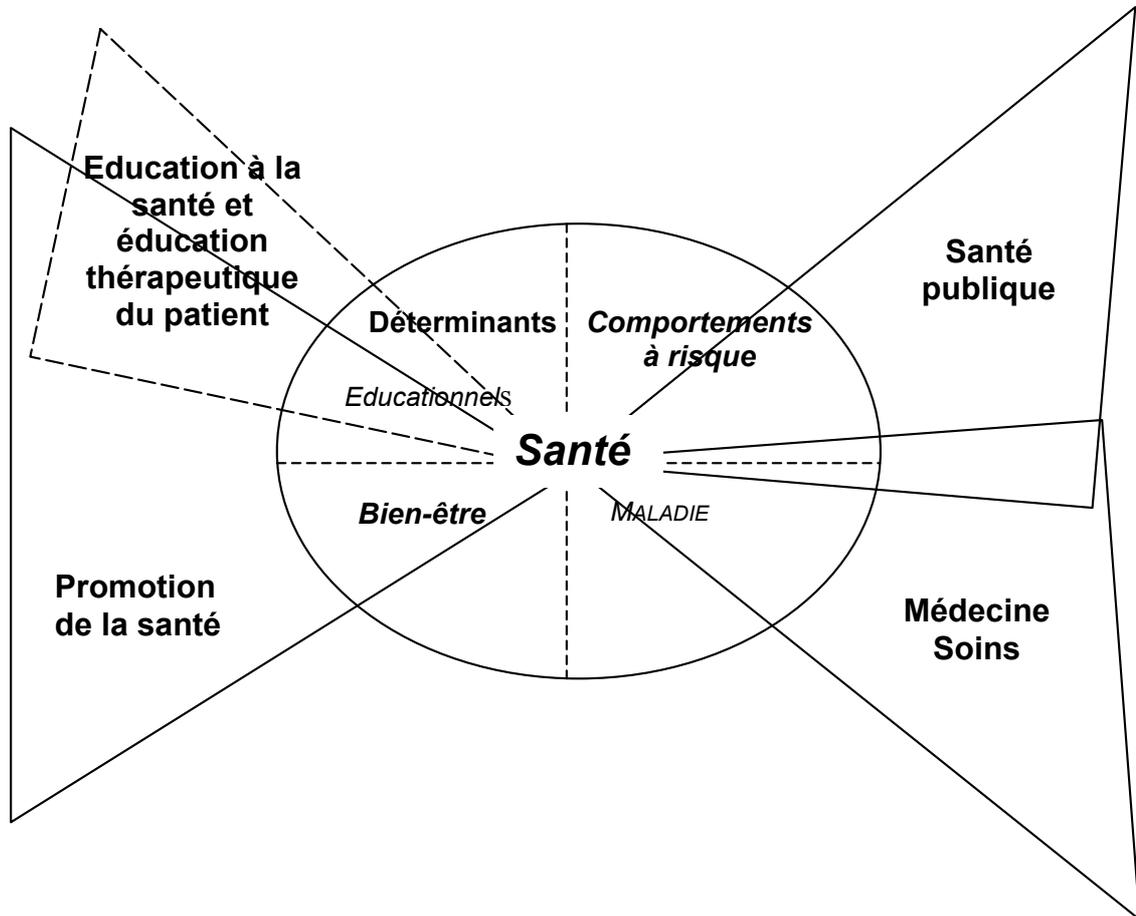
Il existe un grand nombre d'outils et méthodes en promotion de la santé aussi bien orientés sur l'individu, la famille, la collectivité, les décideurs ou les autres professions non (para)médicales concernées par la santé (le transport, l'habitat, etc.). Ces spécificités sont similaires à celles de la 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. Béchar 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.

PARTIE V.

INTÉGRATION, ADÉQUATION ET CONCLUSIONS

PARTIE V. INTEGRATION, ADEQUATION ET CONCLUSIONS

*« Ce n'est pas tant (quoi qu'il paraisse) de la quantité de nos réserves économiques, mais bien plutôt de l'intensité accrue de nos puissances réflexives et affectives que dépendent, en fin de compte, le succès ou l'échec ultime de l'humanité »
- Pierre Teilhard de Chardin [1881-1955]*

*« L'approche réductionniste qui consiste à s'en remettre à une seule série de facteurs pour régler la totalité des problèmes posés par la crise multiforme que nous traversons actuellement est moins une solution que le problème lui-même »
- Aurelio Peccei et Daisaku Ikeda [1986]*

INTRODUCTION ET CADRAGE

La quatrième partie a permis de mieux comprendre le choix de l'approche par compétences comme méthode d'élaboration des curriculums en sciences de santé et de saisir en quoi cette méthode répond à la question de l'adéquation en termes de contenu et de capacités attendues des professionnels de la santé, aussi bien dans la formation de base (République Démocratique du Congo, Rwanda et Belgique) que dans le cadre de la formation en cours d'emploi (Sénégal). Précédemment, la troisième partie a permis de nous rendre compte de l'importance de planifier nos actions de manière cohérente et en référence au processus afin de garantir le sens et l'appropriation du changement. Cette cinquième et dernière partie se centre sur deux aspects prioritaires pour la santé publique :

- l'intégration des programmes verticaux dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé (chapitre intégration);
- la gestion, par la formation, des ressources humaines en santé (chapitre adéquation).

La question de l'intégration des programmes spécialisés dans les curriculums de base fait appel à la question plus globale de la parcellarisation des savoirs et, de manière équivalente, à la question de l'intégration des soins de santé primaires comme fondement d'une prise en charge globale du patient. Cette question est débattue à travers un article et quelques commentaires complémentaires en provenance des résultats actuels de la recherche.

Les deux articles qui suivent se centrent sur la modélisation des résultats de cette thèse en faveur de la construction d'une vision pour la gestion des ressources humaines en santé. Une réflexion sur l'écart entre les normes sanitaires, les programmes de formation et les réalités vécues sur le terrain par les professionnels de santé, introduit ces deux articles et fait le lien avec le cadre théorique de l'approche par compétences.

En dernier lieu, un retour sur l'hypothèse et les objectifs de cette recherche nous permet de cerner les limites et perspectives de ce travail et de tirer certaines conclusions en faveur d'une santé publique plus ouverte et en questionnement, notamment sur la mise en œuvre d'une politique cohérente pour ses ressources humaines en santé.

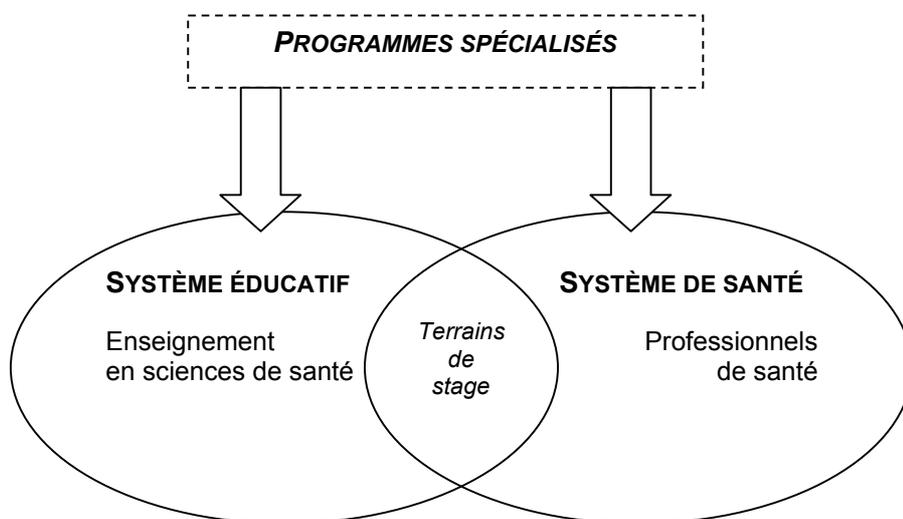
1. DE L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES VERTICAUX À L'EFFICACITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES : UN PASSAGE OBLIGÉ PAR LES COMPÉTENCES

L'intégration des programmes verticaux dans les curriculums de formations initiales est analysée en deux temps. Un premier temps analyse la problématique et propose une synthèse sous forme d'article qui inclut la formation continuée et des perspectives de complémentarité entre programmes verticaux, systèmes de santé et ressources humaines en santé. Dans un second temps, une analyse et une modélisation de la démarche d'intégration est proposée.

1.1 ANALYSE DE LA PROBLÉMATIQUE

Les programmes verticaux en santé publique sont construits, à priori, hors du curriculum de base mais viennent s'y ajouter avec un objet particulier. Ces programmes, en santé publique, sont de plus en plus fréquemment appelés programmes spécialisés. Dans certains contextes ils peuvent se multiplier jusqu'à dépasser la cinquantaine (République Démocratique du Congo). L'histoire des programmes spécialisés est fortement liée à celle de la santé publique et plus particulièrement des soins de santé primaires. Nous ne nous attardons pas sur le débat fondamental qui oppose les protagonistes d'une santé publique intégrée aux protagonistes d'une approche « maladie ou problème de santé » afin de passer immédiatement à une démarche d'analyse sur base d'une première figure présentée ci-dessous.

Figure 13. Organisations et programmes spécialisés



Cette figure présente la situation actuelle où l'arrivée des programmes spécialisés sur le système éducatif en santé vient renforcer la situation déjà plus ancienne rencontrée avec les programmes verticaux et les systèmes de santé. Le difficulté pour la mise en œuvre d'une pédagogie de l'intégration est de ce fait la même que celle rencontrée par les professionnels de la santé dans le cadre de la mise en œuvre des soins intégrés: la désintégration en raison d'une parcellarisation des objectifs, dans ce cas-ci des objectifs de formation. De la même manière l'approche intégrée des soins de santé primaires n'a jamais pu réellement se mettre en place suite notamment à la force de ce contre courant provoqué par l'arrivée massive des programmes verticaux. Ceux-ci déstabilisent les politiques des soins de santé primaires de plusieurs manières, avec à l'origine un investissement financier majeur dans ces

programmes comparativement aux stratégies d'appuis aux systèmes de santé ou à leurs ressources humaines.

La figure présente à la fois la situation rencontrée par les systèmes de santé et celle que rencontre de plus en plus le système éducatif. Au départ, seul le FNUAP avec le programme en santé de la reproduction avait tendance à s'intégrer dans les curriculums de formation initiale et dans l'enseignement général secondaire. Actuellement, c'est l'arrivée des programmes HIV/SIDA, programme élargi de vaccination (PEV), tuberculose et lèpre, dans le cadre du Fonds Mondial [Labonte *et al.*, 2006] qui peut nous faire mieux prendre conscience qu'il est temps de penser autrement la complémentarité des approches « verticales » et « horizontales » de la santé publique afin de réaliser l'objectif commun qui est la qualité des soins pour tous. Ce souci n'est pas neuf : il a été relevé comme majeur par le Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine [Mercenier, 1971] qui analysait les programmes verticaux face aux critères de soins continus, globaux et intégrés.

L'article qui suit présente une synthèse de la problématique.

POLITIQUE D'ÉDUCATION ET DE FORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE, OÙ EN SOMMES NOUS ? (ARTICLE 9)

De l'intégration des programmes verticaux dans la formation à l'efficacité des SSP : un passage obligatoire par les compétences

Soumis pour publication

Florence Parent

¹ Department of Epidemiology and Health Promotion, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles (ULB), Route de Lennik, 808, CP 596, 1070 Brussels, Belgium, florence.parent@ulb.ac.be

Contexte et problématique

En 2005, la multiplication et l'ampleur prises par les programmes verticaux ou spécialisés ne sont plus à décrire tant elles font partie du paysage habituel de l'appui au développement dans le secteur de la santé. Ces programmes verticaux ou parachutés selon les représentations du monde de l'éducation, prennent une grande part des ressources allouées au secteur de la santé et de cette manière ont freiné la mise en œuvre des approches globales des soins de santé primaires (SSP), sans pour autant offrir des alternatives suffisantes en terme de qualité des soins et des services (1). Il existe un paradoxe en santé publique entre le maintien des approches verticales qui ont leurs propres enjeux, et la volonté de renforcer les approches globales des systèmes de santé. Le propos est de valoriser de manière intégrée les deux approches en se centrant sur le renforcement des compétences des ressources humaines en santé (RHS).

Les programmes spécialisés ont été parmi les premiers à tirer la sonnette d'alarme concernant la crise des RHS (2). Leurs préoccupations immédiates tiennent aux difficultés d'implémenter un programme vertical dans un contexte généralisé de manque de RHS compétentes (3). L'accès aux traitements en devient un problème indirect. L'efficacité des formations en cours d'emploi dans le cadre des programmes verticaux, a également montré ses limites. Ces modules sont en général organisés sur le mode de la formation de formateurs en charge spécifiquement de ces programmes. Devant un tel constat, la stratégie qui se dessine de la part de ces programmes est de s'intéresser à la formation initiale des professionnels de la santé et en premier lieu à celle des infirmiers qui représentent les agents de première ligne dans de nombreux contextes. L'arrivée des programmes verticaux dans le monde de la formation initiale est accueillie de manière positive par les enseignants qui y voient, enfin, leur inclusion dans les formations continues

relatives aux maladies définies comme prioritaires. Jusqu'à présent, seuls les professionnels de santé sur le terrain bénéficient de formations continues. C'est dans ce contexte d'écart entre la formation initiale dispensée et les compétences attendues des professionnels de la santé que le manque d'adéquation s'est aggravé (4).

Néanmoins la situation est critique car devant l'absence d'un réel coût bénéfique des interventions de formation dans le cadre des programmes verticaux, il est urgent d'analyser ces nouvelles stratégies à la lumière de la parcellarisation déjà opérée sur le système de santé.

Analyse

L'analyse va se faire en partant du monde de l'enseignement et de la formation. Si l'on considère l'arrivée des curriculums de formation initiale pour chacun des programmes verticaux, il apparaît d'emblée de multiples dysfonctionnements dont la répétition des objectifs de formation entre programmes verticaux, la difficulté d'organisation de la progression des apprentissages d'année en année ou encore la non prise en compte du renforcement des capacités des enseignants. Et tout ceci sans compter sur les aléas des modalités d'organisation de l'offre de formation entre programmes verticaux au sein des structures scolaires. Par ailleurs, lorsqu'on analyse les modules de formation continue ou les curriculums en formation initiale des programmes verticaux, on observe un manque de structuration logique dans les objectifs et plans de formation et l'absence de recours et d'intégration de méthodes pédagogiques efficaces. En prolongation à cette analyse on ne peut que constater que les résultats attendus en termes de renforcement de capacités et de compétences dans les formations courtes, ne peuvent en général être atteints, et le plus souvent ne sont pas pertinents par rapport aux besoins réels de formation et de réalisation des tâches pertinentes.

Il est possible d'argumenter le fait que les programmes d'enseignement et de formations actuels n'offrent pas mieux en terme de développement efficace des RHS. Il est urgent que la santé publique définisse des politiques claires en matière de renforcement de ses RHS. Le sujet est vaste et complexe et, dans le champ de la formation, il doit être un processus innovateur afin d'amener un changement nécessaire. Cet éditorial s'intéresse à l'approche par compétences comme outil de gestion de la formation et des RHS en général. En effet, l'objectif de santé publique est de viser l'intégration et l'efficacité de ses systèmes de santé. Par ailleurs, les programmes verticaux veulent l'assurance d'avoir des personnels de santé compétents afin de leur permettre une implémentation de leurs programmes sur les terrains. N'est-il pas temps de s'arrêter sur l'analyse des meilleures stratégies pour rencontrer ce résultat : avoir des professionnels de santé compétents ? Ce travail est en cours de réalisation dans plusieurs contextes d'Afrique aussi bien dans le cadre de la formation continue que pour l'enseignement de base (5). Il s'agit de la conceptualisation et de la mise en œuvre d'une véritable pédagogie de l'intégration (6) basée sur une forme bien particulière qui est celle de l'approche par compétences. Les fondements de cette approche sont totalement différents de ceux des pédagogies classiques car ils ne s'appuient plus sur le paradigme des savoirs transmis (approche transmissive), mais bien sur celui des savoirs construits (approche socio constructiviste). Dans ce contexte, le développement de l'autonomie dans l'apprentissage est favorisé par ce qu'on appelle classiquement les pédagogies actives, autonomie menant à la construction des capacités de transferts de la part de l'apprenant. La capacité de transfert, c'est à dire de mobiliser le même type de ressources en termes de savoir, savoir-faire et savoir être, dans des situations variables, est à la base de l'intégration des programmes verticaux dans les curriculums par compétences. Pour exemple le besoin de maîtriser certaines capacités en communication ou en analyse sera identique en consultation pour un patient atteint de paludisme ou tuberculose. La maîtrise de certaines capacités en gestion devra être mobilisée aussi bien lorsqu'il faudra notifier les cas de patients atteints de HIV, tuberculose ou paludisme que lors de la commande de médicaments. L'acquisition de ces compétences se fait de manière progressive et dans des situations problématiques de plus en plus complexes. Les formations professionnalisantes,

notamment en santé, sont par excellence des lieux privilégiés pour ce type d'approche des curriculums (7 - 8). Par cette méthodologie en pédagogie et santé, il est possible que la santé publique puisse assurer à la fois la pertinence et l'intégration des curriculums pour ses futurs professionnels de la santé. De manière systématique l'analyse de l'intégration de trois programmes verticaux dans le nouveau programme infirmier en République Démocratique du Congo et d'un au Rwanda a permis de confirmer et de modéliser cette intégration.

En formation continue l'analyse des plans de formation basée sur une approche pédagogique similaire (profil de compétences, bilan de compétences et plans de formation) amène à se questionner sur l'urgence de mettre en œuvre, dans les structures de gestion et de formation des RHS, des outils efficaces permettant d'argumenter la place des programmes verticaux dans celle-ci.

Perspectives

Les perspectives sont à la fois dans le renforcement des RHS mais aussi dans la complémentarité reconnue des programmes spécialisés et des soins de santé intégrés. La mise à jour et l'accessibilité auprès des enseignants, formateurs et apprenants, des connaissances sur les problèmes de santé prioritaires peuvent être une stratégie renforçante de la part des programmes verticaux dans le cadre d'une politique commune de renforcement des RHS. L'assurance d'avoir des professionnels de santé compétents, c'est à dire capables de mobiliser plusieurs compétences en situations, y compris les situations - problèmes définies comme prioritaires par les programmes verticaux est une garantie pour l'implémentation des programmes spécialisés. Les ressources allouées aux formations des formateurs et enseignants dans le cadre des programmes verticaux devraient notamment être réorientées d'une part sur un travail d'intégration et de vérification de l'intégration des curriculums et éventuellement des plans de formation. Enfin, travailler sur le renforcement des capacités en pédagogies par compétences des enseignants et formateurs ainsi que sur les mécanismes facilitant la mise en œuvre de ces approches, tels que les TICE, l'accessibilité pour tous aux informations scientifiques récentes, la mise en réseau avec des pools d'excellence, l'échange des meilleures pratiques enseignantes, apprenantes et soignantes seraient des axes

stratégiques cohérents aux besoins et aux demandes des professionnels de terrain.

Conclusion

Les futurs professionnels de la santé devraient intéresser le monde de la santé publique tout autant que les professionnels de la santé déjà en exercice. Le manque de capacité et de compétences des RHS interpelle les responsables des programmes verticaux qui ont déjà défini des stratégies d'interventions. Si la santé publique, en cohérence avec le secteur de l'éducation, peut se définir des stratégies d'interventions efficaces pour le renforcement de ses RHS (9), un débat argumenté pourrait voir le jour. Ce débat est celui de l'intégration renouvelé sur un objet plus global que les systèmes de santé : celui des ressources humaines en santé.

Références

1. Travis P., Bennett S., Haines A., Pang T., Bhutta Z., Hyder AA., Pielemeier NR., Evans T. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004; 364:900-6.
2. Narasimhan V., Brown H., Pablos-Mendez A., Adams O., Dussault G., Elzinga G., Nordstrom A., Habte D., Jacobs M., Solimano G., Sewankambo N., Wibulpolprasert S., Evans T., Chen L. Responding to the global human resources crisis. *Lancet*. 2004; 363:1469-72.
3. Marchal B., De Brouwere V., Kegels G. Viewpoint: HIV/AIDS and the health workforce crisis: what are the next steps? *Trop Med Int Health*. 2005; 10:300-4.
4. Parent F., Fromageot A., Coppieters Y., Lejeune C., Lemenu D., Garant M., Piette D., Levêque A., De Kettlele JM. Analysis of adequacy levels for human resources improvement within primary health care framework in Africa. *Health Research Policy and Systems* 2005, 3:8.
5. 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; 2:16.
6. Roegiers X. Une pédagogie de l'intégration: compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, 2000.
7. Perrenoud P. Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. Université de Genève, Genève, 2001.
8. Brennan MG., Coles C. Developing professional skills. *Lancet* 2003; 362(9394):1506.
9. Hongoro C., McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 2004; 364:1451-6.

1.2. MODÉLISATION DE L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES VERTICAUX DANS LES CURRICULUMS

La meilleure manière de procéder afin d'argumenter efficacement l'intégration des programmes « parachutés » dans les curriculums de formation intégrés (approche par compétences / pédagogie de l'intégration) est de repartir de la logique « pratique – théorie – pratique » en analysant, par exemple trois programmes verticaux en santé : TBC, HIV/IST/SIDA et Paludisme [OMS, 2005]. En faisant l'exercice d'intégrer aux référentiels de compétences, de formation et d'évaluation ces trois programmes il est possible de vérifier la place des programmes verticaux en garantissant que l'approche reste fidèle à la pédagogie de l'intégration. Comme nous savons quelles compétences sont développées et quelles ressources sont mobilisées, nous recherchons où cela s'inscrit, jusqu'au bout de la logique, au sein même des situations d'intégration. De cette façon nous pouvons vérifier les récurrences. Cet exercice a été fait dans un contexte, la République Démocratique du Congo, de manière spontanée, hors d'un cadre de recherche particulier. La documentation de cette démarche méthodologique, de ses contraintes et perspectives sera publiée par les acteurs du terrain qui ont poursuivi cette intégration. Dans cette thèse nous reprenons quelques éléments d'analyse, notamment à partir du tableau ci-dessous, afin de préciser la faisabilité du cadre conceptuel d'intégration présenté dans la figure 14.

Tableau 22. Présentation de l'intégration d'une fiche technique en provenance d'un module de formation PEV dans le nouveau programme de formation des infirmiers en République Démocratique du Congo (2005)

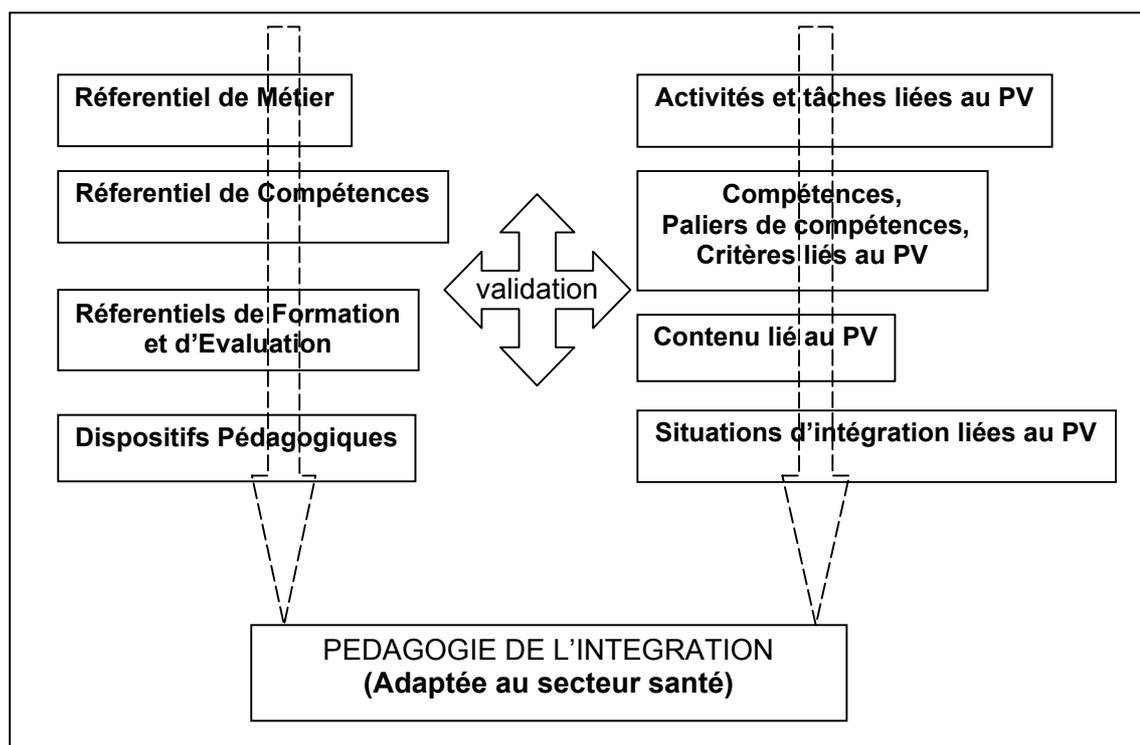
Modules de formation PEV		Programme formation infirmière A2 : Classe de 1 ^{ère} année.			
Fiches techniques (Objectifs opérationnels)	Objectifs pédagogiques	Cours ciblés	Vol. h.	Chapitres ciblés	Sections ciblées
Fiche technique n° 1 : Elaborer un micro plan pour une aire de santé.	Objectif 1.1.1 : <i>Collecter les données géographiques...</i>	Organisation des systèmes de santé	15 H.	Normes de fonctionnalités	Zone de santé
		Soins de santé primaires	45 H.	Soins de santé primaires	Organisation des soins de santé primaires
	Objectif 1.1.2 : <i>Dénombrer la population de l'aire de santé...</i>	Epidémiologie/Statistique	30 H.	Organisation de la collecte	Dénombrement
	Objectif 1.1.3 : <i>Identifier les partenaires actifs et potentiels de l'aire de santé...</i>	Soins de santé primaires	45 H.	Participation communautaire	Structures de participation communautaire.
	Objectif 1.1.4: <i>Rassembler les informations relatives au domaine médico-sanitaire.</i>	Epidémiologie /Statistique	30 H.	Organisation de la collecte des données	Étapes successives de la collecte des données.
	Objectif 1.1.5 : <i>Dresser une carte de l'aire de santé...</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures			
	Objectif 1.2 : <i>Identifier les problèmes de l'aire de santé (AS).</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures			
	Objectif 1.3 : <i>Prioriser les problèmes.</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures			
	Objectif 1.4 : <i>Fixer les objectifs...</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures			
	Objectif 1.5 : <i>Déterminer les stratégies</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures			

Objectif 1.6 : <i>Fixer les indicateurs</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures
Objectif 1.7 : <i>Estimer les besoins</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures
Objectif 1.8 : <i>Evaluer le coût</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures
Objectif 1.9 : <i>Etablir le calendrier</i>	Contenus à intégrer dans les cours des classes supérieures

La conclusion principale après l'exécution, en atelier, de ces travaux d'intégration est de confirmer la faisabilité aisée de cette intégration. En effet, les premiers constats portent à une même évidence : l'ensemble des capacités et des compétences à acquérir afin de répondre avec efficacité aux problèmes de santé des programmes spécialisés se retrouve déjà dans les programmes de cours quand ceux-ci sont établis selon la méthodologie de l'approche par compétences adaptée aux curriculums en santé.

Nous pouvons également considérer que cette démarche a été une validation supplémentaire du référentiel de compétences en République Démocratique du Congo. Comme déjà signalé, de plus amples détails méthodologiques seront diffusés dans le cadre de l'écriture d'un article spécifique. Notre propos ici est de présenter le cadre conceptuel suivant permettant de visualiser les mécanismes et endroits, en terme d'ingénierie pédagogique, de cette intégration.

Figure 14. Pédagogie de l'intégration et programmes verticaux (PV)



Cette modélisation présente les différents niveaux, complémentaires, pour l'intégration des programmes verticaux dans le cadre de l'existence de référentiels de formation (formation de base) ou plans de formation (formation en cours d'emploi). Une comparaison des deux tentatives d'intégration, dans le nouveau et l'ancien programme sera également présentée dans l'article planifié.

Cette figure montre quatre lieux, ou temps d'intégration. Nous pouvons en effet prévoir d'intégrer un programme vertical au moment où nous construisons le référentiel de métier. Ce sont les tâches attendues pour le profil de fonction qui préciseront l'intégration des

activités propres au programme. Dans le référentiel de compétences, ce sont les capacités ou paliers de compétences, et les familles de situations qui permettent de vérifier l'intégration. Le référentiel de formation nous permet de vérifier si les contenus en terme de savoirs sont tous bien intégrés, année par année (ce qui est une précision rarement apportée par les programmes verticaux eux-mêmes). Le recueil des outils d'évaluation intègre les situations d'intégration dans lesquelles nous pourrions vérifier si la mobilisation des ressources relatives au programme vertical fait partie des objectifs pédagogiques attendus.

Cette modélisation devrait ensuite amener à mobiliser les ressources des programmes verticaux en santé en faveur de la pédagogie de l'intégration. Nous pouvons sans doute parler ici de transposition didactique car d'une certaine manière il a fallu traduire leurs compétences (programmes verticaux en santé) dans les nôtres (pédagogie de l'intégration). Il faut essayer d'avancer en restant les maîtres d'œuvre et ne pas se trouver dans la situation inverse où ce sont les programmes verticaux « parachutés » qui dirigent les choses au niveau pédagogique, par exemple en définissant les plages horaires, les profils des formateurs etc. C'est ainsi qu'il importe d'analyser les complémentarités, ce que nous avons fait dans l'article qui précède. Le type de stratégie discutée permet d'envisager la spécificité de chacun, programme spécialisé et programme intégré en santé, et favorise ainsi un respect mutuel des apports respectifs en vue d'une acquisition de compétences mobilisatrices de savoir, savoir faire et savoir être.

Devant l'efficacité de l'approche par compétences, les programmes verticaux pourraient être les protagonistes d'une pédagogie de l'intégration et favoriser ce type d'approche dans l'enseignement en santé afin d'agir au plus vite sur le manque d'adéquation des ressources humaines en santé.

Remarque sur les concepts d'intégration et d'exhaustivité dans la construction des curriculums et en planification

En planification, il est plus facile d'intégrer les variables environnementales ou écologiques lors de la construction de l'arbre à problèmes (méthode PIPO ou de Planification des Interventions Par Objectifs) même si nous pouvons encore intégrer ces actions au moment de l'énoncé des objectifs voir même corriger ou compléter le cadre logique en planification. Cependant il est plus efficace de le faire en début de processus, au moment de l'analyse de la problématique. Plus on est exhaustif au départ, plus on s'assure de l'intégration globale des problèmes. C'est ainsi que, par cette recherche d'exhaustivité, l'utilisation de l'approche systémique PRECEDE PROCEED de Green et Kreuter renforce l'intégration dans une vision globale en planification.

Cette réflexion est la même dans le cadre de l'approche par compétences. Si le référentiel de métier est complet au départ (le plus exhaustif possible), nous avons une forte garantie de l'intégration. Notamment, nous nous assurons de la cohérence entre l'intégration des programmes verticaux avec celle des normes sanitaires. Nous établissons de suite une analyse des normes qui sont prescrites et, en cohérence, nous clarifions la description de poste. Les débats sur le chevauchement des compétences entre professionnels sur un même lieu d'exercice apparaissent au cours de cette étape.

Nous pouvons considérer que la logique d'intégration devrait arriver le plus tôt possible, aussi bien en planification que lors de la construction des curriculums. Outre le fait de s'assurer une production intégrée dès la mise en route du processus, l'intérêt d'envisager une approche exhaustive et systémique dès le départ favorise un mode de pensée des acteurs qui se construit en cohérence avec les méthodes utilisées. En effet, l'intégration d'activités environnementales, à posteriori dans un cadre logique, est envisagée comme une

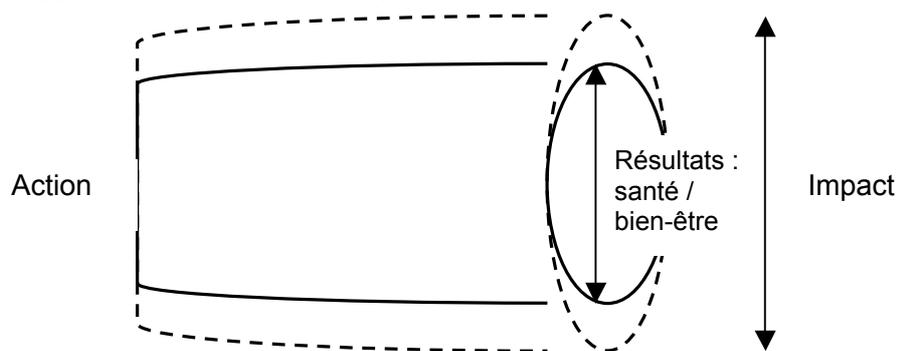
étape méthodologique parmi d'autres et ne favorise pas particulièrement un mode de pensée, au départ, global et complexe.

Dans ce travail, nous avons fait le choix, aussi bien en planification que dans la construction des curriculums de formation, de favoriser cette vision d'exhaustivité afin de :

- assurer au maximum la couverture des activités ;
- intégrer l'ensemble des tâches des programmes verticaux ;
- favoriser une vision complète ;
- obliger à avoir une méthode très structurante pour arriver à catégoriser les savoirs (curriculums) ou les activités (planification) ;
- rassurer les acteurs des processus d'un moindre écart en matière d'objectif de formation ou d'intervention.

La figure ci-dessous, adaptée par le Fonds pour la promotion des études préalables, études transversales, évaluations (F3E) [Guéneau *et al.*, 1996 ; Graugnard *et al.*, 1999 ; Verrière, 2002], montre le lien entre une action qui vise au départ l'exhaustivité avec les résultats globaux attendus et l'impact. L'impact est par ailleurs équivalent aux effets. Ceux-ci reflètent des changements en termes de déterminants et de comportements des acteurs concernés de près ou de loin par l'action.

Figure 15. Rapport entre évaluation d'impact et de résultat



A l'origine, cette figure se présente sous la forme d'une ligne centrale qui part de l'action et qui tend vers le résultat attendu. Deux lignes sous forme d'entonnoir, partant de l'action et allant vers un résultat plus large énoncé sous forme d'impact, manifeste l'existence des effets et de l'impact de toute intervention. Dans le cadre de l'évaluation, ces effets et impact ne sont en général pas considérés et la modélisation de leur existence permet de les inclure, même à posteriori, dans l'évaluation des actions de coopération notamment.

La figure 15 a été adaptée dans le cadre des Stratégies Concertées du Secteur de la prévention du Sida et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en Communauté française [Martens *et al.*, 2005] afin de mieux cerner le rapport entre l'évaluation de l'impact et de résultat dans le cadre d'action systémique. Les lignes en pointillés insistent sur le fait qu'il existe toujours des effets plus larges, quelque soit l'exhaustivité en termes d'acteurs et d'action.

2. ADÉQUATION

Ce deuxième chapitre de cette dernière partie de la thèse nous amène à considérer la gestion des ressources humaines en santé sous un angle systémique différent et complémentaire à celui du modèle PRECEDE. Ce faisant, on pourra observer certains recouvrements entre d'une part, l'introduction de ce chapitre et les deux articles qui suivent et d'autre part, entre ces deux articles eux-mêmes. L'introduction se centre principalement sur l'utilisation de l'approche par compétences dans le but d'analyser les écarts entre réalités, normes et programmes de formation. Le premier article favorise une modélisation mettant en parallèle la gestion des ressources humaines en éducation et formation avec la gestion des professionnels de la santé. Le dernier article questionne « l'utilité systémique » des diverses interventions dans le cadre du renforcement et de la gestion des ressources humaines en santé. Dans tous les cas de figure, la modélisation favorise l'entrée qualitative pour la gestion des ressources humaines en santé.

2.1. INTRODUCTION AUTOUR DES NIVEAUX D'ADÉQUATION EN PÉDAGOGIE, PLANIFICATION ET SANTÉ

Il est utile de se demander si les ressources humaines en santé doivent répondre aux besoins de l'organisation de santé ou si, à l'inverse, c'est à l'organisation de santé de nécessairement s'ajuster aux capacités des ressources humaines existantes à un temps donné. Une hypothèse est que les ressources humaines en santé doivent s'ajuster aux besoins des systèmes de santé pour autant que ceux-ci soient correctement définis et répondent aux besoins des populations. L'hypothèse se base également sur la possibilité d'un ajustement des normes sanitaires. Ces dernières, établies par les professionnels de santé, sont le reflet des besoins d'activités que le système de santé devrait offrir, à un moment donné, afin de répondre aux besoins de santé des populations. A cet effet, une nécessaire flexibilité devrait permettre de joindre la réflexion d'ingénierie pédagogique à un réajustement des normes sanitaires.

La figure ci-dessous met en relation ces différents niveaux d'adéquation. On observe qu'une recherche d'adéquation centrale, portée par les besoins et la demande des populations (autre niveau d'adéquation par ailleurs), nécessite une approche conjointe d'un minimum de trois niveaux d'adéquation :

- celle de la formation ;
- celle des normes sanitaires ;
- celle de la réalité vécue des professionnels de la santé.

Chacune de ces adéquations est elle-même corrélée à son propre niveau de pertinence que nous pourrions appeler cohérence « interne ». Cette cohérence « interne » fait appel à la logique d'une cohérence au sein du secteur soit :

- de la formation ;
- de la planification et des normes sanitaires ;
- de la réalité vécue et des individus.

Pour la cohérence interne relative aux populations, on pourra alors parler de la juxtaposition entre « besoins » et « demandes » selon la logique de P. Mercenier [Laperche *et al.*, 1999].

Pour la formation, il s'agit de maintenir une cohérence entre le cadre théorique (par exemple l'approche par compétences) et sa mise en œuvre (par exemple les pédagogies actives en classe et sur le terrain de stage de même que l'existence d'un système d'évaluation en cohérence à l'approche par compétences).

Pour les normes sanitaires, il s'agit de maintenir une cohérence entre un prescrit qualitatif qui soit en accord avec une faisabilité quantitative. Il est difficile d'envisager, dans la réalité actuelle des contextes travaillés, la présence d'un médecin ou d'une infirmière de niveau A1 dans chaque centre de santé ou poste de santé en Afrique subsaharienne. La distribution des ressources humaines en santé contribue fortement aux activités du référentiel de métier auquel l'agent de santé, pour lequel on analyse les compétences requises, sera confronté. Enfin en ce qui concerne la réalité vécue des professionnels de santé, il est probablement beaucoup plus difficile de « gérer » une cohérence « interne » étant donné que nous touchons du doigt l'individu dans ses interactions avec son environnement culturel et de travail. Néanmoins, l'approche systémique préconisée depuis le départ devrait permettre d'analyser les liens entre motivations et facteurs éducationnels de types « prédisposants », « rendant capables » et « renforçants » sur lesquels tout projet pédagogique devrait être amené à travailler.

La première figure présente le cadre de base des niveaux d'adéquation auxquels on fait référence. Les figures suivantes tentent de montrer comment se situent les contextes des projets sur lesquels cette recherche s'appuie, en termes de niveaux d'adéquation et de gestion des ressources humaines en santé et cela, dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche par compétences.

Figure 16. Niveaux d'adéquation et ressources humaines en santé

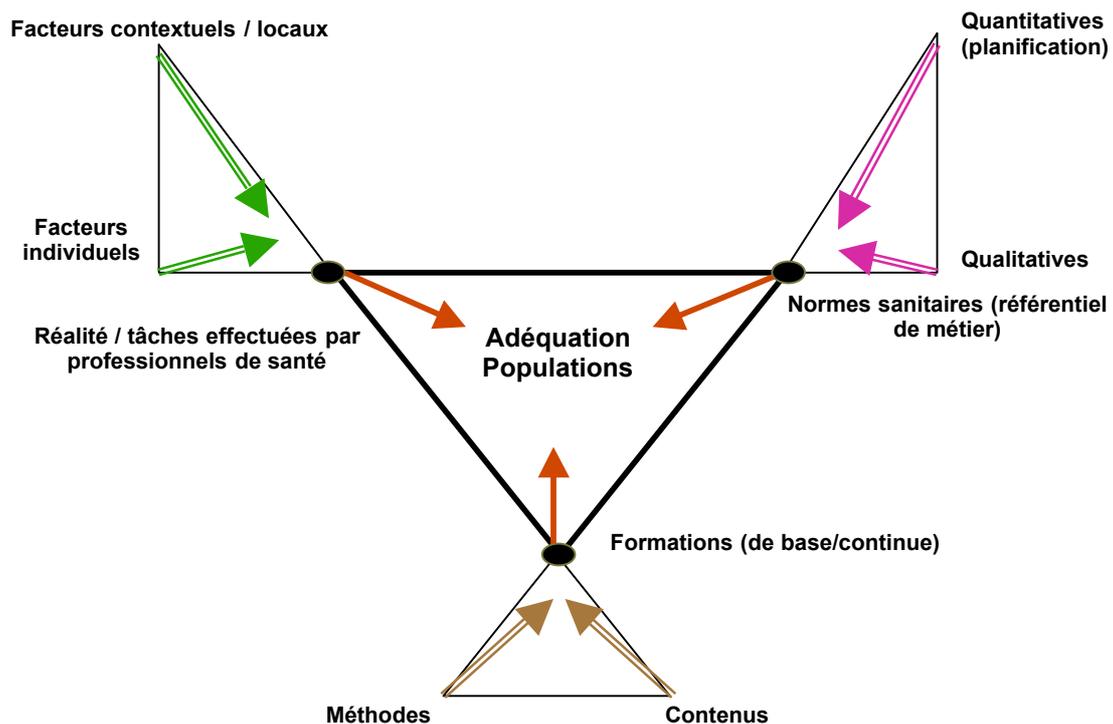
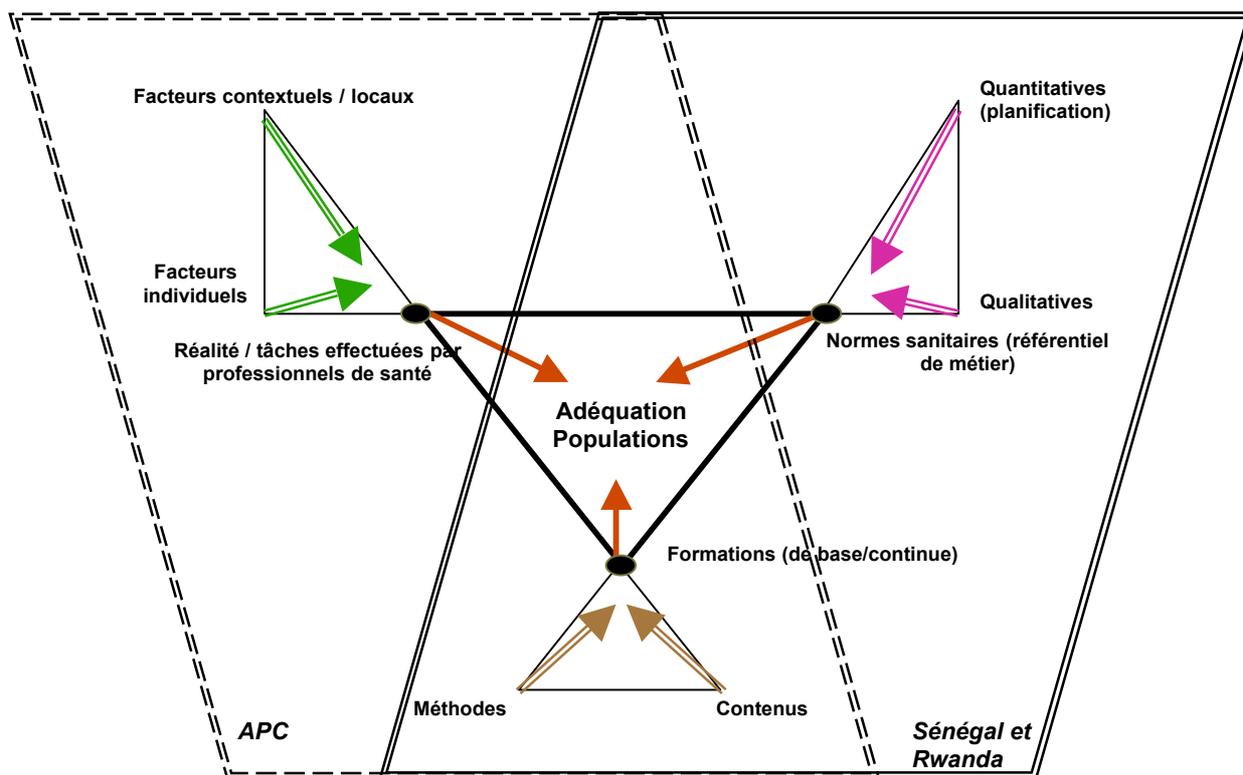


Figure 17. Niveaux d'adéquations et ressources humaines en santé, le cas du Rwanda et du Sénégal



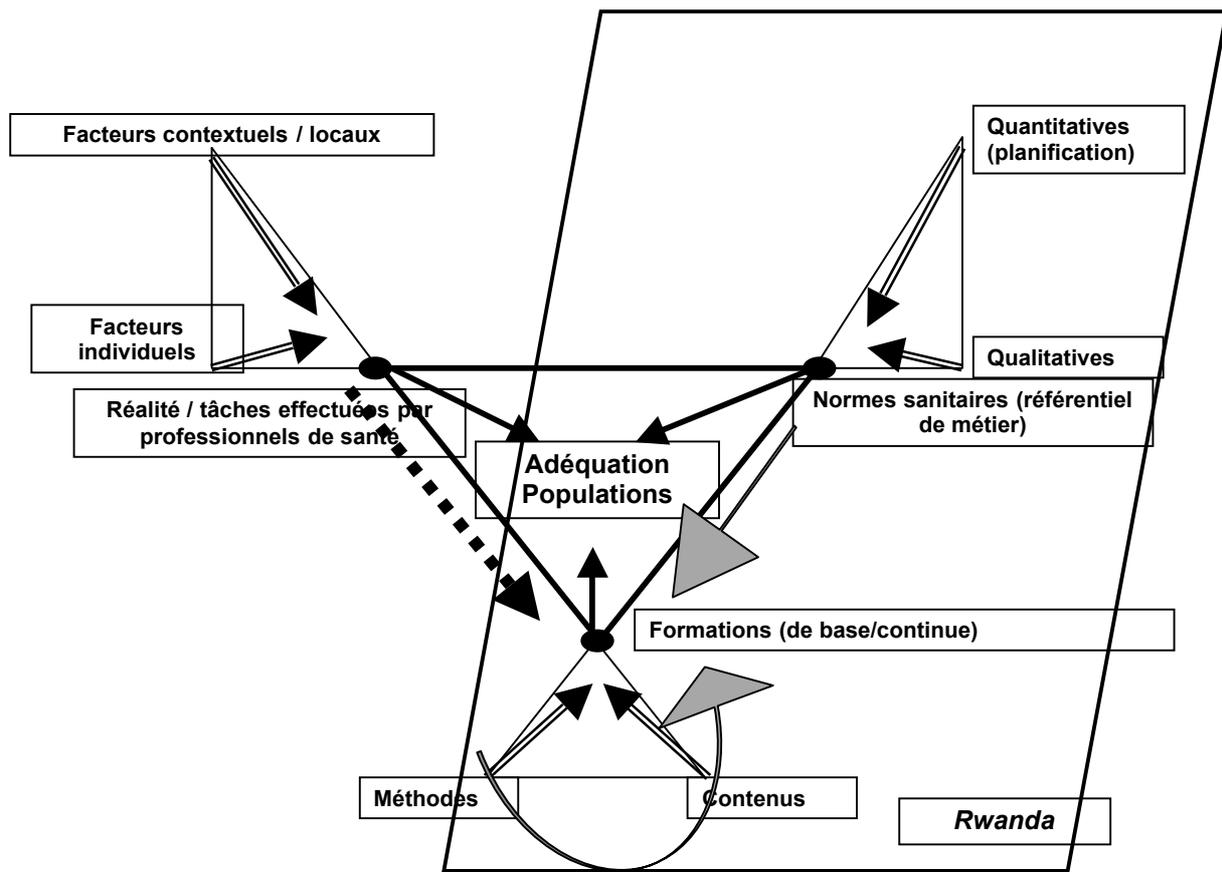
Sur la figure 17, un premier trapèze en pointillés, à gauche, englobe les niveaux d'adéquation « formations » et « réalité vécue des professionnels de santé ». C'est la situation préconisée dans l'approche par compétences (dans sa forme théorique), celle de partir de la réalité vécue dans une situation par ailleurs bonne, voire idéale. A partir du recensement des activités réalisées, il est alors possible d'élaborer un référentiel de compétences adéquat à cette réalité.

A droite sur cette même figure, un second cadran englobe les niveaux d'adéquation « formations » et « normes sanitaires ». C'est la situation de départ envisagée au Sénégal et au Rwanda pour travailler l'adéquation, ou du moins pour entrer en processus de recherche d'adéquation. En effet, la réalité des tâches effectuées par les professionnels de la santé est beaucoup trop éloignée du prescrit, d'autant plus qu'un travail normatif important a été réalisé récemment au Sénégal.

Au Rwanda c'est le nombre de réformes actuellement en cours qui impose de se référer principalement aux normes et aux écrits déjà existants. Ceci permet également d'éviter certains freins institutionnels dans la mise en œuvre du changement.

Les figures ci-dessous présentent les particularités de ces deux contextes.

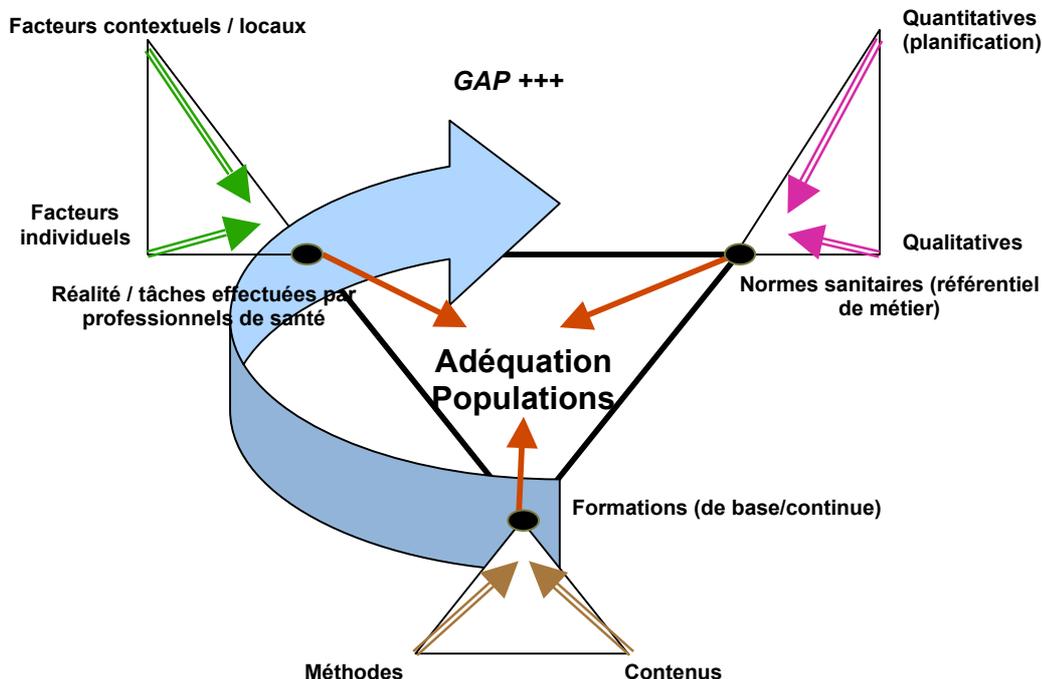
Figure 18. Niveaux d'adéquations et ressources humaines en santé, le cas du Rwanda



Au Rwanda, le choix d'entrer en processus de cohérence ou d'adéquation est parti d'une juxtaposition de trois voies d'entrées :

- les programmes de formation existants (niveau A1 et A2) adaptés à une approche par compétences ;
- les normes sanitaires malgré l'absence de leurs mises à jour dans le cadre des nouvelles réformes ;
- la réalité vécue des professionnels de santé par le processus participatif mis en place à travers des productions formatives avec les acteurs eux-mêmes (ateliers participatifs). Cette flèche est néanmoins notée en pointillé car il ne s'agit pas encore d'une approche suffisamment ancrée et la validation future des productions (du référentiel de compétences) devra en tenir compte.

Figure 19. Niveaux d'adéquations et ressources humaines en santé, le cas du Sénégal



Au Sénégal, le fossé existant entre les nouvelles normes sanitaires et la réalité des tâches effectuées, même dans les régions et districts sanitaires les plus compétents, ne permet pas d'entrer uniquement par le vécu des professionnels de santé. Il s'agit réellement de « tirer », comme la flèche le montre, les objectifs de formation vers les normes sanitaires, via la réalité des situations vécues par les professionnels. Cette adéquation devrait être suivie d'une volonté du Ministère de la Santé d'être en accord avec les normes sanitaires nouvellement prescrites.

C'est ainsi que dans la mesure où les normes sanitaires reflètent les besoins des populations, on peut démarrer par l'analyse de l'organisation sur laquelle nous allons travailler : le district de santé. Dans un second temps, il s'agit de reprendre les définitions et descriptions des fonctions d'une catégorie de professionnels de l'organisation : celle des professionnels de santé.

A partir des fonctions et des tâches et en reprenant la méthodologie de construction des profils de compétences, il est possible de définir, en cohérence avec les normes sanitaires, des référentiels de compétences. La méthodologie de construction des profils de compétences se base sur l'approche par compétences développée dans la partie quatre de cette thèse. Parmi les applications de cette méthodologie, l'exemple sur un niveau d'acteurs : les infirmier(ère)s de niveau secondaire technique en République Démocratique du Congo, démontre qu'il est possible d'atteindre cette adéquation entre la définition du profil de compétence, la formation et les tâches attendues de ces professionnels de santé sur le terrain.

De nombreux conflits sociocognitifs ponctuent l'évolution de la production en lien directement avec ce travail d'adéquation, surtout quand il s'agit d'accorder la réalité vécue avec les normes prescrites.

Un des objectifs de ce travail de recherche est de vérifier dans quelle mesure et sous quelles contraintes il est possible de rendre la formation des professionnels de santé adéquate par rapport aux normes sanitaires, tout en se permettant un réajustement de celles-ci sous condition d'un argumentaire pédagogique. On peut ainsi considérer que le problème se situe réellement dans la recherche d'une adéquation entre la formation et les normes sanitaires et pas seulement dans la qualité des normes sanitaires. Cette affirmation devrait se vérifier par une analyse approfondie de la qualité des normes sanitaires et des profils de postes et de fonctions décrits dans ce type de document. De la même manière et en ce qui concerne la distribution des agents, chaque contexte devrait aussi être appréhendé dans le cadre global des contraintes imposées par les bailleurs de fonds que sont le Fonds monétaire international et la Banque Mondiale [Rowden, 2005].

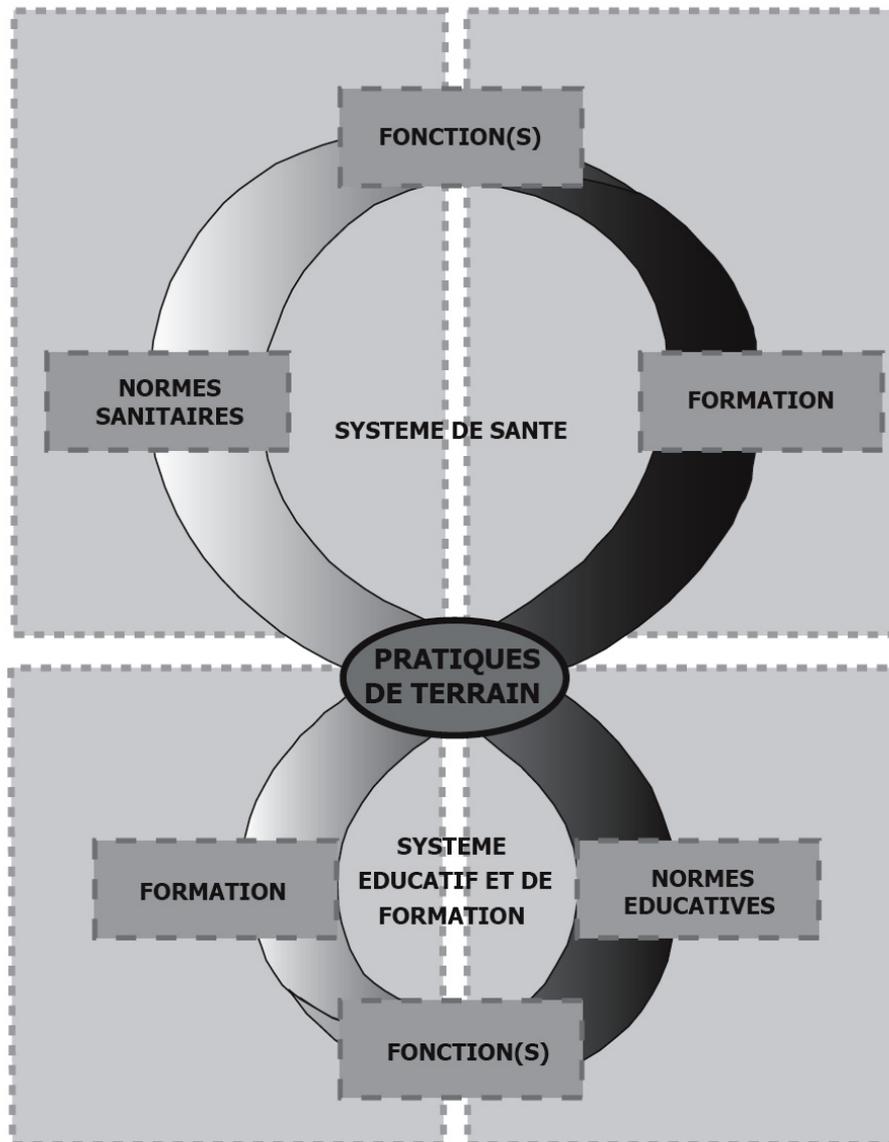
Cependant, partant de l'hypothèse selon laquelle des ajustements sont possibles entre d'une part l'avancée de la réflexion dans la sphère pédagogique et d'autre part la finalité attendue qui est celle des objectifs et activités reprises dans les normes, on est libre de croire en une analyse qui se fera au cours du processus lui-même. En effet, la méthodologie de l'approche par compétences, en partant des tâches réellement effectuées par l'agent de santé, va nécessairement questionner l'adéquation temporelle des normes sanitaires.

Il s'agit avant tout d'assurer un travail d'adéquation entre niveaux de formation différents et de fonctions différentes dans une même organisation plutôt que de faire une analyse des besoins de modifications des normes sanitaires. Néanmoins, on peut considérer qu'un même mécanisme de travail en ingénierie pédagogique sur les profils de compétences des agents de l'organisation de santé va assurer un double objectif :

- améliorer l'adéquation des formations avec les besoins attendus dans l'organisation ;
- améliorer les normes sanitaires par un ajustement entre les profils de compétences et la réalité pédagogique et de santé.

La figure suivante permet de faire le lien entre cette introduction au débat sur l'écart et l'article sur l'analyse des niveaux d'adéquation qui fait suite. En effet, il n'a pas encore été question des écarts au niveau du secteur de l'éducation en relation avec les besoins de formation et les intentions de formation du secteur de la santé. Pour être complet, dans l'analyse de l'écart et le travail sur la cohérence dans le champ des ressources humaines en santé, il est nécessaire d'inclure dans un même modèle les deux champs : celui de la santé et de l'éducation. La figure 20 fait ce lien en mettant l'accent sur le terrain de stage, lieu privilégié des écarts et en même temps, des rencontres entre champs différents.

Figure 20. Relation entre d'une part les systèmes de santé et éducatif et d'autre part les normes et les réalités de terrain



Le choix de placer cette double boucle dans quatre cadres séparés permet d'insister sur les contextes très différents de chacun des sous secteurs considérés. Qu'il s'agisse de la formation des formateurs et des enseignants, de la formation des professionnels de santé, de l'élaboration des normes sanitaires ou éducatives, on se retrouve toujours dans des environnements différents. Peu de liens ou de transferts sont faits à priori entre ces divers contextes et champs d'actions.

Par ailleurs, cette figure se centre sur le terrain des pratiques professionnelles. C'est sur le terrain de stage que l'enseignant entre en contact avec le professionnel de santé. C'est aussi là que l'apprenant sera confronté à l'expérience des professionnels et praticiens et celle des enseignants, formateurs parfois chevronnés mais moins experts en techniques de soins. En se positionnant au niveau du terrain d'application, on peut visualiser les trois référentiels auxquels l'apprenant fait face. Le premier est le référentiel de métier ou de fonction par les normes sanitaires que l'apprenant est normalement amené à rencontrer. Viennent ensuite le référentiel de métier ou de fonction qu'il rencontre par son contact avec les professionnels de santé dans leurs pratiques de tous les jours et enfin, le référentiel de formation (incluant le

référentiel de compétences et d'évaluation) qui représente son cadre direct en terme de certification personnelle. Un exercice similaire amène à considérer de façon identique l'enseignant ou l'encadreur sur le terrain de stage. Il sera confronté à trois réalités : celle de sa formation (référentiel de formation), celle des normes éducatives auxquelles il appartient (référentiel de métier ou de fonction normatif) et celle de son environnement direct qui lui impose de s'adapter selon ses capacités (référentiel de métier ou de fonction partant de la réalité des tâches).

L'article qui suit analyse les liens entre les secteurs de l'éducation et de la formation et celui de la santé. Le secteur de la planification se référant aux deux.

2.2. ANALYSIS OF ADEQUACY LEVELS FOR HUMAN RESOURCES IMPROVEMENT WITHIN PRIMARY HEALTH CARE FRAMEWORK IN AFRICA (ARTICLE 10)

Health Research Policy and Systems 2005;3(1):8

<http://www.health-policy-systems.com/content/3/1/8>

Parent Florence¹ ; Fromageot Audrey² ; Coppieters Yves¹ ; Lejeune Colette³ ; Lemenu Dominique³ ; Garant Michèle⁴ ; Piette Danielle¹ ; Levêque Alain¹ ; De Ketele Jean-Marie⁵

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

2 UMR PRODIG, Paris, France.

3 Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Brussels, Belgium.

4 Centre de Pédagogie Universitaire, Université Catholique de Mons (FUCAM), Belgium.

5 Education Department , Université Catholique de Louvain (UCL), Belgium.

Correspondence to: Dr Florence Parent, Health Promotion & Education Unit, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles (ULB), Route de Lennik 808, CP 596, 1070 Brussels, Belgium (e-mail: florence.parent@ulb.ac.be)

Summary

Background: Human resources in health care system in sub-Saharan Africa are generally picturing a lack of adequacy between expected skills from the professionals and health care needs expressed by the populations. It is, however, possible to analyse these various lacks of adequacy related to human resource management and their determinants to enhance the effectiveness of the health care system.

Approach: From two projects focused on nurse professionals within the health care system in Central Africa, we present an analytic grid for adequacy levels looking into the following aspects:

- adequacy between skills-based profiles for health system professionals, quality of care and service delivery (health care system /medical standards), needs and expectations from the populations,
- adequacy between allocation of health system professionals, quality of care and services delivered (health care system /medical standards), needs and expectations from the populations,
- adequacy between human resource management within health care system and medical standards,
- adequacy between human resource management within education / teaching / training and needs from health care system and education sectors,
- adequacy between basic and on-going education and realities of tasks expected and implemented by different categories of professionals within the health care system body,
- adequacy between intentions for initial and on-going trainings and teaching programs in health sciences for trainers (teachers / supervisors / health care system professionals/ directors (teaching managers) of schools...).

Conclusion: This tool is necessary for decision-makers as well as for health care system professionals who share common objectives for changes at each level of intervention within the health system. Setting this adequacy implies interdisciplinary and participative approaches for concerned actors in order to provide an overall vision of a more broaden system than health district, small island with self-rationality, and in which they operate.

Introduction

The organization of health systems in sub-Saharan Africa is, more than elsewhere, born in close connection with the establishment of political and territorial structures, initially within the colonial framework, then within the building of independent States (1-2). Since 1980s, the economic and financial crisis of several States is marked by their disinvestments in the development and planning of programs associated with the promotion decentralization models (3). Inspired by WHO taken over by the World Bank in 1990s, the systems of care are organized at the base, within and around Health districts liased with "minimum and complementary packages for care" to provide better answers to populations' requests (4). Within this framework, many questions persist concerning improvement of medical systems, focused mainly if not exclusively, on financial and organizational techniques. In view of these persistent inefficiencies, priorities for medical actions in sub-Saharan Africa usually reinforce mechanistic approaches where an overall vision of the whole situation is eluded in favour of an approach covering separately different operational sectors in the fields of planning, training, implementation and evaluation.

The management of human resources in health more often participates to the sustainability of an "inhospitable medicine" in Africa (5). It is however a recent stake in the rich as well as in the poor countries (6). Within health systems, it represents health care implementation. It questions practices, their findings and efficiencies in the heart of interactions between various actors concerned: professionals and populations. Since 1990s, it remains an object of increasing concern of works and thoughts on improvement of the effectiveness of health care structures (7). The case studies are becoming more sensitive on human resources and their management in the health systems, especially in Africa (8-9) where, more than elsewhere, the quality of care seems to be lacking, in the actions as well as in the perceptions from the populations who have poorly recourse to it (10-11).

In sub-Saharan Africa, actors and observers agree in recognizing the discordances and inefficiency of health care practices while intensifying many national programs for building human resources' capacity. These projects, however, rarely adopt a global approach to needs and roles for health care professionals relocated in all sectors of interventions such as medical, educational or planning. In this article, we underline the need

to consider health care professionals in their interactions with all the actors in the health environment in one area at a given time. These stakes are translated early in the 21st Century by a redefinition of the organization of health districts around their human resources. This public health objective is at the core basis of projects and action plans aiming particularly at a better adequacy between on the one hand the offer of on-going training (specific and on-the-job training) or initial (initial training curriculum), and, on the other hand, expectations from health care professionals as well as the needs for the populations.

The approach on organization of health care systems in Africa by its human resources management supposes the assertion of new frameworks of analysis and extended action to political, sociological, educational and motivational dimensions. Discussion on human resources management appears then in all the complexity of its multi-factorial dimensions using not only the health objects for which these resources exist, but also areas of training, planning and sociological determinants related to actors' behaviours. If approaches in more systemic terms of health districts and their actors have already been initiated (12), the consideration of links between these various dimensions still remains insufficient.

The article defines in an original way these multi-factorial and multi-level links corresponding to levels of adequacies or organizational inadequacies, determinants from the coherence and effectiveness of health care systems in sub-Saharan Africa. It recommends a new framework of analysis and understanding of these forms of (in)adequacy on human resources' management in relation to expected competences from professionals and the needs for the populations. Planning this conceptual framework based on field works in Democratic Republic of Congo (DRC) and in Rwanda plays a role in improving medical systems, in general, and structuring primary health care in particular.

Methods

Development of the conceptual framework

Thinking on human resources in the health sector in sub-Saharan Africa leads to develop adapted tools. The first step consists in context-oriented human resources and their management within the entire health system and its actors, internally as well as externally. As recent works remind it, for the comprehension of the social world, to extract any element from its context is eminently

dangerous. In fact we face a health system in which it becomes essential to replace all interrogations about the place and role of the professionals (11). The human resource management should be relocated within the entire aspects of the organizational modalities and improvement of medical systems (States' policies to staffs and populations of therapeutic practices and their initial trainings) to provide answers to recurring interrogations which raise concern and difficulties to obtain quantitative and qualitative adequacies for health care professionals with the needs of objective and perceived care for the populations. This questioning is not added to many explanations on dysfunctions of the African medical systems but opens way to the formulation of objectives for changes aiming at a better effectiveness in the health care system.

The search for a greater effectiveness regarding nursing practices and their recourse opens to the second step. This one is the opposite to break with actions burst in sectors of technical performances and scattered in distinct skills. In the approach to improve medical systems, there is not question any more to dissociate spatio-temporal dimensions in liaison with sectors of operation separating, for example, the local and immediate levels of operative functions for health care structures, on the one hand, and levels including organization and decision of the health care systems, on the other hand. These approaches by sectorial activities produce changes, which can only intervene within the medical system, without modifying its structure and its functioning, nor the links and their effects between its elements.

These two steps are found within a systemic approach of human resources in the health care sector. The systemic vision, supported by a research-action inter-sectorial approach, puts in perspective human resources in its interactions with all components of the medical systems. It opens a way towards a representation of changes, which suppose the overall progress of the system, to which they apply. The aim is the development of a new model of knowledge from the two human resources capacity building projects in central Africa concerning the field of health:

The first project, initiated three years ago in the Democratic Republic of Congo (DRC), recommends to support initial teaching in health sciences in the secondary level of education at the national level. In a first stage, the project develops coherence, relevance and understanding for a significant number of actors and stakeholders of strategic orientations, founders of the reform of the

nurse sciences program required by the Department of Health Sciences Education within the Ministry of Health. In 2005, this reform is on the way. The whole process enables autonomy of teachers, as well as of learners, managers, department staff and supervisors It is by a methodological work calling upon concepts such as active pedagogies, skilled-based approach (13-14), organizational learning, thinking and self-assessment, built by partnership and interrelationships between all the actors together, giving greater importance to improving health care quality and their perceptions within the framework of Structures for primary health care.

The second project in progress is a national support to schools of nurse sciences in Rwanda. The steps and methods are similar to those launched in DRC. The interest carried to human resources passes by a second reading of the training package related to health sciences (professional, higher and academic levels). The search for a better adequacy between trainings and health professional expectations as well as those of the public regarding care, underlines the necessity to train nurses in technical secondary level on the skill-based approach. The project is also involved in an in-depth work with the various local and national actors: teachers, internship supervisors, directors of educational establishments, learners, and Ministries. It articulates, indeed, several organizational and institutional levels: local learning environments complying with medical standards, human resource requirements planning and training schemes. When projects for general thinking are located and specific to a category of professionals (nurses), actors and fields are relocated in the entire medical environment including the populations, social and political supervisors. The stake is not just the detailed observation of actors and their relations with the health care systems, but to go *in fine* beyond traditional explanatory models of health care (dis)functioning in Africa focused on districts. The different sites contribute by developing an analysis framework on more complex realities than simple setting in linear equation between, on the one hand, the medical standards planned by national institutions, and, on the other hand, the assessment of local requirements in human resources without integration neither for their training modalities nor for the expectations expressed by the populations.

A grid of analysis is suggested where human resource management, including for nurses of

primary health care structures, falls under the overall medical system and the diversity of its political actors, health care professionals or not. These components are considered within their dynamic interactions, as much undergone as built. It makes it possible to avoid separating artificially human resource management, perspectives for planning, training education, and evaluation. Persistent dichotomies between spheres of health and education are checked through penalizing field-based discordances between professionals' skill profiles and their needs while meeting populations-expressed expectations. The perspectives for efficient changes of a health system assumes improving different adequacy levels which are to avoid reduced searching " for oasis of rationality" (12), limited to dimensions of each health district, and to the implementation of sectorial projects launched together in space and time.

Results

Presentation of the conceptual framework

The diagram constitutes a grid of analysis of levels of (in)adequacies in human resources management in health system with different components and organization methods for health care systems taking part in its (dis)functioning. The structure obtained is prompted by the articulation between levels and system organization sectors: States producing health care system standards, with planning programs and health care system management and its professionals, and local actors and their training for care practice.

The elements are illustrated by the six "boxes" which define the major levels of adequacy between the management of the health care professionals and ways of improvements, in terms of quality of care and health system effectiveness. The arrows show links, i.e. the interdependences between these forms and levels of adequacy. The structure is provided by the overall composition of the diagram.

Elements, links and structure account for a "construction of health":

- Field of action of national policies inspired from international standards;
- Societies' stake and their Community participation;
- Object of local implementation of care.

These various levels of organization of health care system appear through three "sectors"

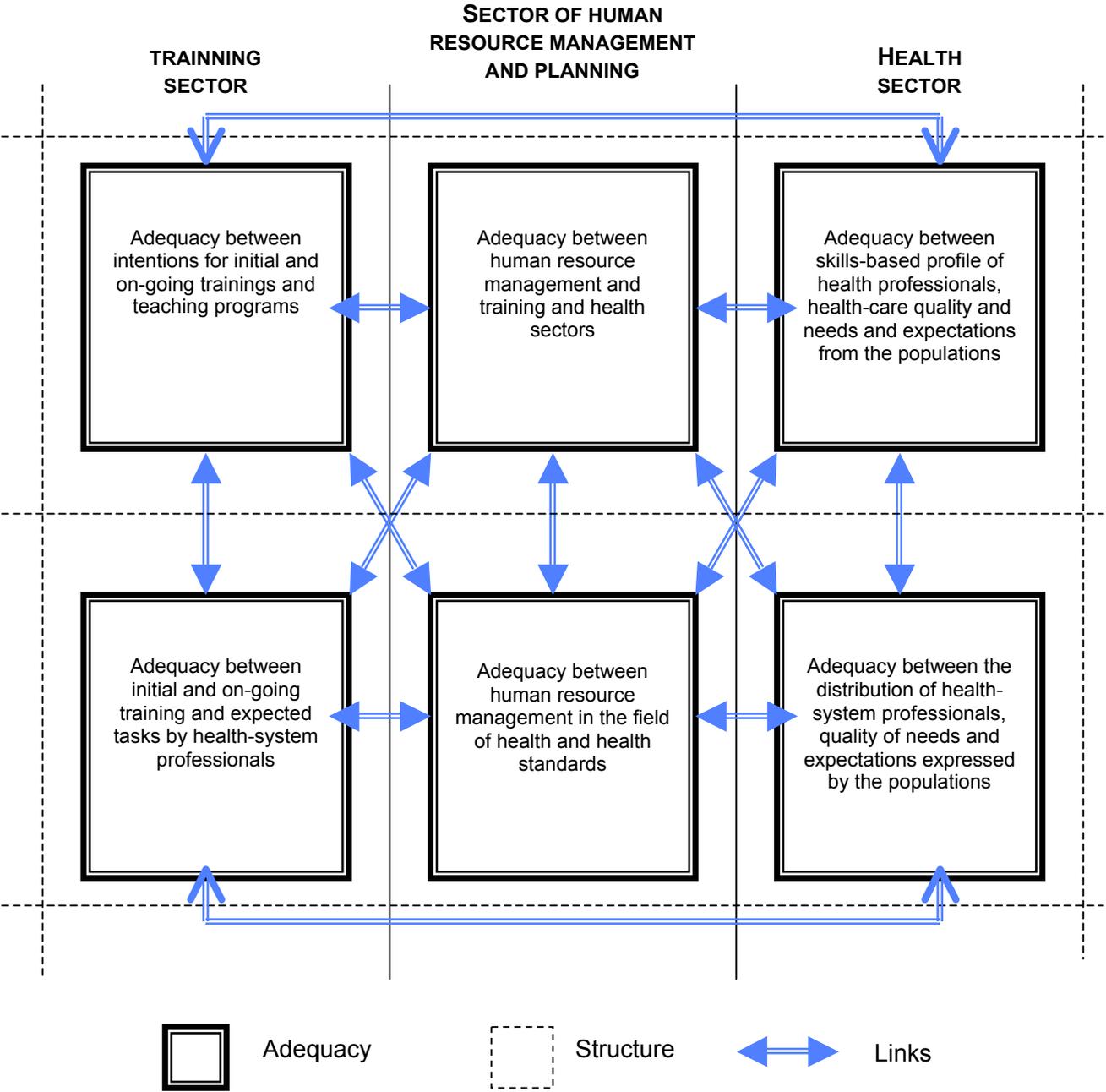
shown in the diagram: from macro level developing qualitative and quantitative health care standards (the "Health sector" of the national and international policies concerned), to the meso, spaces and actors of the medical training registered in projects of companies like the "sectors of planning and of the human stock management" and, to the microphone of the daily practices of health whose forms of application depend directly on the "sector basic training" of the professionals.

These sectors show the importance of levels for observation, stakes and human resources analysis, as thoughts of social sciences in the field are concerned of articulation modalities between macro and microanalyses levels of standards and health care practices (15-16). The articulation between forms fixing-up micro and macro levels is made to better apprehend political and social stakes of the health system. This critical reading tackles modalities for training and allocation for human resources within the health system and the forms of distribution of care needs. This diagram is not a simple picture structuring health systems. It allows also dialectical approach between the analysis of (in)adequacy levels of the human resource management in health system and of the inequalities in the heart of these inadequacies, that is to say, their differentiated distribution in the populations and spaces.

Lastly, the reading of the diagram can and should be done with flexibility, without giving an advantage to a particular input except actors, observers, and readers' experiences. This detailed presentation of adequacy levels does not answer to a specific order. On the other hand, for each one, this article underlines initially specificities before discussing them and opening on its links with other constitutive levels of adequacy of the overall structure. This somewhat formal rigidity is meeting concern to facilitate the legibility and understanding of selected adequacies but not to reify adequacy forms and their categories of actors in the heart of the adjustments' management between offer and needs in terms of human resources for the health systems. This management in sectors of training, planning or yet of accessibility accounts for the necessarily evolutionary structure of health systems as well as included elements and links.

Adequacy levels for Human Resource Management in health

Graph 1. Grid of analysis for adequacy levels improving Human Resource Management in the field of Health



Adequacy between the skills-based profiles of health professionals, quality for health care offers, services (health system standards), needs and expectations expressed by the populations

Within the development of health system schemes at the international level (17-18) the States and their Ministry for Health define their own health system standards according to local contexts (economical situation and structural records). These standards establish, in particular, relevant conditions of assigning activities between health care centres and the population, within the decentralized framework of health districts, and first referral hospitals located within or near the district. Without targeting a strict correspondence between population expectations and its needs, the qualitative adequacy between these two realities, established by health professionals and local epidemiological priorities, is essential to ensure an effective reference to health care structures. It necessitates accessibility being facilitated according to perception and acceptance by actors of the qualitative normative frameworks.

The standards should highlight measurements and needs expected from the population and health system professionals inclusively. Experts should be confronted with problems of priority health defined at the national level for populations in a given territory and time. These priorities can be defined according to practical orientations, in technical acts and expected activities of health professionals. Acts and resources can be specified according to categories of professionals, by developing skills-based profiles. The management and training for human resources are considered in the overall organization of the health system. It thus appears essential to check from experts and even from the population for the adjustment of health standards and skills-based profiles towards the reality of situations experienced and perceived by actors, in particular the public and primary health care professionals.

To question the adequacy of standards within the health environment with the reality of health problems encountered and perceived by the population, requires to meet actors during thorough qualitative surveys while making it possible to better determine their needs and the expression of their expectancies in order to integrate them in the development process of health standards. In Africa, these standards are still more often built without taking into account elements such as mental health or the role of tradi-therapeutics. The evolutions of the health standards should be adapted to

problems experienced and felt by the populations (or defined through the health system as the new vertical programs). The qualitative adequacy of standards to the needs of societies is not, in fact, a static question but engages a progressive and continuous research/action. If health standards are a qualitative framework of reference, their definition and performances, open towards adequacy levels in more quantitative terms and whose implementation depends on available resources and appropriate needs.

Adequacy between the distribution of health system professionals, quality for health care offers, services (health system standards), needs and expectations expressed by the populations

Health standards quantitatively define modalities for human resources allocation within health districts in accordance with minimum packages and complementary activities. If situations are generally optimised by national health authorities, they will be conditioned by country capacities not only for human resources, but also for their management.

It is necessary to question not only the qualitative adequacy of health standards towards the needs expressed by populations, but also their quantitative adequacy according to available human resources in the sector. If standards are not adjusted to this reality, then it would be preferable to refer to more specific health references rather separate from real conditions of health care practice.

To favour these adequacies, complementary mechanisms should be considered like the development of professionals' skills-based profiles of the management. These mechanisms can in return validate or revise health standards.

Human resource management adequacy in health system versus health standards

Concretely, the question of the adequacy of qualitative and quantitative health standards with human resource management operates the passage of their definition according to an ideal situation with that of their definition as reflection of the national, provincial, regional, health district capacity according to the considered degree of decentralization.

This approach, first testing of field-based realities, requires a detailed inventory of human resources in health system. This thorough knowledge should be a priority in central Africa. Failing this it is difficult to set planning for human resource management. In certain situations, the setting-up of a Medical

Association and Nurses Council will improve this knowledge and with it the adequacy required, since one of the first work of these organizations is its manpower census.

It is only from these records that progress can be made in terms of objectives, operations and health structures performances, in particular in terms of articulations between educational and health fields regarding the staff management (diplomas, ethical issues).

Adequacy between Human Resource Management in the field of education / teaching / training and the needs expressed by health and education sectors

The planning of health sectors often considers exclusively its work in terms of management concerning its own human resources without any perspectives of coordination regarding human resource management in health and education system. This coordination however appears necessary insofar as the health and education sectors provide their contribution to the improvement of health care and services quality.

The adequacy between staff managements concerned with health and education remains essential indeed. It relates to learning modalities to reach the qualitative objectives for training and health care recommended by health standards. Thus a learning/teaching ratio in liaison with the teaching mechanism of the initial education should be referred to the existing resources in the field of education in order to adapt teaching structures to the real possibilities of the country and to consider the close links between trainings and health care quality regarding the staff management.

Initial and on-going trainings adequacy versus realities of the expected tasks and implemented by different categories of health system professionals within the health system organization

For a category of health professionals, the adequacy raises the issue of similarity of technical and professional education of the associated or technical level of education. This priority by category of actions is justified by the strong implication of these nursing personnel within the primary health care where they are in charge in certain contexts of more than 85% of the health care offer and services. Vis-à-vis to their important role in care practices, methodology in educational engineering defines a rather high and full profile of skills, that is to say, at the same time general practicioning and technical.

The training adequacy to the implemented tasks for a category of health professionals,

underlines the importance of health district as a body belonging to a coherent organization, as a first level of achievement within the field-based Human Resource Management, their inter-articulations, in particular according to categories of training and/or vocational identities which constitute the diversity of a health system.

The relocation of these adequacies by and between professional categories in the global vision of changes for the improvement of care and the effectiveness of health systems prevents professional conflicts of identities while supporting the inter-sectorial approaches. The on-the-job training should be finally adjusted with the realities on the field. The difficulty is then the planning of trainings, which has to be coherent between different professionals, and be integrated in the action plans of the health districts. The on-going training is part of vertical management programs with basic skills required by different health system professionals. The difference between the needs for care and professionals' skills are probably due to the belief by the teachers of a spontaneous transfer of knowledge in situations.

Adequacy of initial and on-going trainings' intentions versus teaching programs in health sciences for the trainers (teachers/supervisors/health professionals / Heads of establishments...)

In practice, one notes a lack of on-going training for teachers in many vertical programs. An aggravation of the dichotomy, established from the beginning by the inadequacy of teaching programs in health sciences, is proven by on-the-job trainings. It can be a question as well of updating vertical programs as actualising them on the concepts of primary health care and organization of health system.

Improving programs assumes reinforcing links between training objectives for future health-system professionals and teaching mechanisms in classroom as well as in the field of operation. Assessments and training plans for various levels of trainers are preconditions to any modification of program.

Beyond individual investments in training future health-system professionals, the systemic approach of actors opens a way towards an overall perspective of places and levels for trainings: from the hospital to the community, through health centres and the numerous administrative bodies. The sustainability of a teaching innovation necessitates some knowledge of adequacies by the team of trainers who ensure the follow-

up and extension for changes adapted to the contexts of their achievement.

Discussion

An overall vision remains essential for a qualitative improvement of the health care and services' system. A participative and representative process of the diversity sectors at various levels of organization plays a role in better adequacies considered not only in their specificity but also in comparing the ones to the others between and within micro, meso and macro levels (19). Among those actors at three organizational levels (Health - Education/Planning - Human Resource Management), the question is the supporting of a common vision for change. This common horizon should come with change and even precede it. It is necessary that decision-makers and health experts from various adequacies share a same objective for change beyond specific modalities of its establishment depending on categories of actors and their level of intervention within the health system. For the decision-makers, it is a question of validating health standards for planning and programs in the contexts and conditions of their implementation. For the experts, it is a question of implementing more these planning and programs standards as effectively as possible. These are carried out and observed during trainings, practices and recourse to health care. The experts take part in the development of health-system standards while the decision-makers integrate practical field-based knowledge in the modalities for change. Beyond field-based surveys included in its construction, the model is carrying a vision for change of the health system in all its dimensions and likely to be adopted by all the actors who share the standards and participate to its dynamic. Admittedly, in the programs presented, the attention focuses on actors at the peripheral level, nurses and health-system professionals, who are in daily contact with the health care demand and offer. However, these actors are also apprehended by their registration, their articulations with the selections, and inclusive standards of the health care system.

It is less a question of identifying a presumably adequate level of improvement relating to health systems similar to what seems to be limited to health district, than to release an overall and contextualized perspective of requirements and stakes regarding this improvement. By not taking into account the human resource management from its economist or technicist dimensions, the approach by its adequacy levels within the

health systems does not take for an operational level, or even of privileged observation. The adequacies are included within the interactions between the different spatio-temporal levels of health-system organization in sub-Saharan Africa.

These spacio-temporal articulations, especially between daily and localized health practices and higher levels of development of health-system standards as educational for the organization of health care systems and their personnel, were already explored in Africa in particular by health-system anthropologists and sociologists (16). Along with these works and the operational dimension given to the research, the identification and improvement of adequacy levels and modalities for human resource management adopt a framework of analysis dimension or level of operation. Being of multi inter-sectorial levels, this flexible model is distinguished from approaches focused on "robustness" of health districts to propose dynamic research/actions. It is no more a question of proceeding by fragmentation, neither by (de)limiting fields of operation and thinking field level in health districts, nor by artificial distinction of fields for human resource management (educational, technical, economic, sociological, political dimensions...). The framework of analysis is not a conceptual abstract tool or "self-sufficient" recommending to improve health care structures. The health district remains an essential framework because it is a localized territory and a tool of implementation for the health system. It is in the heart of relations between actors, their aspirations and health organization, especially training for staff. The stakes for a greater effectiveness of health systems in Africa are located inside these interrelationships and their adjustments. The setting of adequacy is not conformed to modalities of implementation based on transfer of models and health standards developed international and national levels. For the development of health systems, the adequacy requires the advisory and participative approaches of all related actors at various space and time scales. The levels of decision, operation, development or evaluation are neither opposite nor juxtaposed between them. The level of health districts is, however, reinforced but not rigidified or isolated. It is approached not like a health system asset in sub-Saharan Africa but as a production space for health practices in permanent construction.

Conclusion

Health like education is frequently presented as "everybody's business" in the 21st century societies. However, these two

fields are often treated separately. The sub-Saharan African societies are representative of this dichotomy while, more than elsewhere, the poverty of the greatest population results in a poor adequacy and effectiveness between supply of care and its demand expressed by the populations. Improving primary health care by the improvement of human resource management focuses, less on questions of means, decreased since the 1980 decade within the framework of the States of sub-Saharan Africa, than on links between their modalities of management, training and planning (20). For years it was thought that human resources were only one aspect of dysfunctions of health districts, it is now evident that their modes of organization, in their technical, economical, educational, political, and sociological dimensions are the levers of real changes (21). The merit for the framework of analysis proposed is to make available to various actors an overall perspective of the system to facilitate the emergence of a common vision for a more effective, socially and politically more coherent model. It recalls that behaviours of the actors, at the origin of the majority of health system dysfunctions are determined by factors amongst others educational, which are not only environmental or institutional. To act on human resources is therefore, to act on health system as a whole and thus to consider a real and sustainable impact.

Acknowledgements

We thank all of the teachers of the medical technical institutes of Kinshasa who participated in the development of this research framework.

References

1. Hours B. *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan ed., 1985.
2. Arnold D. *Medicine and colonialism*. Bynum WF., Porter R., eds., *Companion Encyclopedia of the History of medicine*, London/New York, Routledge, pp. 1393-1416., 1994.
3. Gruenais ME. *Communauté et Etats dans les systèmes de santé en Afrique*, In Hours B., dir., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001.
4. World Bank. *Better Health in Africa*, Washington DONC, The World Bank, 1994.
5. Jaffre Y., Prual A. Le « corps des sages-femmes » entre identités professionnelles et sociales, *Sciences Sociales et Santé*, 1993 ; 2: 63-80.
6. Gazier B. *Les stratégies des ressources humaines*, Paris, La Découverte – Syros, 1993.
7. Aiach P., Fassin D., dir., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 1994.
8. Jaffre Y., Olivier de Sardan JP., *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, 2003.
9. Metboul M., *Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, L'Harmattan, 1994
10. Ciardi P., Poloni A., Kinda F. *Qualitative Survey of Utilisation of health Services, Participation and Health needs in Burkina Faso's rural Communities. Final Report*, World Bank, 1993.
11. Gobatto I. *Les médecins acteurs dans les systèmes de santé. Une étude de cas au Burkina Faso*, In : Hours B., dir., 2001, *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001.
12. Grosdos D., *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, Karthala – UCL, 2004.
13. Roegiers, X. *Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. Paris-Bruelles : De Boeck Université, 2000.
14. De Ketele JM., Chastrette M., Cros D., Mettelin P., Thomas J. *Guide du formateur*. Ed. De Boeck Université. Belgium 2001.
15. Reval J. *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, le Seuil, 1996.
16. Gobatto I., *Les Pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala, 2003.
17. Falola T., Ityavyar D. *The political economy of Health in Africa*, Athens, Ohio University, 1992.
18. Fassin D. L'Internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme, *Esprit*, 1997 ; 229: 83-105.
19. 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.
20. Gonzalez-Block MA. Health policy and systems research agendas in developing countries. *Health Research Policy and Systems* 2004, 2:6.
21. Bonami M., Garant M. Systèmes scolaires et pilotage de l'innovation. Emergence et implantation du changement. Paris, Ed. De Boeck, 243p, 1996.

Ce court extrait de Bériot nous rappelle la nécessaire vision globale qui, plus que la vision systémique d'un objet particulier, nous ramène à notre objectif général que nous nommons parfois finalité. C'est toute la question du sens qui est ainsi posée.

« L'observation du comportement des sous-systèmes à travers les actions qu'ils entreprennent et les objectifs qu'ils atteignent révèle parfois des finalités différentes de celles de leur systèmes. Ils ont tendance à suivre le courant de leur propre raison d'être, ce qui peut entraîner des divergences profondes. Il importe donc de fixer à chaque sous-système des objectifs pour qu'il puisse mobiliser son énergie dans le sens commun, de manière à concourir au projet global » (citation extraite de l'article d'Achille Weinberg : l'approche systémique des organisations (Sciences Humaines-N° 20 Août/Septembre 1992)).

C'est ainsi que nous passons de la question du sens à celles de la cohérence et de l' « utilité systémique » qui sont présentées dans l'article qui suit.

2.3. PRÉSENTATION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA MISE EN ŒUVRE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE PROJETS OU PROGRAMMES EN FORMATION ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ (ARTICLE 11)

Soumis pour publication

Florence Parent¹⁻² ; Audrey Fromageot³ ; Yves Coppieters¹⁻² ; Roger Baulana⁴ ; Dominique Lemenu⁵ ; Gérard Kahombo²⁻⁴ ; Colette Lejeune⁵ ; Alain Levêque¹ ; De Ketele Jean-Marie⁶ ; Danielle Piette¹

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

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

³ UMR PRODIG, Paris, France.

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

⁵ Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Bruxelles, Belgique

⁶ Département d'Education, Université Catholique de Louvain (UCL), Belgique

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

La crise des ressources humaines en santé est de mieux en mieux documentée et il devient urgent de rechercher des pistes d'actions pertinentes afin d'améliorer la situation. Le choix des interventions est d'autant plus difficile qu'il manque des données à plusieurs niveaux, notamment sur les actions efficaces et sur l'analyse de celles qui ne le sont pas. La complexité de la problématique qui confronte des champs aussi divers que ceux de la santé, de la planification et de la formation peut amener à considérer avec fatalisme la situation mondiale de la mobilité des ressources humaines en santé comme à l'origine de déstabilisation majeure, englobant toutes les autres causalités. Cet article se centre sur la nécessité de développer une vision cohérente de la gestion des ressources humaines en santé dans leur contexte et à leur niveau d'intervention. Le fil conducteur est celui de l'adéquation des ressources humaines en santé dans un espace temps en constante transformation. Le souci de cohérence devrait permettre des transferts sur d'autres thématiques sanitaires, en particulier en promotion de la santé, permettant ainsi de valider le modèle proposé.

Le concept "d'utilité systémique" qui est développé favorise une projection de l'action dans sa problématique la plus large possible même s'il ne s'agit pas toujours d'agir, dans le cadre des ressources humaines en santé, de manière systémique. L'article présente également un niveau de cohérence dont il est important de tenir compte dans la mesure où les dichotomies internes à tout système ne favorisent pas l'efficacité, voire sont contre productives. Il s'agit du choix du paradigme.

Mots clés : *Formation; gestion par la formation des ressources humaines en santé ; qualité des soins et des services ; cohérence; adéquation; approche par compétences; pédagogies actives ; promotion de la santé*

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Les questions de la qualité des soins et des services ainsi que des compétences des professionnels de santé dans les contextes du sud commencent à être bien documentées. La crise des ressources humaines en santé s'impose avec de plus en plus d'évidence (1) comme en témoignent les indicateurs d'utilisation des services de soins de santé primaires dont notamment une faible acceptabilité des soins et des services de première ligne ou de référence. On sait par ailleurs qu'il existe de nombreuses formations continues pour les professionnels de santé, surtout à travers les programmes verticaux. Ces formations n'ont pas encore fait preuve de beaucoup d'efficacité. L'intérêt peu marqué des professionnels de santé pour la formation initiale interroge également la formation comme outil de gestion des ressources humaines en santé. Parmi les données manquantes, on observe peu d'études sur le coût efficacité des interventions sur les ressources humaines en santé. Quand il s'agit de formation c'est l'activité qui est considérée et non sa pertinence. Si certaines initiatives émergent actuellement (2-3), il faut rester prudent. En effet, dans la mesure où ce sont surtout des programmes verticaux qui « entrent à l'école », il est nécessaire d'analyser la situation. Les institutions de formations médicales et paramédicales, tout autant que le système de santé, nécessitent une vision globale et intégrée de leur futur patient. Ce point mérite d'être souligné car plus que jamais, les questions telles que celle de savoir-faire face à la prise en charge des problématiques relatives aux VIH/ SIDA, ne sont plus tant dans l'accès aux traitements que dans la mise en place des programmes d'interventions (4). Or cette implantation dépend pour beaucoup des capacités des ressources humaines en santé (5). Il semble qu'une nouvelle problématique organisationnelle en santé émerge. En effet, tant que le système de santé ne met pas en place une approche intégrée de la gestion de ses ressources

humaines, y compris une pédagogie de l'intégration (6), les programmes verticaux risquent de conduire à une désintégration des systèmes de formation et d'éducation de ces professionnels de santé.

Cet article a comme objectifs principaux :

i) de présenter un modèle de référence pour la cohérence des actions dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé ; ii) d'analyser les fondements qui ont permis de construire cette modélisation. L'objectif complémentaire est de mieux cerner un niveau technique de cohérence qui est celui de la formation dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé.

La problématique est étroitement liée à celle de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services. D'une part, il est question de ressources humaines compétentes et, d'autre part, de ressources humaines accessibles, donc correctement distribuées. D'emblée, on est confronté à la complexité de la problématique qui fait autant appel aux approches qualitatives, les compétences, que quantitatives, la planification et la distribution des professionnels. La complexité est plus grande encore dans la mesure où l'approche systémique, qui sera retenue, amène à prendre en considération conjointement la gestion des ressources humaines en santé mais aussi en éducation et formation. Cette manière d'aborder la gestion des ressources humaines en santé permet de creuser la complexité de la réalité et le besoin de développer des outils et méthodes permettant son abord et sa gestion (7-8).

Le premier objectif présente un cadre de référence pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation favorable au développement d'une vision macroscopique nécessaire à toute action dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé. Cet objectif est d'autant plus pertinent qu'on sait le nombre important d'activités, surtout de formation, qui démarrent sans

analyse de situation globale. Le fil conducteur de l'article est la recherche de cohérence, à la fois dans l'analyse et dans l'intervention. Certains préalables sont inhérents au processus de réflexion dans lequel cette modélisation trouve sa place. Il s'agit, d'une part, de l'approche par compétences et, d'autre part, de l'approche systémique des problématiques. Le second objectif est de participer à la documentation du processus de réflexion qui a amené à cette intégration conceptuelle. L'analyse des possibilités de transferts des modèles entre les mondes de la formation, de la planification et de la promotion de la santé favorise la vision macroscopique des politiques de santé. Enfin, le troisième objectif cible plus particulièrement l'entrée par la formation pour la gestion des ressources humaines en santé et devrait permettre, en terme de recherche de cohérence pour un niveau donné, de cerner l'intérêt de la méthodologie de l'approche par compétences dans les formations professionnalisantes (9). Si l'article propose un cadre de référence systémique pour la gestion des ressources humaines en santé, c'est l'entrée par la formation qui est ici privilégiée.

FONDEMENTS DE LA RECHERCHE

Les fondements de cette recherche se basent sur d'une part, des terrains d'actions et d'autre part, sur la maîtrise de modèles et méthodes en formation et en planification.

Les terrains de recherches actions

Trois terrains de recherche servent de référence. Il s'agit de la réforme de l'enseignement en sciences de santé, section infirmière, en République Démocratique du Congo (RDC) (10) ; la réforme de l'enseignement infirmier et sage femme au Rwanda et le renforcement de la formation continue des agents de santé, médecins chefs de district et infirmiers chefs de poste de santé, dans la région médicale de Diourbel au Sénégal. Les comparaisons avec

divers autres contextes, notamment en Europe ont également été réalisées.

Concepts et modèles fondateurs

La théorie de l'approche par compétences

L'approche par compétences se base elle-même sur le modèle socioconstructiviste qui fait référence aux modèles d'apprentissage (11). Selon Stordeur et les travaux d'auteurs en éducation et formation, il existe trois modèles d'apprentissage : le modèle de l'empreinte, le modèle du conditionnement et le modèle constructiviste interactif. Ce dernier courant s'appuie sur de nombreuses théories telles que les pédagogies de la découverte, de type incitatif et associatif (12). Parmi les idées clés qui sous tendent ce modèle (socioconstructiviste) figure le fait que le savoir se construit dans l'action (13-14), dans la confrontation cognitive pour soi et entre pairs (15), dans le « chercher, inventer créer » de De Vecchi (16).

L'approche par compétences intègre ces dimensions de construction du savoir à travers un processus d'élaboration rigoureux des dispositifs de formation et d'évaluation. Ces dispositifs sont, d'une part, les référentiels de compétences et de formation et, d'autre part, les dispositifs pédagogiques sur les terrains d'applications. L'approche par compétences consiste à former à des « savoir agir » correspondant aux activités requises par les différentes situations rencontrées. Il existe plusieurs types d'approche par compétences. Notre référence pour les terrains de recherche a été celle de Xavier Roegiers, adaptée au secteur des professionnels de la santé. Elle consiste en une pédagogie de l'intégration (6). En effet l'approche double, par les compétences et par les familles de situations concrètes rencontrées par les professionnels de terrain (17-18) permet de répondre à la question de l'intégration des apprentissages relatifs aux soins de santé primaires, inclus les programmes verticaux ou spécialisés.

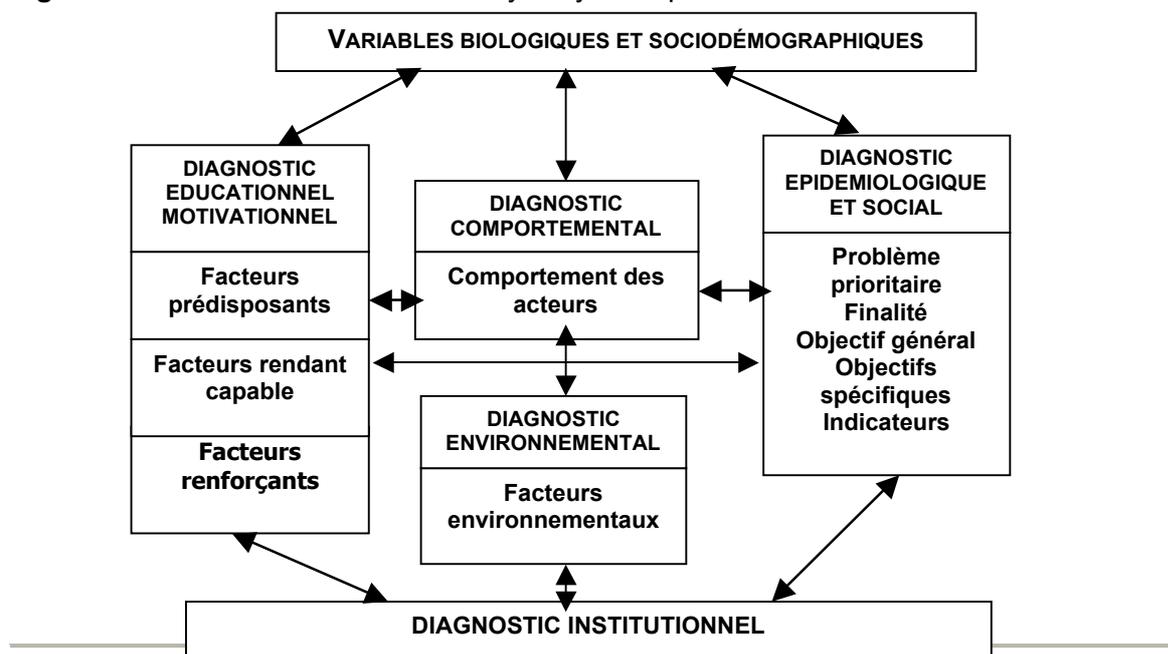
L'approche systémique des problématiques : le modèle de Green et Kreuter

Ce modèle émane du monde de la promotion de la santé (19). Il est conçu selon un cadre d'analyse écologique des problématiques en santé. Le modèle de Green se présente sous la forme de deux modèles complémentaires, le diagnostic et l'évaluation « PRECEDE » (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation) et la programmation « PROCEED » (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development). La méthodologie d'application de cette approche est documentée dans d'autres articles (3) et ne sera donc pas reprise en détail dans celui-ci. C'est l'adaptation de la méthode d'une part à une planification de l'intégration incluant jusqu'aux processus et ses acteurs et d'autre part à l'enseignement et à la formation qui est analysée ici. Il importe de préciser qu'une approche systémique d'une problématique particulière ne signifie pas une approche globale d'un système. Il s'agit bien d'entrer par la problématique, tel qu'un algorithme en santé où la voie d'entrée est la plainte et ensuite d'analyser l'ensemble des déterminants en relation avec cette problématique. La vision globale se structure donc autrement. Les

problématiques ciblées peuvent être d'un niveau très variable. Depuis des situations de problèmes micro, telle que la gestion d'un centre de ressources documentaires, à des situations méso, représentées par l'adéquation des formations aux besoins des populations, et à des situations macro, comme le manque de compétences des professionnels de santé et leur mauvaise distribution ou encore plus largement, le manque de qualité des soins et des services associés à leur faible accessibilité. Dans tous les cas, il s'agit de savoir à quel niveau l'analyse est nécessaire pour répondre à un problème particulier. Le gain systémique est la cohérence des éléments (problèmes, sous problèmes, acteurs, comportements d'acteurs) en provenance de systèmes distincts mais interdépendants afin de répondre à une problématique. Pour revenir au transfert sur l'exemple de l'algorithme en santé, la vision systémique est d'envisager, face à une plainte, non pas un organe de manière globale, mais les relations entre les organes et avec les autres systèmes qui entourent le patient, sa famille, son environnement professionnel, etc. L'analyse systémique permet de reconnaître chaque élément de manière la plus exhaustive, pour ensuite mieux les relier.

La figure 1 présente le modèle PRECEDE avec ses différents diagnostics.

Figure 1. Présentation du cadre d'analyse systémique suivant Green et Kreuter



De cette manière, une analyse cohérente des comportements et de leurs déterminants aboutit à un système, cohérent lui aussi, d'objectifs opérationnels et d'activités. Il s'agit alors du modèle PROCEED (20).

RÉSULTATS ET DISCUSSION

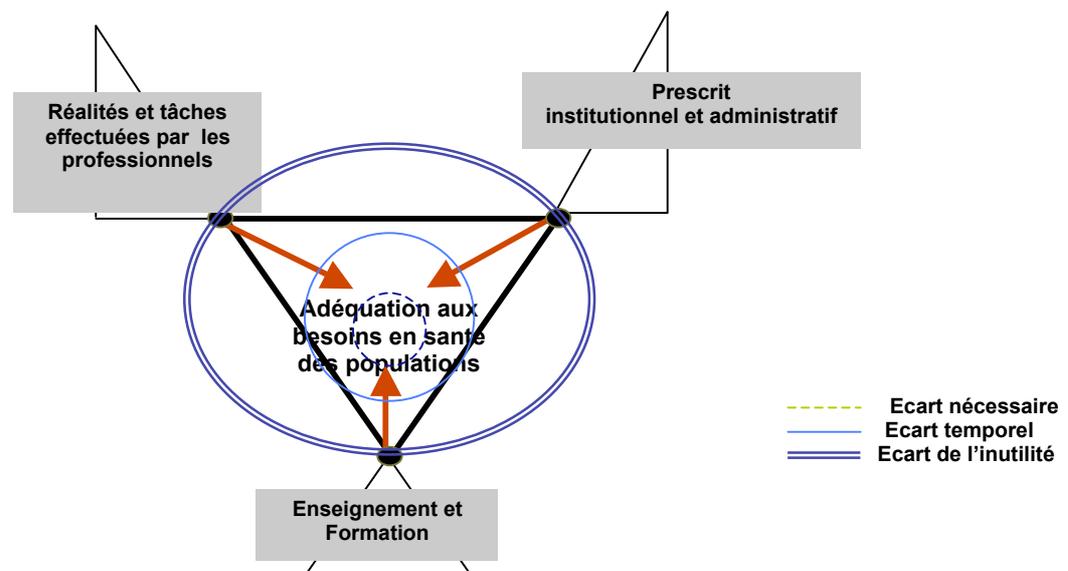
Les résultats de cette recherche se retrouvent dans la présentation ci-dessous du modèle du triangle d'adéquation, modèle émergent des terrains et processus décrits ci-dessus. Les résultats s'accompagnent de la présentation des acquis obtenus par la juxtaposition des trois modèles : le triangle d'adéquation, l'approche par compétences et l'approche

systémique de Green et Kreuter appliqués au monde de l'enseignement et de la formation. Les résultats sont présentés d'abord sous une forme théorique et ensuite de manière pratique, celle d'applications de terrains permettant d'envisager le transfert du processus dans des mises en situations concrètes.

Présentation du modèle du triangle d'adéquation

Afin de faciliter son appropriation, il est proposé de présenter le modèle sous différentes formes en fonction du message principal qui y est donné. Néanmoins il ne s'agit que d'un seul et même modèle.

Figure 2. Le triangle d'adéquation et l'analyse de l'écart



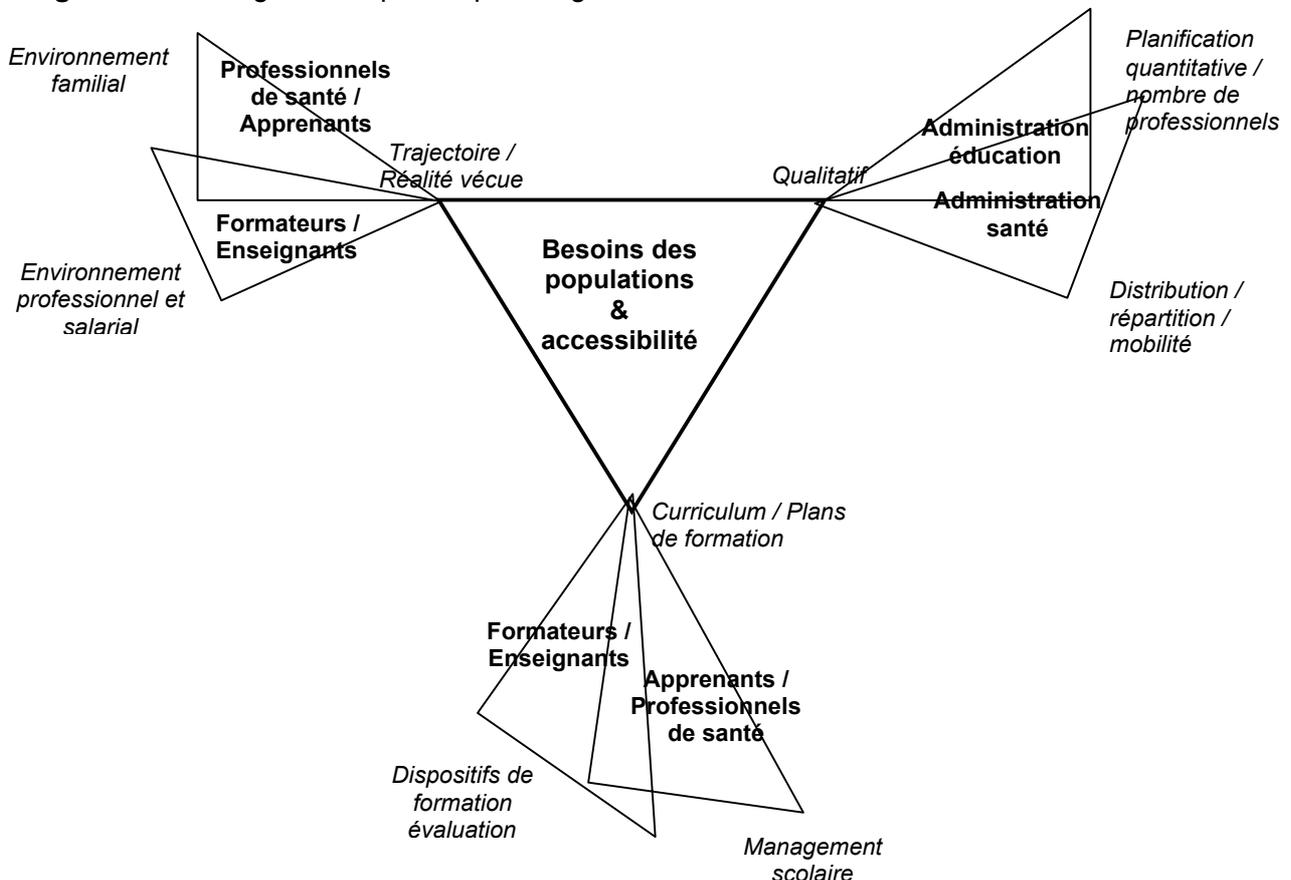
Sur la figure 2, le modèle se présente sous la forme d'un grand triangle et de trois triangles plus petits en périphérie. Le triangle principal entoure un élément central intitulé : « besoins et accessibilité de l'offre en santé des populations ». Le fil d'Ariane est dans la finalité de cette recherche d'adéquation, celle perçue et réelle des besoins de santé des communautés. Aux trois angles du triangle principal on trouve les éléments suivants :

la formation, le prescrit institutionnel et administratif, la réalité vécue des professionnels et leur environnement. Trois cercles de grandeur différente permettent de conceptualiser la réalité en terme d'adéquation macroscopique du système. Le cercle le plus grand témoigne de la situation où les écarts sont tellement importants entre la formation, les normes et la réalité, qu'on peut facilement énoncer l'hypothèse d'actions et d'interventions

vraisemblablement peu utiles et non renforçantes, voir contre productives. Ce cercle prend le nom « écart de l'inutilité ». Un second cercle, plus petit et plus proche de la finalité recherchée, reflète un autre niveau d'écart, celui de la temporalité. Il s'agit de la mise en processus de mécanismes d'adéquation entre les trois angles du triangle principal, tout en admettant les mouvements dans le temps et l'espace (variations politiques par exemple) qui ne permettent jamais un écart idéal, qui serait l'écart zéro ou celui d'une situation utopique. Ce cercle prend le nom : « écart temporel ». Puisqu'il ne s'agit pas d'élaborer un modèle impossible mais bien un modèle qui reflète la complexité de la réalité, le dernier cercle donne les limites de l'adéquation en prenant le nom : « écart nécessaire ». A partir de cette première vision de l'équilibre à rechercher entre ces trois pôles que sont la formation, l'environnement des professionnels et le secteur administratif, il est possible de décoder un peu plus les liens entre ces

éléments dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé. La progression à partir d'une première étape peu contextualisée, permet d'envisager des transferts de ce cadre de référence à toute analyse des relations entre planifications centrales (administratives et politiques), offre de services, professionnels de terrain et communautés ou bénéficiaires. On reviendra ci-dessous sur le transfert du modèle dans le champ particulier de la promotion de la santé. Dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé, un premier niveau de complexité est la juxtaposition de deux systèmes : le système de santé et le système d'éducation et de formation. Avant de décrire chaque triangle périphérique, il est nécessaire de clarifier les liens entre ces deux systèmes. De cette façon, nous serons à même d'élucider la question des doubles triangles qui se situent en périphérie du triangle principal comme nous l'observons sur la figure 3.

Figure 3. Le triangle d'adéquation pour la gestion des ressources humaines en santé



Remarquons que, dans cette figure, les réalités administratives et de gestion ne sont pas suffisamment développées et peuvent faire l'objet d'une analyse complémentaire ultérieure. En effet, la figure trois ne fait pas apparaître les acteurs administratifs à chacun des pôles. C'est une des limites du modèle.

Dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé, il est peu probable qu'on puisse faire l'économie d'une approche qualitative par la formation et le développement des compétences des professionnels de santé. L'approche purement quantitative est confrontée d'emblée à des critères qualitatifs de sélection, de distribution ou de planification qui nécessitent eux-mêmes d'être en cohérence avec ce qu'ils reflètent. Par exemple, on ne peut envisager la fermeture de structures de formation dans un plan de rationalisation des ressources humaines en santé sans tenir compte de critères qualitatifs proches de la mise en œuvre et de la gestion, par la formation, des ressources humaines en santé. Un continuum devrait se construire.

Si on accepte comme un des fondements du modèle, la nécessaire juxtaposition d'une approche en formation, complémentaire à celle en planification, un premier niveau de complexité apparaît. Pour chaque angle du triangle principal, il faut considérer la situation dans la sphère de la santé et dans celle de l'éducation et de la formation. C'est ainsi qu'on ne pourra priver la réalité de la gestion des ressources humaines en santé d'un double niveau d'analyse : un premier en santé et un second en formation. A chaque angle, il faudra se questionner sur l'adéquation systémique des ressources humaines en santé et sur celles, pour une même problématique ou mise en situation, en éducation et formation.

Un second niveau de complexité provient de la nécessité d'analyser chacun des triangles périphériques dans leur niveau de cohérence propre. C'est ainsi qu'à un premier niveau de cohérence que l'on peut appeler « externe » (celui des trois

écarts : « écart de l'inutilité » ; « écart temporel » et « écart nécessaire »), s'ajoute un second qui peut être appelé « interne ». La cohérence externe fait donc référence aux trois pôles du triangle principal dont les trois cercles reflètent le degré de rapprochement. La cohérence interne reflète celle au niveau de chaque pôle et pour chaque système, celui de la santé ou celui de l'éducation et de la formation. On observe ainsi, sur la figure 3, trois fois deux niveaux de cohérence décrits ci-dessous.

Triangle inférieur pour les professionnels et futurs professionnels de santé : *triangle de cohérence interne pour la formation des apprenants et des professionnels de santé*

Un des deux triangles inférieurs de la figure 3 présente à chaque angle : les curriculums et plans de formation, les méthodes ou dispositifs pédagogiques et l'organisationnel ou management scolaire. Au centre se trouve l'apprenant, qui est soit un élève dans la situation de l'enseignement initial, soit un professionnel de santé dans la situation de formation en cours d'emploi. Peu de projets en formation s'intéressent à cette adéquation entre les contenus et les méthodes d'une part, et entre les changements liés aux nouveaux apprentissages et aux aspects l'organisationnels d'autre part. On se trouve ici au niveau de la classe, des lieux de stages et des terrains d'applications. A partir du moment où les objectifs d'apprentissage s'apparentent réellement aux développements de compétences, il est peu envisageable d'ignorer les méthodes d'apprentissages. L'observation du transfert des compétences en situations professionnelles réelles (triangle en haut à gauche de la figure 2 et 3) ne pourra se faire qu'en développant la capacité de transfert de la part des apprenants eux-mêmes. Il s'agit d'un exercice pédagogique très particulier pour arriver à une cohérence forte entre les dispositifs d'apprentissage et le développement des compétences selon les objectifs des curriculums. L'approche par compétences rencontre cette

adéquation par un travail en ingénierie pédagogique qui consiste notamment en une traduction des référentiels de fonctions et de métiers (tâches réellement effectuées par les professionnels de santé et/ou celles recensées dans les normes sanitaires) en référentiel de compétences. Le référentiel de compétences, qui présente les compétences clés, les paliers de compétences, les critères et les familles de situations intégratrices (21), est ensuite traduit en un référentiel de formation (22) dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé. Ce référentiel de formation présente les contenus, planning et dispositifs organisationnels et d'évaluation. Il sera en continuum avec les pratiques pédagogiques. Dans le cadre de la formation en cours d'emploi des professionnels de santé, il s'agira notamment d'établir des bilans de compétences et des plans de formation.

Triangle inférieur pour les formateurs : *triangle de cohérence interne pour la formation des formateurs et enseignants*

Les angles de ce triangle sont très similaires au triangle précédent mais pour un public différent, celui des formateurs et/ou enseignants. Il importe de souligner dans un modèle d'analyse de la cohérence, la nécessité d'impliquer au premier plan les enseignants. Il paraît peu réaliste de voir émerger un changement dans l'apprentissage s'il n'y a pas un changement dans les pratiques d'enseignement et de formation. Tout comme pour la formation des professionnels de santé, une cohérence entre les contenus, les méthodes et l'organisationnel devrait se mettre en place.

Il importe de souligner que la cohérence entre les deux triangles inférieurs provient d'une juxtaposition des objectifs de formation des professionnels de santé avec les capacités de répondre aux intentions de formation par les formateurs. Autrement dit, le profil de compétences

des formateurs devrait être adéquat au profil de compétences attendues des professionnels de santé.

Triangle supérieur gauche pour les professionnels et futurs professionnels de santé : *triangle de cohérence interne concernant l'environnement des professionnels de santé et des apprenants*

L'environnement des professionnels de santé tient compte autant de leur milieu professionnel que familial et social. Les tâches réellement effectuées sur le terrain seront en grande partie déterminées par des contraintes environnementales, qu'il s'agisse des ressources propres aux professionnels de santé ou de celles de la structure de santé où ils œuvrent. Néanmoins, le continuum avec l'adéquation plus globale permet d'insister sur les trajectoires individuelles et les ressources personnelles que chacun est amené à développer et mobiliser en situation. Si les formations reçues se sont orientées sur la capacité de mobiliser ses ressources propres et celles de son environnement, une plus grande autonomie de l'individu dans son contexte peut s'opérer. Cette approche qualitative est à relativiser aux situations salariales et environnementales très variables dans les différents contextes. L'urgence étant aussi d'assurer une sécurité d'emploi et de salaires décents aux professionnels. Il est intéressant de noter à cet endroit l'intérêt de l'approche par compétences non seulement comme outil de formation mais aussi comme outil de gestion plus globale des ressources humaines.

De la même façon que les professionnels, les apprenants seront conditionnés dans leurs apprentissages par leur environnement.

Triangle supérieur gauche pour les formateurs: *triangle de cohérence interne concernant l'environnement des formateurs et enseignants*

De manière similaire aux professionnels de santé, il faut insister en premier lieu sur la problématique des salaires. Un autre aspect qui mérite une attention particulière est l'adéquation de l'environnement en termes de ressources didactiques et pédagogiques aux objectifs de formation. Il ne s'agit pas seulement d'accéder à des bâtiments salubres, mais aussi par exemple, d'assurer l'accessibilité pour les différents publics aux ressources documentaires pertinentes à l'approche pédagogique choisie. Le continuum avec le triangle inférieur est évident, d'autant plus quand il s'agit de parler de formation par l'approche par compétences. Les ressources documentaires ne doivent pas se centrer sur les contenus matières uniquement mais bien au contraire sur les démarches, méthodes et outils favorables à des changements de pratiques enseignantes et apprenantes. La bibliothèque ne se focalisera d'ailleurs pas exclusivement sur les apprenants et professionnels de santé, mais tout autant sur les enseignants, les directions d'école et les documentalistes eux-mêmes.

Triangle supérieur droit pour l'administration en santé : *triangle de cohérence interne des normes et prescrits institutionnels*

Le nombre insuffisant et la mauvaise distribution des professionnels de santé, de même que des profils de métiers peu cohérents aux réalités des terrains, font que la problématique des ressources humaines en santé devrait nécessairement faire intervenir les planificateurs et gestionnaires de données. Les contextes sont fort variables en ce qui concerne le nombre et la distribution des personnels de santé et l'approche quantitative, plus encore que l'approche qualitative, devrait chaque fois être remise dans son contexte et à son niveau d'intervention. En terme quantitatif,

deux des trois angles de ce triangle font intervenir la question du nombre absolu et celle de la mobilité et de la distribution du personnel. La problématique du brain drain à un niveau national et international se situe ici (23, 24, 25). Il semble peu opérationnel de vouloir considérer un modèle plus macro, international, que celui proposé car le niveau systémique pertinent est celui d'une gestion nationale, régionale ou locale de la problématique des ressources humaines en santé. Les contraintes planétaires qui renforcent sérieusement les deux mécanismes de brain drain (interne et externe) sont à considérer dans ce triangle de cohérence interne, pour le niveau institutionnel et normatif (26, 27, 28, 29). C'est à ce niveau que les modalités de régulation prennent leur place. Les acteurs qui sont au centre de ces décisions sont les fonctionnaires et politiciens mais également les associations professionnelles. En effet, quand il s'agit de parler de normes sanitaires ou de référentiel de métier, il est aussi important de mettre en place des mécanismes de gestion de la qualité. Par exemple un conseil infirmier ou un ordre des médecins. Un recensement quantitatif mais aussi qualitatif des profils peut alors exister selon les ressources du pays. Le sommet de ce triangle de cohérence interne représente l'angle qualitatif en relation avec les normes sanitaires. Deux liens sont faits avec cet angle qualitatif dans cette modélisation.

Un premier avec le triangle principal permettant de se projeter sur la cohérence systémique globale. A titre d'exemple, si les normes sanitaires considèrent que ce n'est pas dans les tâches de l'infirmier de prescrire mais que la réalité du terrain montre le contraire, la question se pose de savoir à quel niveau se situe la discordance et comment la résoudre ? Faut-il assurer la présence de médecins dans chaque structure périphérique et quelle est la faisabilité à moyen terme de cette réponse. L'approche par compétences part de la réalité vécue et il s'agit de ne pas trop la déformer. Si par exemple dans les faits, les infirmiers

prescrivent et que cette situation est amenée à perdurer, alors le modèle, pour être efficace, devrait être mis en cohérence avec cette réalité du terrain. L'interaction dans le modèle est bien visible, quelle que soit l'entrée ou la question de cohérence analysée.

Le deuxième lien se fait avec le second triangle de cohérence interne sous jacent.

Triangle supérieur droit pour l'administration en éducation et formation : *triangle de cohérence interne des normes et prescrits institutionnels en éducation et formation*

La relation entre les deux triangles de cohérence interne est qualitative même si des décisions quantitatives suivent. La situation peut être rendue plus complexe quand il s'agit de différents ministères de tutelles pour la gestion des enseignants et pour celle des professionnels de santé. Un cadre juridique précisant les orientations politiques de l'enseignement ou de la formation et ses contraintes, sont à considérer dans toute planification d'une réforme dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé. La finalité est bien en santé mais la priorité se centre sur les éducateurs, les enseignants et les formateurs. De trop grandes incohérences à leur niveau entraînent des dysfonctionnements majeurs, et à terme l'affaiblissement des systèmes d'éducation en santé. Les ratios élèves/enseignants ou élèves/écoles, indicateurs importants de la qualité d'un enseignement, devraient faire l'objet de débats importants par exemple en relation à la participation financière des parents ou aux mécanismes d'octroi des subsides des structures de formation. Ces ratios sont en inter action directes avec des choix pédagogiques, eux mêmes en inter action avec la finalité en santé, celle de l'autonomie par exemple.

Avant de poursuivre plus loin la description de ce modèle, il est important de rappeler ici que ces niveaux de cohérence sont portés par une

problématique commune pour les deux systèmes. Cette problématique vise la recherche de l'adéquation des attitudes individuelles et des services aux besoins en santé des populations, dans un contexte donné.

Chaque angle de chaque triangle nécessite une mise en situation réelle afin de se projeter sur son impact systémique local ou global. Par ailleurs, l'analyse des « axes d'adéquation » serait une autre façon de présenter les relations entre variables et d'avoir une lecture différente des mêmes niveaux d'équilibres, par exemple : l'adéquation de l'axe « réalité – formation » avec l'axe « réalité-normes sanitaires », ou l'adéquation de l'axe « contenu-méthodes » pour les formateurs avec l'axe « environnement-tâches réellement effectuées » de ces mêmes enseignants. On pourrait aussi envisager d'analyser les adéquations de chacun des triangles entre eux.

La description du triangle d'adéquation bénéficie plus loin dans cet article d'une description d'applications de son utilisation dans des contextes de gestion et de formation des ressources humaines en santé. En effet, il est prévu de clarifier et d'analyser en premier lieu l'apport des concepts fondateurs qui ont amené à la construction de ce modèle.

L'APPORT DE L'APPROCHE PAR COMPETENCES

L'apport de l'approche par compétences et son fondement le socioconstructivisme, dans l'élaboration du triangle d'adéquation est triple :

- une capacité accrue de mettre en adéquation les formations avec les réalités vécues des professionnels de terrain car l'approche par compétences part de la réalité des professionnels de santé pour élaborer un cadre de référence. Le choix d'une réalité relative à une autre n'est pas banal, il s'agit en effet de partir d'un terrain d'application de bonne qualité mais faisable dans le contexte plus

global des ressources existantes. Dans cette vision de l'approche par compétences il importe de toujours revenir à la réalité vécue et de considérer que les normes et le prescrit s'y reflètent. On a pu voir précédemment les divers contextes d'applications de cette théorie relativement à l'utilisation du modèle du triangle d'adéquation.

- une approche centrée sur les apprentissages et du même coup sur les enseignements. Ainsi des modifications de l'apprentissage (relatif au paradigme du socioconstructivisme) ne peuvent se faire sans des modifications profondes des enseignements. C'est ainsi que la question de l'adéquation des ressources humaines en santé ne peut éviter le débat de la question des ressources humaines en éducation et formation des professionnels de la santé. On retrouve ainsi multiplié par deux chaque niveau de cohérence interne du modèle.
- un lien étroit avec les dispositifs de formation qui accompagnent le processus de mise en œuvre. La cohérence interne du triangle relatif à la formation fait apparaître cette relation entre contenu, objectifs, consignes, méthodes, organisation d'un enseignement ou d'une formation. En sachant que l'approche par compétences développe des capacités transversales et des compétences intégratrices basées sur la pro activité, l'autonomie, les échanges en réseau, les feedbacks ou encore les pratiques réflexives, le travail d'adéquation entre la réalité vécue et la formation en est facilité. En effet le manque de capacités à gérer des situations avec toutes les frustrations que cela amène aussi bien pour le patient (acceptabilité diminuée des systèmes de santé) que pour le professionnel de terrain (estime de soi, absentéisme (28)) est justement la pierre angulaire de l'approche par compétences.

On peut aussi signaler que l'approche par compétences s'accorde particulièrement bien avec l'approche systémique des problématiques de santé. Cette cohérence méthodologique est notée aussi bien sur le fond que sur la forme. Dans les deux cas de figure, il s'agit d'une vision globale des déterminants d'une problématique. Ensuite, pour les deux processus, on observe une même structuration des données ou problèmes permettant de faire ressortir le sens pédagogique ou celui de la planification. C'est ainsi qu'on aura tendance à parler pour l'approche par compétences d'une pédagogie de l'intégration (6) et pour l'approche systémique, d'une planification de l'intégration.

L'apport de l'approche systémique des problématiques : modélisation pour la planification

En considérant ce qui a été dit dans la partie méthodologie sur l'approche systémique, il est alors possible de s'éloigner de la logique du système de santé comme entité systémique, voir de la logique exclusive d'un système comme organisé sur lui-même. Il ne s'agit pas de réfuter les organisations et les systèmes, mais d'envisager une vision complémentaire, transversale des problématiques en santé et en formation. L'approche systémique d'un problème amène à analyser une réalité qui est celle où plusieurs systèmes et groupes d'acteurs de ces différents systèmes et sous systèmes se confrontent face à une problématique particulière. On peut considérer que l'approche systémique crée un nouveau système d'actions régulées face à une problématique commune. La problématique devient le dénominateur commun pour la mise en relation des acteurs dans le processus de changement envisagé afin de répondre à la problématique principale définie dans le premier diagnostic (figure 1). L'approche systémique permet de se centrer sur le problème tout en sachant que les

éléments de réponses sont complexes et nécessitent une vision globale. L'apport de l'approche systémique en lien avec l'élaboration et l'utilisation du modèle du triangle d'adéquation comme cadre de suivi et d'évaluation se situe à plusieurs endroits.

- L'analyse PRECEDE, à un niveau macro de la problématique des ressources humaines en santé qui inclut les compétences et la distribution des professionnels de santé et de la formation, a facilité la recherche d'exhaustivité, notamment en ce qui concerne les acteurs, pour l'élaboration du modèle du triangle d'adéquation (en rappelant les limites liées à un manque d'identification précise des acteurs administratifs/gestionnaires des ressources humaines).
- Cette vision systémique a également permis de cerner les trois grandes portes d'entrée de la problématique plus globale de la gestion des ressources humaines en santé qui se présentent sous la forme des trois pointes du triangle principal. Une entrée par la problématique de la formation et du manque de compétences des professionnels de santé et de la formation : il s'agit principalement du diagnostic éducatif ; une entrée par l'environnement personnel, professionnel et les trajectoires individuelles : il s'agit principalement du diagnostic environnemental ; une entrée par le prescrit et le normatif : il s'agit principalement du diagnostic institutionnel. Un continuum existe entre les diagnostics et les entrées qui sont toujours en interaction entre elles.
- L'approche systémique proposée, outre l'appui à la modélisation du triangle d'adéquation, permet d'assurer des actions et une évaluation en cohérence à la vision systémique prônée. D'une part il est possible d'établir des plans d'actions en cohérence, d'autre part il est nécessaire de cerner l'endroit ou

l'objet de l'évaluation, qu'il s'agisse d'un niveau micro (une production pédagogique), méso (chaque niveau de cohérence interne présenté dans le triangle d'adéquation sous la forme d'un des petits triangles) macro, à partir du moment où au moins deux angles du triangle principal sont concernés.

On considère que le triangle d'adéquation est limité par la problématique la plus générale qui est celle du manque de compétences des ressources humaines en santé et leur distribution inefficace. Il s'agit bien d'un modèle pour la gestion des ressources humaines en santé et non d'une analyse de la qualité des soins et des services et de leur accessibilité. Néanmoins, on rappellera le fil conducteur de départ qui est celui des besoins des populations en qualité et accessibilité aux soins et services (au centre du triangle d'adéquation).

Applications du modèle dans le cadre de la mise en œuvre, du suivi ou de l'évaluation de projets et de programmes en formation et gestion des ressources humaines en santé

Les questions choisies ci-dessous proviennent de questionnements fondamentaux sur le terrain d'application des réformes. Elles participent à la recherche de bonnes pratiques en gestion des compétences et ressources humaines en santé.

Des analyses variées se sont faites en partant du modèle du triangle d'adéquation. On prendra à titre d'exemples quelques applications significatives. Celles-ci partent des questions qui se sont posées dans des contextes précis.

Par où commencer la construction d'un référentiel de compétences ?

Selon le contexte, il a été plus ou moins possible de respecter la théorie de l'approche par compétences qui veut que les plans de formation soient cohérents en référence aux réalités du terrain. En

République Démocratique du Congo, le profil de compétences de l'infirmier a été travaillé en suivant de manière assez directe l'axe de recherche d'adéquation entre la réalité vécue des professionnels de santé et la formation. C'est ainsi qu'une récolte de données à partir des tâches et fonctions réelles des infirmiers au centre de santé, à l'hôpital et dans la communauté, a servi de base pour le travail sur la catégorisation des savoirs et l'élaboration du référentiel de compétences. Les normes sanitaires ont plus servi de référent pour la validation afin de vérifier l'exhaustivité des activités. Ainsi on peut considérer que l'écart entre le référentiel de formation (qui inclut le référentiel de compétences) et la réalité des infirmiers dans le cadre des soins de santé primaires en République Démocratique du Congo est faible. L'écart entre les normes sanitaires et la réalité a été également diminué, mais il reste un travail d'adéquation à faire entre la nouvelle cohérence dans l'axe « environnement - formation » et les normes surtout quantitatives. En effet, les normes qualitatives suivent avec notamment l'élaboration d'un cadre juridique en cohérence au nouveau programme.

Au Sénégal, dans le cadre de la formation continue, l'écart entre la réalité vécue des professionnels de santé était trop important relativement aux nouvelles normes sanitaires. Toutes les instances professionnelles ont admis que la réalité, loin d'être opérationnelle, devait être changée. Aucun terrain d'application ne peut être pris comme modèle idéal pour une récolte de données (par exemple par entretien d'explicitation) qui serait la seule porte d'entrée pour la construction des profils de compétences. C'est ainsi que le choix a été fait de partir prioritairement des nouvelles normes sanitaires où le profil de fonction est bien défini. Il s'agit dans ce cas de figure de « tirer » l'angle « réalité vécue » vers l'angle « normatif ». Une attention sera bien évidemment de ne pas mettre en place une approche par compétences « normative ou prescrite » mais de veiller à ce que l'écart entre la

réalité et le prescrit diminue et soit intégré de manière régulière dans la formation.

Un dernier exemple à titre de comparaison, est celui du Rwanda. Le contexte des multiples réformes institutionnelles (changement de ministère de tutelle pour l'enseignement infirmier ; rationalisation radicale du nombre des écoles ; suppression d'un niveau de formation) n'a pas permis de partir d'une récolte d'informations sur les terrains d'application. Ceci est notamment dû au fait que les référentiels de métiers ne sont toujours pas clairs pour le ministère de la santé. Afin de progresser dans la mise en place d'une approche par compétences, et déjà dans l'objectif de favoriser un enseignement et un apprentissage basés sur le développement de capacités et de compétences (30), l'élaboration des référentiels de compétences s'est basée sur la traduction des programmes en cours et des normes sanitaires certes déjà éculées en verbes d'actions et leur catégorisation selon la logique des savoirs.

L'utilisation au cours de ces ateliers, avec l'ensemble des participants, du triangle d'adéquation a permis d'analyser les équilibres d'adéquation qui peuvent se mettre en place grâce à l'entrée par la formation et plus particulièrement l'approche par compétences, les écarts inévitables et ceux pour lesquels il faudra progresser, plus ou moins de façon urgente, par d'autres portes d'entrées.

A quel moment faut-il tenir compte de l'entrée quantitative quand on est dans une approche qualitative ?

La réponse à cette question est également très variable selon les contextes. En République Démocratique du Congo où le nombre de structures scolaires est important (plus de 350), il est apparu que l'entrée qualitative était une bonne voie de rationalisation. Malgré l'absence actuelle de données sur le nombre exact d'écoles à maintenir, le lent processus de la gestion de la qualité a pu démarrer afin notamment d'analyser comment travailler la cohérence interne de

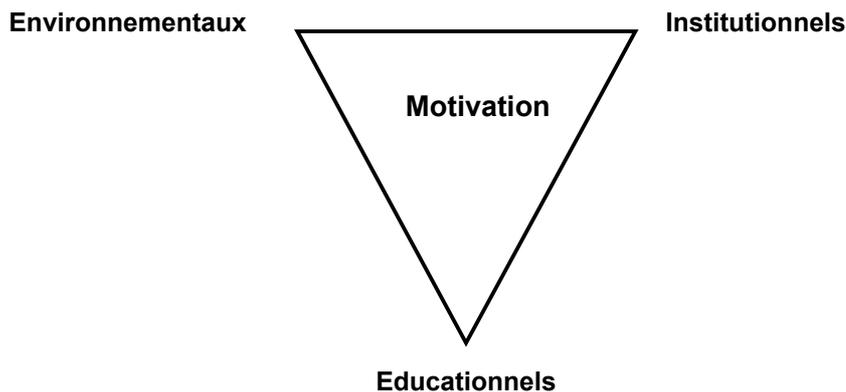
la planification des ressources humaines. Il importe en effet de tenir compte des critères qualitatifs dans le choix des écoles du programme de la réforme si on veut arriver à respecter l'adéquation systémique qui inclut la porte d'entrée par la formation et la gestion des compétences. Dans le contexte du Rwanda tout comme dans celui de la République Démocratique du Congo, la question de la distribution territoriale des professionnels de santé domine et ne remet pas suffisamment en cause la nécessité d'améliorer la formation et d'opter pour une approche qualitative. Ce qui importe c'est de vérifier dans quelle mesure il est possible d'intégrer dans les normes éducatives des profils de compétences des enseignants qui

rejoignent les objectifs de formation des programmes de cours. Il est également nécessaire de travailler les ratios enseignants et apprenants, enseignants et écoles de manière cohérente aux approches pédagogiques choisies. Les questions sont surtout d'ordre qualitatif et nécessitent principalement la mise en place de mécanismes de concertation entre tous les acteurs dans leur contexte.

Peut-on visualiser la complexité de la question de la motivation ?

Cette question est moins en relation avec une application pratique et plus avec un questionnement conceptuel. La figure ci-dessous clarifie déjà la position.

Figure 4. Les facteurs motivationnels



La question de la motivation rejoint celle de la pérennité et du développement durable. La manière dont la question est amenée par cette modélisation permet d'insister tout autant sur l'importance d'un environnement favorable, aussi bien pour les professionnels de la santé que de la formation, mais aussi sur l'importance de facteurs institutionnels liés à la motivation que sont les reconnaissances et les valorisations professionnelles, les plans de carrières, la mobilité liée aux performances et compétences, la mise en place de cadre juridique cohérent aux changements, etc. La motivation éducationnelle prend une place particulière dans l'approche par

compétences puisque le travail se fait au niveau des déterminants éducationnels ou motivationnels de l'apprentissage en se focalisant sur les capacités, les représentations et les réseaux, dont les réseaux d'excellence.

Où se situent l'évaluation et la validation d'une production pédagogique particulière ?

Nous terminons ces exemples d'applications pratiques par situer une étape de validation d'une production pédagogique dans chacun des contextes. En effet, qu'il s'agisse de la République Démocratique du Congo, du Rwanda, du

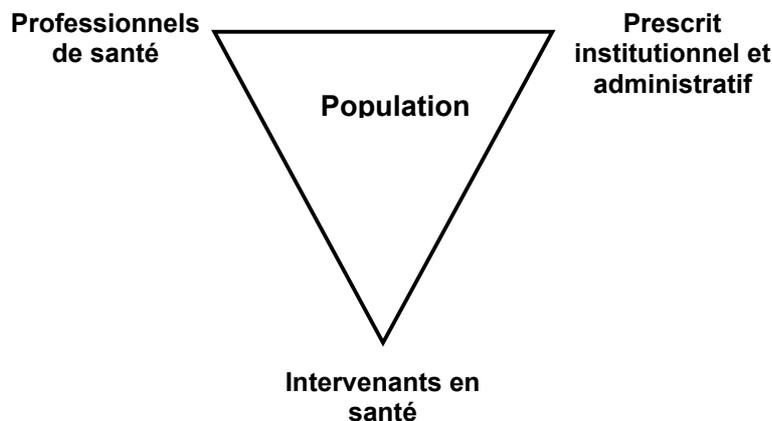
Sénégal voir de contextes belges, des temps d'évaluation des référentiels de compétences et de formations ont eu lieu. Quand on prend le triangle d'adéquation comme cadre de référence, il est possible de situer le niveau de l'évaluation représenté par le triangle de la cohérence interne pour la formation. Il est également possible de projeter cette évaluation sur ses finalités que sont les réalités des professionnels de santé et l'intégration des normes sanitaires. On a pu aussi, pour certains contextes, se questionner sur l'absence d'adéquation de ces programmes avec la formation des formateurs, représentée par le double triangle de cohérence interne pour ce niveau. Ce type de réflexion amène à considérer l'adéquation systémique et l'élargissement pertinent de l'action. Par exemple en République Démocratique du Congo, il est apparu depuis longtemps qu'il était nécessaire de s'intéresser en

cohérence à la formation des enseignants au niveau des écoles infirmières supérieures. Des contraintes de bailleurs de fonds n'ont pas encore permis d'entrer dans l'action. Ce dernier point amène à insister sur la recherche d'une vision commune du changement entre partenaires et bailleurs de fonds. La question des ressources humaines en santé étant tellement complexe et l'expertise qualitative relativement rare, il est probable que de nombreuses incohérences vont perdurer malgré les appuis renforcés sur base de l'évidence de la crise des ressources humaines en santé.

Transfert en Promotion de la santé

La figure 5 présente le même triangle d'adéquation transféré au monde de la santé publique et de la promotion de la santé.

Figure 5. Le transfert en promotion de la santé



Ce modèle en promotion de la santé met en exergue le besoin de cohérence qui devrait exister entre les trois pôles que sont l'administratif, les intervenants du secteur et les professionnels de la santé. Au centre, les besoins en santé des communautés restent le fil conducteur de l'adéquation finale pour toute démarche en santé publique.

DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

La formation et la gestion des ressources humaines en santé sont des problématiques complexes qui nécessitent des modèles d'analyse intégrant cette complexité et préservant une vision des systèmes et acteurs en interaction. Même si une action de formation ou de gestion des ressources humaines en santé se focalise sur un type d'intervention, il est impératif de la situer dans un cadre plus

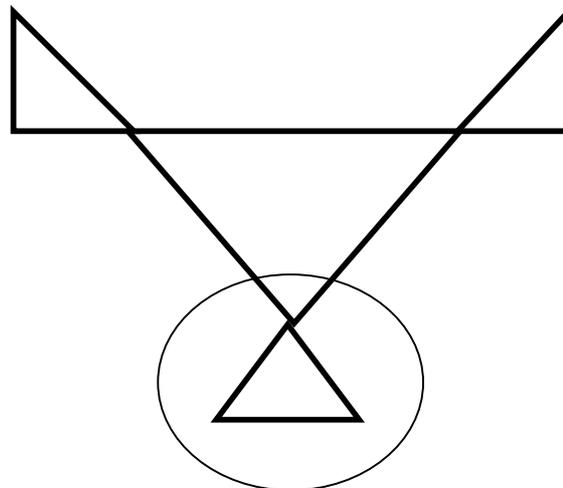
global. L'intérêt du modèle provient de son double niveau d'étude de la cohérence permettant d'avoir un cadre d'analyse assez exhaustif de la problématique. On peut de cette manière considérer que le seul niveau qui soit réellement systémique est le modèle global, intégrateur. Les autres niveaux de cohérence sont tous des analyses ou des recherches de mise en place de dispositifs ayant une cohérence interne, c'est à dire non ouvert ou non mis en projection d'une « utilité systémique ». On parlerait d'un espace réduit et donc réducteur s'il n'était pas mis en perspective. Il est possible et parfois même souhaité, pour la faisabilité des activités, de séparer momentanément certains éléments tout en gardant une vision de la complexité et des limites dans lesquelles on se trouve. Les propos qui viennent d'être présentés peuvent être perçus comme ambigus eu égard à la définition préalablement donnée de

l'approche systémique. En effet, on a précisé les niveaux d'approches systémiques auxquels on se réfère en terme de problématique micro, méso ou macro d'un système plus complexe. Il est nécessaire de développer deux concepts relativement à l'approche systémique discutée dans cet article :

- un concept d'approche systémique des problématiques ;
- un concept "d'utilité systémique" qui nécessite la projection de la problématique particulière dans son champ d'action global.

Ces deux concepts sont complémentaires car ensemble ils favorisent une réponse cohérente à un problème et donnent une vision ou le sens de l'action. La difficulté est de limiter à un moment donné le champ d'action le plus macroscopique à la problématique la plus vaste relativement à l'objet étudié.

Figure 6. Niveau systémique significatif



En complément à cette partie de la conclusion, le cercle dessiné sur la figure 3 présente le niveau minimum de cohérence, c'est à dire le niveau systémique utile, pertinent ou significatif. Une action plus périphérique n'a de pertinence que si elle est ramenée à ce niveau de cadrage systémique.

La juxtaposition du modèle de planification systémique avec le modèle du triangle

d'adéquation permet de se projeter dans une analyse (modèle PRECEDE) plus fine des acteurs, de leurs comportements et des déterminants en lien avec les différents niveaux de problématiques des ressources humaines en santé. De la même manière, cette approche systémique en planification permet de développer un cadre d'action (modèle PROCEED) qui respecte la mise en œuvre d'activités intégrant une vision

systémique favorable à la cohérence. L'analyse des déterminants aide donc à définir le « comment agir » dans le champ complexe de la formation et de la gestion des ressources humaines en santé. On pourra insister ici aussi sur l'importance du jeu des acteurs qui, dans le triangle d'adéquation se trouvent éparpillés aux trois angles du modèle, tandis qu'ils sont tous rassemblés dans un même diagnostic dans le modèle de Green et Kreuter. Cette vision des acteurs, tous confrontés à une même problématique, permet d'assurer une meilleure gestion du système d'actions régulées que ces groupes d'acteurs représentent. En termes de processus et de guidance des activités relatives aux différents éléments du triangle d'adéquation, ce diagnostic comportemental permet de répondre à la question du « avec qui agir » dans le champ complexe de la formation et de la gestion des ressources humaines en santé. De manière systématique viendront les trois principaux "groupes d'acteurs" que sont : les professionnels de la santé ; les professionnels de la formation (initiale et continuée) et les professionnels de la planification. Seul un travail en partenariat permettra l'atteinte de résultats porteurs de changements pour les populations. Il ne s'agit pas de démarrer avec les acteurs au même moment mais bien d'analyser les facteurs renforçants permettant un travail sur une adéquation d' « utilité systémique ». La porte d'entrée par les compétences et la formation est un travail de longue haleine et tout processus de changement ne pourra se faire qu'avec ses acteurs (31). Bien sûr la durabilité des actions dépend de facteurs environnementaux mais aussi de facteurs institutionnels et éducationnels. Comme ces derniers se construisent à long terme et sont également la base pour appuyer les deux autres entrées, il importe de développer des stratégies efficaces de renforcement des compétences des professionnels de santé.

En conclusion, outre le fait de rappeler l'intérêt du modèle du triangle d'adéquation et de sa juxtaposition avec

celui en planification systémique, on rappellera la difficulté technique de travailler sur chaque niveau d'inadéquation. Le modèle PRECEDE favorise une vision du « comment agir » qui demeure cependant insuffisante. Il faut renforcer des outils techniques en éducation, formation, planification et recherche qui développent des réponses aux questions de l'inadéquation mises en exergue dans nos modèles et toujours dans une vision de cohérence macroscopique. L'approche par compétences développée sur les terrains de recherches-actions participe à ces avancées. Elle a encore de nombreuses réponses à proposer en termes de recherche de cohérence en formation et de gestion des ressources humaines en santé, qu'il s'agisse de la formation continue ou de la formation de base. Et comme pour toute étude de l'écart, il reste à se poser les bonnes questions. Le modèle du triangle d'adéquation participe aussi à la formulation des questions d'adéquation. Une question centrale en est celle du paradigme d'adéquation choisi. En effet, tout au long de cet article il a été question de compétences, de capacités, de globalité, d'intégration et d'approches qualitatives qui prennent une position différente face aux approches pédagogiques de type transmissif et disciplinaire ou aux approches purement quantitatives de gestion des ressources humaines en santé. Sous-jacente est la question de l'autonomie des acteurs et de la qualité des soins. Si l'approche par compétences et le développement d'un mode de pensée complexe participent à l'autonomie, d'autres approches en formation ne se préoccupent guère de cette finalité. Un continuum de cohérence apparaît en termes de valeurs ou de principes d'actions qui permet de réellement questionner la cohérence du paradigme choisi dans la gestion des ressources humaines en santé. C'est ainsi qu'il sera plus aisé de travailler avec les pédagogies actives et l'approche par compétences dans des environnements où la promotion de la santé, dans ses formes les plus rigoureuses, aura déjà fait

son introduction. En référence à Argyris et Schön, le changement durable, appelé apprentissage en double boucle (c'est-à-dire « *La distinction entre apprentissage en simple boucle et apprentissage en double boucle différencie l'apprentissage opérationnel au sein d'un cadre de valeur constantes, de l'apprentissage qui consiste à changer les valeurs qui définissent l'amélioration* » (32)), ne pourra s'opérer que si le système ou l'organisation en réseau que représentent les ressources humaines en santé est amené à questionner les valeurs directrices mêmes sur lesquelles il se fonde.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble des équipes des projets et à l'ensemble des acteurs qui ont permis le développement mutuel d'une expertise dans ce champ de la pédagogie pour le renforcement des ressources humaines en santé.

Références

1. Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, Adams O, Dussault G, Elzinga G, Nordstrom A, Habte D, Jacobs M, Solimano G, Sewankambo N, Wibulpolprasert S, Evans T, Chen L. Responding to the global human resources crisis. *Lancet* 2004;363(9419):1469-72.
2. 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*.
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. *Human Resources for Health* 2004, 2:16.
4. Marchal B, De Brouwere V, Kegels G. Viewpoint: HIV/AIDS and the health workforce crisis: what are the next steps? *Trop Med Int Health*. 2005;10(4):300-4.
5. Pang T, Lansang MA, Haines A. Brain drain and health professionals. *BMJ*. 2002; 324(7336):499-500.
6. Roegiers X. Une pédagogie de l'intégration: compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. De Boeck Université, Paris-Bruxelles, 2000.
7. Parent F, Fromageot A, Coppieters Y, Lejeune C, Lemenu D, Garant M, Piette D, Leveque A, De Ketele JM. Analysis of adequacy levels for human resources improvement within primary health care framework in Africa. *Health Res Policy Syst*. 2005;3(1):8.
8. Morin E., Le Moigne JL. L'intelligence de la complexité. L'Harmattan, Paris, 1999.
9. Perrenoud P. Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. Université de Genève, Genève, 2001.
10. Parent F., Coppieters Y., Nsenga M.C. Une approche systémique pour l'analyse stratégique, la planification, le suivi et l'évaluation de projets de développement. *Echos du Cota* 2003;101:17-21.
11. Stordeur J. Enseigner et/ou apprendre pour choisir nos pratiques. De Boeck, Bruxelles, 1996.
12. Lemenu D. Enseigner ou apprendre des compétences ? Analyse des pratiques d'apprentissage à l'Institut Supérieur de Soins Infirmiers. Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, Bruxelles, 2000.
13. Vermersch P. L'entretien d'explicitation. Collection pédagogies, ESF, Paris 1996.
14. Bourgeois E. L'adulte en formation, regards pluriels. Perspectives en éducation, De Boeck, 1996.
15. Barth BM. Le savoir en construction, former à une pédagogie de la compréhension. Retz, Paris, 1993.
16. De Vecchi G. Aider les élèves à apprendre. Nouvelles approches. Hachette éducation, Paris, 1992.
17. Roegiers X. Des situations pour intégrer les acquis scolaires. Bruxelles: De Boeck Université, 2003.
18. Roegiers X. L'école et l'évaluation. Des situations pour évaluer les compétences des élèves. Bruxelles : De Boeck Université, 2004.

19. Green LW., Kreuter MW. Health program planning. An educational and ecological approach. London: Mayfield Publishing Company, Fourth edition 2004; 458p.
20. Martens V., Parent F., et al. (2005) Stratégies concertées du secteur de la prévention du SIDA et des IST en Communauté française. Observatoire du Sida et des Sexualités, Bruxelles, 18p.
21. Tilman F, Ouali N. Piloter un établissement scolaire. Lectures et stratégies de la conduite du changement à l'école. Bruxelles : De Boeck Université., 2001.
22. Lejeune C., Lemenu D., Pairon B. Un système d'évaluation globalement plus cohérent. *Soins Cadres* 2000 ;33 :48-50.
23. Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S, West PA, Tutt RC, Plange-Rhule J. Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. *Lancet*. 2005;365:1893-900.
24. World Health Organization. The management of international health worker migration: instruments on ethical recruitment and other policy options. Department of Human resources for health, WHO, Geneva, 2005, 41 p.
25. Scott ML, Whelan A, Dewdney J, Zwi AB. "Brain drain" or ethical recruitment? *Med.J.Aust.* 2004;180(4):174-6.
26. Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet* 2000 ; 356:245-6.
27. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ.*;82(8):595-600.
28. Dodani S, LaPorte RE. Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? *J R Soc Med.* 2005;98(11):487-91.
29. World Health Organization. Proposal for a WHO Code of Practice for the international recruitment of health workers. Department of Human resources for health, WHO, Geneva, 2005, 21 p.
30. Fourez G. Compétences, contenus, capacités. In *Forum*, 1999 :26-31.
31. Le Boterf G. (2005). Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation (3^{ème} édition), Paris, 563p.
32. Argyris C., Schön D. L'apprentissage organisationnel. De Boeck Université, Paris, 2002.

3. CONCLUSION

La conclusion revient sur les questions et les hypothèses de départ pour proposer une synthèse des réponses apportées en termes de finalités et d'objectifs à travers plusieurs sous chapitres. Par ailleurs, les perspectives concrètes du « comment agir » face à la problématique des ressources humaines en santé sont proposées sous la forme d'une réflexion finale faisant appel au rôle pédagogique et à la vision globale des écoles de santé publique, au sud comme au nord.

La conclusion commence par une brève synthèse du travail empirique.

3.1. SYNTHÈSE DU TRAVAIL EMPIRIQUE

Les résultats de cette recherche proviennent du pilotage et de la mise en œuvre d'actions de formations en santé dans plusieurs contextes d'Afrique subsaharienne. Les actions de formations se sont centrées sur le développement des compétences et du professionnalisme. Les résultats en termes de productions nous amène à considérer de nouveaux curriculums pour l'enseignement infirmier en République Démocratique du Congo et au Rwanda. Au Sénégal, la formation continue des professionnels de santé bénéficie, pour la région médicale de Diourbel, d'un cadre de référence innovant, basé sur la logique des bilans de compétences. L'impact sur les curriculums s'est étendu à certaines écoles infirmières en Belgique par une révision de forme et de contenu des référentiels de compétences. L'adaptation par des ONG internationales de la méthodologie de l'approche par compétences au secteur de la santé, suivant l'approche présentée dans ce travail, nous renforce dans l'idée que cette méthode est particulièrement pertinente. De la même manière, l'intégration effective sur les terrains d'application d'un certain nombre de programmes spécialisés en santé publique permet également d'assurer la validité de la méthode. Concernant les pédagogies actives et malgré certains témoignages d'acteurs et de bénéficiaires, ainsi que l'observation sur le terrain des changements de pratiques enseignantes et apprenantes, un travail de recherche spécifique devrait compléter cette thèse. Le fait de mieux documenter l'évidence en termes de gain d'autonomie et de qualité des soins et des services permettra, dans le futur, d'apporter plus de ressources aux champs de la pédagogie et de la santé en Afrique.

Les résultats se présentent aussi en terme de processus. L'enjeu de cette recherche est autant dans les dimensions innovantes en formation que dans leur mise en œuvre concrète. C'est ainsi que le pilotage des changements dans les divers contextes s'est basé sur des fils conducteurs que sont la cohérence et la traduction. Dans le cadre des projets, c'est à travers des ateliers participatifs et structurés (utilisation de l'approche systémique) dans chacun des contextes, des rencontres multiples et stratégiques ainsi que dans la documentation du processus que progressivement, en quelques années, la vision du changement a été maîtrisée pour une masse critique d'acteurs en santé.

Un résultat observé est celui de la cohérence des approches en promotion de la santé sur les terrains professionnels avec celle de l'approche par compétences et des pédagogies actives en formation. Néanmoins, chaque terrain reste différent et fragile et le paradigme de l'autonomie un questionnement continu.

3.2. RETOUR SUR LES QUESTIONS DE DÉPART

La trajectoire de cette recherche est avant tout guidée par un engagement en santé publique en faveur d'une amélioration de la qualité des soins et des services auxquels tout être humain a droit. Trop de discours et d'incohérences accompagnent les volontés en santé publique pour rationaliser de manière qualitative les soins de santé primaires [Travis *et al.*, 2004]. Certes, un consensus est nécessaire afin de fédérer davantage les décideurs de santé publique à tous les niveaux. C'est notamment l'objet des chartes existantes (charte d'Ottawa, chartes de qualité des soins dans les milieux hospitaliers, etc.). Néanmoins la santé publique devrait assurer un questionnement plus fondamental si elle veut réagir de manière argumentée face aux nouvelles stratégies qui se mettent en place, qu'il s'agisse des approches budgétaires sectorielles [Cassels *et al.*, 1998] ou de la venue des programmes verticaux dans les curriculums de base. Une redéfinition large de la santé publique et de ses politiques devrait être perpétuellement mise au travail face aux décisions prises par les politiques, guidées par des enjeux économiques. Ceci est d'autant plus important dans le cas des décisions relatives à la santé publique des populations du sud où les alternatives individuelles sont faibles voir inexistantes.

Le propos de cette thèse est de favoriser une remise en question des choix stratégiques de santé publique en termes de ressources humaines en santé. Quelle est la finalité que nous poursuivons quand nous formons nos futurs professionnels de la santé ? Que cherchons-nous quand nous enseignons sans nous questionner sur cette finalité ? Avons-nous testé les capacités de ces apprenants à se débrouiller seuls, dans un environnement que nous savons complexe ? Quelle autonomie voulons-nous pour nos apprenants ? Avons-nous été plus loin que d'enseigner des technologies adaptées sans savoir si le transfert a été acquis ? Sommes-nous allés vérifier et rechercher des solutions aux incohérences administratives, organisationnelles et de contenus de formation quand les professionnels sur le terrain nous ont souvent fait part de leurs difficultés, étant eux mêmes les premières victimes de ces manques d'efficacité ? Sommes-nous conscients de la nécessité de travailler à l'amélioration des ressources humaines en santé de manière professionnelle, en interdisciplinarité et intersectorialité ? Sommes-nous conscients (dans le sens de la « prise de conscience » comme facteur éducationnel pré disposant) de la place centrale des ressources humaines dans les systèmes de santé ? Pourquoi favoriser en 2005 l'accessibilité à une information sélectionnée et dite adaptée à certaines catégories de professionnels et non promouvoir la capacité de mener des recherches documentaires pertinentes et l'accessibilité aux ressources documentaires scientifiques récentes ? Ces questionnements ont pour but d'engager une réflexion sur les moyens et les stratégies développés en faveur des ressources humaines en santé, tout particulièrement au regard des moyens importants (même si certainement au total insuffisants) investis pour le développement dans les contextes du sud. En ce qui concerne les ressources humaines en santé, des moyens sont injectés : il s'agit sans doute avant tout de questionner la cohérence de vision et les stratégies sous-jacentes à ces financements.

En termes de finalités et d'objectifs relatifs à ce travail, la mise en évidence des mécanismes, facteurs et vision nécessaires à l'amélioration de la formation des professionnels de la santé, a principalement été analysée à travers l'exemple de la formation infirmière et ce plus particulièrement en Afrique francophone. Néanmoins, l'importance apportée à documenter certaines parties devrait permettre d'assurer un transfert en faveur d'une vision globale pour la mise en œuvre de nouvelles stratégies de développements des ressources humaines en santé. Ces thèmes/secteurs bien référenciés et illustrés sont :

- les choix pédagogiques et la méthodologie d'élaboration des curriculums notamment par les pédagogies actives, l'approche par compétences, la pédagogie de l'intégration, les référentiels et dispositifs pédagogiques ;

- les processus notamment par l'implication des acteurs et l'analyse des systèmes d'actions régulées ;
- les modèles favorables à la recherche de cohérence [Rosenhead *et al.*, 2004] notamment par la description de l'approche systémique des problématiques et le développement du concept « d'utilité systémique » dans la gestion des ressources humaines en santé.

Un retour à notre hypothèse de départ est utile afin de mieux en discuter : « L'innovation pédagogique et ses implications individuelles et systémiques associées à un processus de traduction incluant l'ensemble des niveaux et des acteurs liés au développement des ressources humaines au sein du district de santé sont les conditions ou les leviers nécessaires pouvant amener le changement dans l'Institution Educative et de Santé et plus spécifiquement amener à une meilleure adéquation entre programmes d'enseignement en sciences de santé et prestations de soins en Afrique ».

L'innovation pédagogique est envisagée comme le passage d'un enseignement transmissif à un apprentissage basé sur le modèle du constructivisme. De manière un peu linéaire, nous résumons en parlant de développement des pédagogies actives et de l'approche par compétences comme modalités d'acquisition des fondements de ce changement et qui se reflète de manière globale par l'appropriation du concept d'autonomie. Paradoxalement, plus on se rapproche du développement réel de l'autonomie, plus la logique individuelle peut primer avec tous les risques pour le système quel qu'il soit. Cette réalité, sur les terrains de recherches, est palpable et c'est la construction d'une cohérence macro systémique, intégrée à la logique du système (des systèmes) qui permettra aux acteurs une interaction constructive avec leurs environnements institutionnel et organisationnel. Devant un changement réel (selon la logique d'Argyris et Schön [Argyris *et al.*, 2002]) qui amène à un nouveau paradigme d'apprentissage, il est utopique d'y aller seul. L'utopie n'est donc pas dans le changement, mais dans la manière de l'envisager. A l'horizon de la vision du changement et de son argumentaire, devrait s'inscrire une rigueur dans le processus de la mise en œuvre de ce changement. Seuls des mécanismes de traduction, basés sur une vision macro, méso et micro des acteurs et niveaux institutionnels d'une part et sur une analyse des déterminants des comportements de chaque groupe d'acteurs en relation avec un dénominateur commun (problématique commune) d'autre part, peuvent nous amener à comprendre à temps les résistances nouvelles. La traduction est un mécanisme continu, jamais totalement gagné. En plus des nouveaux acteurs, les « anciens » peuvent modifier leurs logiques de construction en fonction de nouveaux enjeux individuels ou organisationnels, notamment relatifs aux autonomies émergentes. Les modalités de traduction ont leurs limites internes qui sont d'une part celles des facteurs individuels, prédisposants et, d'autre part l'objet du changement (les limites externes seraient les ressources allouées aux mécanismes de traduction et de sensibilisation). C'est ainsi qu'il faudrait arriver à privilégier la masse critique adéquate qui sera porteuse du changement, et celle-ci se trouve nécessairement, pour une question de sens, au sein même du système (des systèmes).

Ce retour sur notre hypothèse de départ permet d'ouvrir le chapitre suivant de cette conclusion qui nous amène à considérer les résultats de cette recherche dans ses dimensions systémiques.

3.3. PENSÉE COMPLEXE ET RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Cette thèse vise à renforcer les actions favorables à une modification de pratiques en planification et en formation en santé. Les idées principales sont :

- la cohérence ou adéquation ;
- la complexité ;
- l'intersectorialité ;
- le principe de participation ;
- l'autonomie.

Un des objectifs de ce travail est de rechercher les mécanismes de mise en œuvre de ces idées et de favoriser l'appropriation, par les professionnels de la santé, de démarches, d'outils et de méthodes favorables au développement de la pensée complexe [Donnadiou et al., 2002], de la participation intégrée, de l'échange, du développement de ses capacités individuelles et de celles de son organisation. Nous visons dans ce travail à provoquer une réflexion sur des outils et méthodes permettant de renforcer les approches systémiques en santé au niveau individuel ou collectif. La volonté est de favoriser le développement d'actions cohérentes, qui ont du sens, qui tiennent compte de l'environnement et qui renforcent les liens et complémentarités entre chaque élément.

Depuis déjà longtemps (1848) des personnalités telles que Rudolf Virchow ou Florence Nightingale ont tenu compte de l'environnement et de ses déterminants socio-économiques dans leurs réflexions et actions en santé. Evans, dans son livre sur les déterminants de la santé [Evans *et al.*, 1996] permet de passer de manière rigoureuse d'un modèle de système de santé réducteur ou linéaire à un modèle qui reflète et intègre la réalité. Green et Kreuter proposent, par leur modèle PRECEDE PROCEED et leurs ouvrages, des méthodes de planification et d'intervention pour faire face à la complexité. Rien n'est particulièrement nouveau et pourtant on ne peut que souscrire au pessimisme d'Edgar Morin qui ne voit pas comment nos institutions de santé, sclérosées, envisagent de faire face à la parcellarisation de plus en plus accentuée des idées, des savoirs, des soins, des services. Par ailleurs la dichotomie est toujours importante entre les protagonistes d'une santé publique plus médicale, coincée dans le diagnostic épidémiologique et parfois comportemental du modèle de Green et ceux d'une santé publique plus orientée sur les principes de la promotion de la santé. Ces derniers n'échappent pas aux difficultés d'entrer dans des schémas rigoureux de développements en santé et peuvent aussi se perdre dans des approches plus holistiques que systémiques de la santé. Cette recherche répond directement au besoin de créer des liens et de développer des cadres d'analyse communs entre professionnels de la santé avec et pour le patient et les populations.

Cette recherche est une application du principe d'intersectorialité qu'une approche systémique et professionnelle en santé devrait développer. Il s'agit, dans ce cas-ci, de la nécessaire juxtaposition des connaissances sur les systèmes de santé et de celles sur les systèmes de formation. Par ailleurs, en plus d'une cohérence de vision (sur l'objet et sa finalité), une cohérence de méthodes et processus est également un fondement afin qu'il y ait adéquation dans ce mariage. L'approche systémique du district de santé ou des problématiques en santé et l'approche par compétences en formation touchent à des logiques de Problem Structuring Methods [Thunhurst *et al.*, 1999 ; Rosenhead et al., 2001]. Cela réfère à la nécessité d'envisager la cohérence des éléments entre eux, à leur structuration et leur mise en perspective dans une projection qui donne du sens. Nous pourrions faire un parallèle similaire entre l'approche par objectifs en pédagogie [De Ketele *et al.*, 2000] et la méthode de planification des interventions par objectifs (PIPO) en planification [APEFE, 2001].

Cette recherche présente de nouvelles applications du modèle PRECEDE PROCEED au monde de la santé publique et de la formation. La particularité dans son utilisation est le développement du diagnostic comportemental en un système d'actions régulées, favorable au suivi du processus participatif dans l'action.

Enfin une meilleure appropriation d'une ingénierie de formation par le secteur de la santé et plus particulièrement de la santé publique est un résultat de ce travail, cette appropriation peut amener à terme à plus de cohérence et de sens dans les programmes de formation des professionnels de santé. Cette avancée devrait se prolonger avec une analyse beaucoup plus pointue des acquis, que les mondes de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie [Hours, 2001] peuvent apporter afin de renforcer cette cohérence. Une meilleure connaissance des trajectoires de nos propres connaissances et représentations et de celles des communautés et sous communautés dont on fait partie devrait pouvoir être intégrée dans tout processus de formation. L'approche par compétences permet cette intégration dans les référentiels de formation, mais des méthodologies et outils accessibles aux formateurs nécessitent aussi de venir renforcer les pratiques enseignantes et apprenantes dans cette vision intégrative.

Afin de prolonger cette réflexion sur la pensée complexe, nous faisons référence de manière insistante à Edgar Morin pour qui « connaître, c'est, dans une boucle ininterrompue, séparer pour mieux analyser, et relier pour synthétiser ou complexifier. La prévalence disciplinaire, séparatrice, nous fait perdre l'aptitude à relier, l'aptitude à contextualiser, c'est-à-dire à situer une information ou un savoir dans son contexte naturel. Nous perdons l'aptitude à globaliser, c'est-à-dire à introduire les connaissances dans un ensemble plus ou moins organisé. Or les conditions de toute connaissance pertinente sont justement la contextualisation, la globalisation (...). Certes, il ne suffit pas de dire « il faut relier » pour relier : relier nécessite des concepts, des conceptions, et ce que j'appelle des opérateurs de reliance » [Morin, 1997].

Nous considérons l'approche systémique utilisée, l'adaptation au secteur de la santé de l'approche par compétences choisie, les mécanismes d'allers-retours (causalité circulaire) dans l'élaboration des productions relatives à ce travail de recherche, comme des opérateurs de reliance. Afin de mieux appréhender la réforme de pensée envisagée par Edgar Morin donnant un sens systémique encore plus global à cette recherche, nous proposons en annexe (annexe 15) un extrait de l'ouvrage *La méthode 6 : Ethique*, publié en 2004 [Morin, 2004].

La partie suivante prolonge ces éléments de conclusion sur les liens entre santé et pédagogie, plus particulièrement avec les principes d'action de la promotion de la santé.

3.4. PÉDAGOGIES ACTIVES, APPROCHE PAR COMPÉTENCES ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Pour en revenir aux finalités et objectifs de cette recherche, la promotion d'un enseignement – apprentissage favorable à l'intégration des principes d'actions en promotion de la santé auprès des professionnels de la santé est envisagée :

- à travers le besoin de clarification du choix d'un paradigme cohérent aux activités d'apprentissages basé sur le modèle constructiviste favorable à l'autonomie dans les apprentissages. La logique de « productions formatives » et de « formations productives » dans laquelle l'ensemble des résultats de cette thèse a été élaboré participe à ce choix. En effet les productions ont été des moments de tâtonnements et de réflexions en atelier avec une masse critique d'acteurs, porteurs du changement, sur les productions en cours d'élaboration et avec des allers retours perpétuels ;
- en relation directe avec le point précédent, dans la concrétisation du discours notamment de la participation, de l'interdisciplinarité et de l'autonomie par la mise en œuvre effective de curriculums basés sur l'approche par compétences et l'utilisation des pédagogies actives en classe et sur les terrains de stage. C'est ce qui nous amène à observer de réels changements de pratiques enseignantes, apprenantes et soignantes. Une limite de ce travail est de ne pas avoir eu la possibilité de réaliser une recherche sur l'impact en terme de qualité des soins et des services et donc de changement de pratiques soignantes. Les perspectives dans la poursuite de cette recherche sont de mettre en place de telles recherches dans certains contextes [Ecole de santé publique de l'ULB, 2005] ;
- par la juxtaposition des méthodes et outils en provenance du monde de la promotion de la santé avec ceux en provenance des pédagogies actives. Au total nous disposons d'un arsenal de ressources que la santé publique devrait s'approprier de manière pertinente.

Nous revenons sur l'intégration des démarches et stratégies en promotion de la santé au cœur même des systèmes de santé par la réforme des programmes d'enseignement. En effet, avoir présenté dans cette thèse le processus de construction d'un référentiel de compétences pour la formation du personnel infirmier intégrant la vision d'acteurs de milieux institutionnels et professionnels différents et avoir démontré l'intégration de la compétence en promotion de la santé aux autres compétences selon une approche méthodologique transversale spécifique (l'approche par compétences) a permis l'atteinte d'un objectif plus global : celui de la recherche d'adéquation entre les "attentes de la population" et les "processus de formation des acteurs du système de santé", condition à une meilleure efficacité de la promotion de la santé.

Plus précisément, nous observons dans le référentiel de compétences que, dans le cadre de la formation de l'infirmier polyvalent de première ligne, le développement des capacités et compétences en santé publique et en promotion de la santé est intégré aux quatre compétences clés qui sont : la communication, l'analyse et l'esprit critique, la réalisation des prestations de soins et le management. De plus, une condition préalable à cette intégration est l'existence, dans le cadre de l'approche par compétences, de familles de situations transversales en promotion et prévention de la santé (les familles de situations correspondent aux situations dans lesquelles sont évaluées les compétences de l'élève, celles de la prévention et de la promotion et enfin des soins curatifs à l'hôpital et en centre de santé). Cette condition permet d'assurer l'existence de paliers de compétences et de critères d'évaluation en relation avec les compétences à acquérir en promotion de la santé pour l'apprenant.

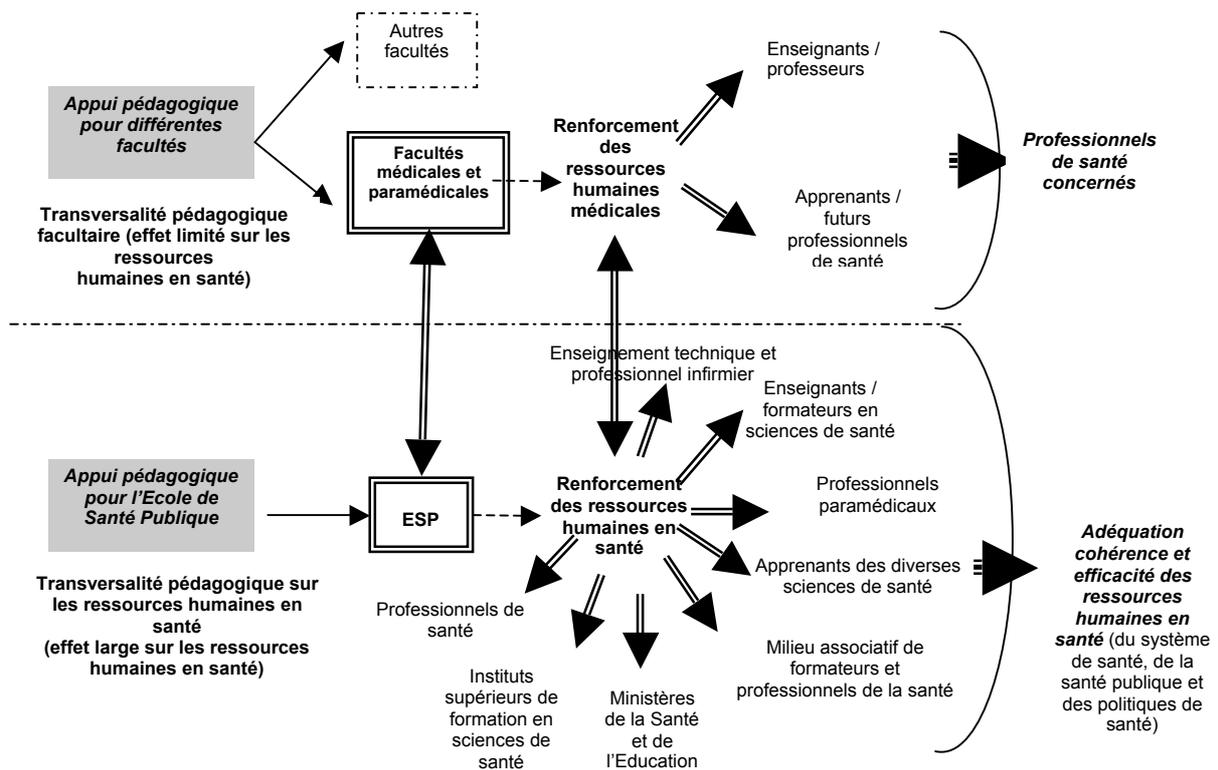
3.5. SANTÉ PUBLIQUE ET RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Depuis les années 1970, la tendance à une plus grande perméabilité des frontières entre disciplines scientifiques s'affirme avec la multiplication de programmes de recherches pluridisciplinaires. Toutefois, malgré l'essor des travaux intersectoriels, les projets et leurs applications demeurent au début du XXI^{ème} siècle fréquemment rattachés à des domaines académiques spécifiques. L'étude des phénomènes de santé n'échappe pas à ces tendances contradictoires. Ce travail de recherche questionne la nécessité de développer des expertises en sciences pédagogiques et santé publique au sein des écoles de santé publique. De manière concrète, il s'agit de construire les interactions entre sciences et domaines de formations différents en vue de renforcer la connaissance des problèmes de santé et l'adéquation des actions de santé publique pour y répondre. Les questions d'apprentissage sont par excellence un champ d'action dont les acquis permettent un renforcement transversal, notamment à l'enseignement et l'apprentissage des sciences de santé [Batalden *et al.*, 2005 ; Brennan *et al.*, 2003 ; Dürrenberger *et al.*, 2004 ; Lanier *et al.*, 2003]. La pédagogie médicale est implantée dans certaines facultés de médecine où se développe comme une « sous-unité » d'unités de recherche en pédagogie au sein des facultés d'éducation et de psychologie. Néanmoins, il apparaît comme nécessaire à l'amélioration des systèmes de santé et des ressources humaines en santé dans des contextes socioéconomiques et géographiques variables, le développement d'une pédagogie adaptée qui soit notamment une mixité entre l'apprentissage organisationnel et l'ingénierie pédagogique. Il s'agit aussi de favoriser le développement des recherches opérationnelles et des recherches-actions. La projection sur les terrains professionnels est également une priorité. A titre d'exemple nous pouvons citer l'importance des guides thérapeutiques dans l'amélioration de la qualité des pratiques soignantes et leur inclusion adéquate, dans une logique de développement de compétences progressive d'année en année dans les curriculums de formation. Cette démarche permet d'améliorer leur bonne appropriation par les professionnels de la santé, ce qui représente un facteur motivationnel à leur utilisation. La complémentarité avec les unités de psychopédagogie est aussi nécessaire afin de poser des questions de recherches fondamentales plus proches des dispositifs de formation et d'évaluation, du prérequis, de la motivation et de l'échec, etc.

La figure 21 permet de mieux visualiser un appui pédagogique à l'enseignement au sein d'une faculté. Elle présente aussi ce que pourrait être un appui pédagogique aux projets, programmes, politiques et enseignements dans lesquels les écoles de santé publiques ont ou auraient un rôle à jouer.

L'appui pédagogique envisagé dans le cadre des écoles de santé publique ne devrait pas nous restreindre à une amélioration des formations au sein des écoles elles mêmes mais nous projeter sur le terrain dans lequel oeuvrent et se forment les professionnels de la santé. De cette manière une vision peut être progressivement construite en faveur d'une meilleure gestion des ressources humaines en santé adéquate à la vision de la santé publique et de celle de la promotion de la santé. La figure ci-dessous présente les multiples endroits d'interventions.

Figure 21. Présentation des appuis pédagogiques en santé



Une mise en situation relative aux organisations de santé est nécessaire surtout dans les contextes du sud où une recherche de cohérence avec les normes sanitaires est essentielle.

Cette situation est assez particulière aux écoles de santé publique dont le travail conjoint entre sociologues, psychologues, infirmières, médecins de santé publique, économistes entre autres, témoigne de la complexité des déterminants de santé dont les stratégies d'action et de recherche doivent tenir compte. Un développement original et complémentaire en ingénierie pédagogique et apprentissage organisationnel peut améliorer la cohérence des formations et des appuis méthodologiques que pourraient offrir les écoles de santé publique. Ainsi, la particularité d'une école de santé publique qui est sa pluridisciplinarité, pourrait être renforcée par une approche structurée en ingénierie de la formation renforçant la finalité de ses chercheurs, planificateurs et enseignants, c'est-à-dire celle de la promotion de la santé, et permettant d'analyser l'impact des compétences sur la qualité des soins, des services et des systèmes de santé.

Il s'agit bien de considérer l'interaction entre les ressources humaines en santé et les systèmes de santé dans des contextes variés aussi bien au nord qu'au sud. Une approche ouverte à l'interdisciplinarité et la complémentarité entre les sciences pédagogiques et, notamment, les champs de la sociologie et de la santé publique devrait être renforcée.

« The important thing is not to stop questioning »
- Albert Einstein [1879-1955]

Références

1. APEFE. (2001). Introduction à la planification des interventions par objectifs (PIPO). Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger, Bruxelles, 31p.
2. Argyris C., Schön D. (2002). L'apprentissage organisationnel. De Boeck Université, Paris, 380p.
3. Batalden P., Leach D., Swing S., Dreyfus H., Dreyfus S. (2004). General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Affairs*; 21(5):103-111.
4. Brennan M., Coles C. (2003). Developing professional skills. *Lancet*; 362:1506-7.
5. Cassels A, Janovsky K. (1998). Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *Lancet*; 352: 1777-9.
6. De Ketele J-M., Delory C. (2000). Quel héritage pédagogique pour le nouveau millénaire ? Forum des pédagogies, 17p.
7. Donnadiou G., Karsky M. (2002). La systémique, penser et agir dans la complexité. Ed. Liaisons, Rueil-Malmaison, 269 p.
8. 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.
9. 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.
10. Ecole de santé publique de l'ULB *et al.* (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), avril 2005, Bruxelles, 67p.
11. Graugnard G., Heeren N. (1999). Prise en compte de l'impact et construction d'indicateurs. Fonds pour la promotion des études préalables, études transversales, évaluations, F3E, Paris 52p.
12. Guéneau M.C., Beaudoux E. (1996). L'évaluation, un outil au service de l'action. Fonds pour la promotion des études préalables, études transversales, évaluations, F3E, Paris 74p.
13. Hours B. (2001). Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie. Editions Karthala, Paris, 358p.
14. Labonte R, Schrecker T. (2006). The G8 and global health: What now? What next? *Can J Public Health.*; 97(1):35-8.
15. Lanier DC., Roland M., Burstin H., Knottnerus JA. (2003). Doctor performance and public accountability. *Lancet* ; 362 :1404-8.
16. Laperche J., Mercenier P. (1999). La médecine préventive : exigence ou panacée ? Santé conjugée;10:26-29.
17. Martens V., Parent F., et al. (2005) Stratégies concertées du secteur de la prévention du SIDA et des IST en Communauté française. Observatoire du Sida et des Sexualités, Bruxelles, 18p.
18. Mercenier P.(1971). Les objectifs de l'organisation médico-sanitaire. In : Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (GERM). Pour une politique de la santé. Bruxelles, p.67-72.
19. Morin E. (1997). Réforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'Université. Motivation ; p24.
20. Morin E. (2004). La méthode 6. Ethique. Ed. Seuil, Paris, 2004, 241p.
21. Organisation Mondiale de la Santé. (2005). TB/VIH : Manuel clinique. WHO, Genève, 227p.
22. Rosenhead J., Mingers J. (2004). Rational analysis for a problematic world revisited. Ed John Wiley & Sons, LTD, London, 366p.
23. Rowden R. (2005). Square pegs, round holes, and why you can't fight HIV/AIDS with monetarism. ActionAid International , 3 p.
24. Travis P., Bennett S., Haines A., Pang T., Bhutta Z., Hyder AA., Pielemeier NR., Evans T. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millenium Development Goals. *Lancet*; 364:900-6.
25. Thunhurst C., Barker C. (1999). Using problem structuring methods in strategic planning. *Health Policy Plan.*; 14(2):127-34.
26. Verrière V. (2002). Le suivi d'un projet de développement : démarche, dispositifs, indicateurs. Fonds pour la promotion des études préalables, études transversales, évaluations, F3E, Paris, 86p.

ANNEXES

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

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

- ANNEXES -

ANNEXE 1.	Lexique pour les termes du champ de la pédagogie.....	265
ANNEXE 2.	Lexique pour les termes du champ de la santé publique.....	276
ANNEXE 3.	Organisation du système sanitaire en République Démocratique du Congo.....	283
ANNEXE 4.	Organisation du système sanitaire au Rwanda.....	285
ANNEXE 5.	Organisation du système sanitaire au Tchad.....	286
ANNEXE 6.	Participation à un forum sur l'utilisation de l'approche par compétences dans les contextes du Sud.....	288
ANNEXE 7.	Tableau comparatif du curriculum pré réforme et réforme en sciences infirmières en République Démocratique du Congo.....	290
ANNEXE 8.	Extrait du référentiel de compétences infirmier de la République Démocratique du Congo.....	291
ANNEXE 9.	Eléments du référentiel de formation pour la première année infirmière en République Démocratique du Congo (version intermédiaire).....	298
ANNEXE 10.	Extrait des référentiels de compétences infirmier et sage-femme du Rwanda.....	316
ANNEXE 11.	Eléments du référentiel de formation pour la première année infirmière au Rwanda.....	332
ANNEXE 12.	Exemple de situation d'intégration.....	340
ANNEXE 13.	Référentiel de compétences du médecin chef de district (MCD) au Sénégal.....	343
ANNEXE 14.	Recueil d'outils de supervision formative, de bilan de compétences et de plans de formation de l'infirmier chef de poste de santé.....	361
ANNEXE 15.	Réforme de l'esprit / réforme de l'éducation (Edgar Morin).....	430
ANNEXE 16.	Démarche de recherche dans les bases de références bibliographiques.....	431

