



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

# **L'enseignement de la santé publique dans les études infirmières dans le contexte togolais est-il adapté ?**

présenté par

**IDRISSOU Aminatou**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité « Santé Internationale »

Le 15 avril 2009

Devant le jury composé de :

Dr. Christian Mésenge Président

Directeur du Département Santé, Université Senghor

Dr. Bawe Norafaï Examineur

Directeur du Centre OMS de Formation en Santé Publique,  
Lomé

M. GAD Mohamed Examineur

Maître de Conférence de Biochimie et Biologie Cellulaire  
IGSR, Université d'Alexandrie



## **Remerciements**

Je remercie les formatrices et formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Dole, qui m'ont encadrée et assistée au-delà du cadre de ma mise en situation professionnelle.

Je tiens à remercier le Directeur du département Santé, Dr. Christian Mésenge pour avoir accepté la scolarité prématurée d'Elijah à Senghor.

Merci à tous les camarades du département santé pour avoir accepté partager leurs cours avec Elijah et aux professeurs qui ont accepté ses remarques bruyantes.

Je remercie Dr Bawe Norafaï d'avoir accepté de diriger ce mémoire.

Merci à tout le personnel de l'Université Senghor pour avoir accueilli et veillé sur Elijah.

## **Dédicace**

A mon adorable fils Elijah Achraf Sant'Anna, le plus jeune étudiant de l'Université Senghor.

A mon cher époux Charles pour tout le soutien indéfectible et précieux.

A l'aimable et attentionnée Sophie Ogier.

A toute la famille Idrissou et Sant'Anna.

A Pyalo, surnommée "la grand-mère d'Elijah".

A toute la communauté togolaise d'Alexandrie.

A tous les Senghoriens qui n'ont cessé de voir en Elijah leur fils.

## **Résumé**

Face aux enjeux sanitaires du Togo et à l'évolution des métiers paramédicaux en général et infirmier en particulier, le programme de formation a le devoir de faciliter l'intégration et l'adaptation des agents formés dans les milieux professionnels. Le programme de formation des infirmiers est à l'image de l'étendue et de la complexité des tâches qui les attendent dans leur future profession et est basé sur un ensemble de connaissances et d'habiletés que l'apprenant doit acquérir. En partant de l'analyse des particularités des systèmes de santé et des programmes de formation en santé publique en formation initiale du Cap vert, de la France et du Togo, il apparaît que le programme actuel de formation initiale des infirmières et infirmiers basé sur l'atteinte des objectifs de cours au Togo, doit progressivement s'axer sur les compétences. Cela en vue de définir en tenant compte des besoins des populations à desservir et des capacités organisationnelles du pays, de nouveaux profils infirmiers adaptés pouvant participer d'une manière accrue à l'amélioration de la situation sanitaire du Togo.

## **Mots-clefs**

Infirmière - santé publique – formation professionnelle – système de santé - compétence

## **Abstract**

Facing the medical stakes of Togo and with the evolution of the ancillary medical trades in general and nursing in particular, the training program has the duty to facilitate the integration and the adaptation of the agents formed in professional environments. The training program of nurses is at the image of wide and the complexity of the tasks which await them in their future profession. It is based on a whole of knowledge and skills which the learner must acquire. Our study is based on the analysis of the characteristics of the health systems and the training programs in public health in initial training of the Cap Verde, France and Togo. It appears that the current program of initial training of the nurses based on the attack of the course objectives in Togo must be gradually centred on competences. That in order to define by taking into account the needs of the populations to serve and the organisational capacities of the country, new and adapted nurses profiles being able to take part in a way increased in the improvement of the sanitary situation of Togo.

## **Key-words**

Nurse - public health - professional training - health system - competence

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- APP : Apprentissage Par Problèmes
- ARC : Apprentissage du Raisonnement Clinique
- CADA : Centre d’Accueil des Demandeurs d’Asile
- CII : Conseil International des Infirmières
- CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués - service œcuménique d’entraide
- COMEDE : Comité Médical pour les Exilés
- ENAM : Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
- IDE : Infirmier Diplômé d’Etat
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PIB : Produit Intérieur Brut
- TMM5 : Taux de Mortalité des enfants de Moins de 5 ans
- UTEP : Unité Transversale d’Education du Patient

## Sommaire

L'enseignement de la santé publique dans les études infirmières dans le contexte togolais est-il adapté ?	i
Remerciements	ii
Dédicace	iii
Résumé	iv
Mots-clefs	iv
Abstract	v
Key-words	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés	vi
Sommaire	7
Introduction	10
1. Cadre conceptuel	11
1.1 Question initiale	11
1.2 Définition de concepts	12
1.3 Intérêt	15
1.4 Revue de la littérature	15
1.4.1 Les systèmes de santé	15
1.4.2 Le système de santé togolais	19
1.4.3 Approche par compétence	24
1.4.4 Apprentissage et pratiques professionnelles	25
1.4.5 Programme axé sur la compétence	26
1.5 La synthèse du travail exploratoire : problématique	28
1.6 Modèle d'analyse	29
2. Contexte social : Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM)	30
3. Matériel et méthode	31
3.1 Méthode de recueil de données	31
3.2 Apport spécifique du stage	32
3.2.1 Présentation du lieu de stage	32
3.2.2 Objectifs pédagogiques	33
3.2.3 Approche pédagogique appliquée	34
3.2.4 Participation aux cours du module santé publique : la transculturalité dans les soins	35
3.2.5 Participation aux colloques	35



3.2.6	Rencontre avec les responsables de services impliqués dans la santé publique.....	35
4.	Résultats.....	37
4.1	Projet de formation de l'étudiant.....	37
4.2	Réorganisation des cours en options obligatoire et optionnelle :.....	37
4.3	Objectifs pédagogiques.....	39
4.4	Approches pédagogiques.....	39
4.4.1	La pratique réflexive.....	39
4.4.2	Apprentissage Par Problèmes (APP) et Apprentissage du Raisonnement Clinique (ARC) :	40
4.4.3	La place de l'apprentissage collaboratif.....	40
4.5	Place des associations et organismes de la santé publique.....	41
5.	Discussion et recommandations.....	41
	Conclusion.....	43
	Références bibliographiques.....	44
	Liste des illustrations.....	46
	Liste des tableaux.....	A
	Annexes.....	B
	Annexe 1 : Organigramme du ministère de la santé du Togo.....	B



## Introduction

Le Togo à l'instar de tous les pays de l'Afrique sub-saharienne est confronté à de lourds poids en matière de morbidité et de mortalité. A ces poids s'ajoutent des problèmes de ressources humaines en santé qui aggravent sa situation sanitaire. Le personnel de santé en général et infirmier en particulier est appelé à faire face ainsi à des enjeux sanitaires qui nécessitent un haut degré de capacités d'intervention.

La formation paramédicale initiale permet de mettre à la disposition des services sanitaires d'un pays des professionnels habilités à accomplir certaines tâches qui leur sont dévolues. Les métiers paramédicaux en général et infirmiers en particulier mettent en avant les compétences techniques et relationnelles essentiellement. Ces compétences sont en fait les fruits des attentes en besoins de santé du pays, et découlent des besoins des populations. Elles sont donc fonction de la politique nationale de santé définie à partir des priorités sanitaires du pays.

La formation initiale des infirmières et infirmiers vise prioritairement à former des agents de santé capables de prendre soin de l'individu, la famille et la communauté dans des situations complexes en tenant compte de leurs besoins, capacités et ressources.

La complexité et l'évolution des problèmes auxquels doit faire face un système de santé modèlent les compétences de ses différents acteurs qui sont tout aussi à l'écoute des besoins des populations que des signaux émanant des autres pays.

Notre présente étude s'intéresse ainsi au rôle que doit jouer la formation dans l'acquisition des compétences plus spécifiquement l'organisation de l'enseignement et de l'apprentissage des futurs professionnels pour répondre valablement aux besoins de santé des populations à desservir en matière de santé publique.

## 1. Cadre conceptuel

### 1.1 Question initiale

L'atteinte des objectifs de santé pour une population passe d'abord par la mise en place d'une politique permettant une exploitation adéquate des organisations, structures, et des ressources matérielles et humaines de l'ensemble du système de santé. Les moyens humains de ce système se retrouvent dans une multitude de professions différenciées entre elles par leur nombre mais aussi par leur classification sociale. L'exercice de certaines nécessite de longues et laborieuses études académiques alors que pour d'autres une simple formation sur le tas confère les aptitudes et attitudes indispensables à leur pratique. Les cadres de formation préparant à l'exercice des professions paramédicales en générale et plus spécifiquement infirmières sont régis par des textes réglementaires<sup>1</sup> qui définissent la durée de parcours de l'apprenant, les compétences attendues à la fin et les disciplines s'y afférant. La formation des infirmières est passée, à l'instar d'autres formations, de part sa nature professionnelle et des besoins de la gestion des ressources humaines, « *de programmes axés principalement sur des contenus disciplinaires à des programmes visant l'intégration de savoir, de savoir-faire et d'attitudes nécessaires à l'accomplissement de tâches et de rôles professionnels* » (Roland et al., 1996). L'efficacité de la politique de santé est liée à sa capacité à exploiter toutes les compétences des différents acteurs qui composent sa ressource humaine. De plus, elle est liée aussi à la représentation que chaque acteur individuellement a de son rôle dans la chaîne de santé dont le principal but est de garantir à l'échelle d'une nation la bonne santé pour tous. Pour C. Murray, « *malgré les progrès importants accomplis ces dernières décennies, la quasi-totalité des pays exploitent incomplètement les ressources dont ils disposent. Il en résulte de très nombreux décès et incapacités évitables, des souffrances inutiles, des injustices, des inégalités et le non-respect du droit fondamental de l'être humain à la santé.* » (OMS, 2000) Le potentiel des ressources humaines en général et des infirmières en particulier réside aussi dans leur maîtrise des composantes et mécanismes de la santé publique. Notre travail a donc pour but de répondre à cette question initiale : **quelle est la place de la santé publique dans la formation paramédicale (infirmière) initiale?** Le but à atteindre dans le travail de recherche de réponses à cette question est d'améliorer l'enseignement et l'encadrement pratique des étudiants paramédicaux/infirmiers dans la prise en charge des priorités sanitaires du Togo.

Les programmes de formation des infirmiers de Dole et de Lomé au Togo renferment des modules qui visent à donner aux apprenants des capacités cognitives et des attitudes leur permettant d'exercer leur profession non seulement pour soulager chaque individu malade qui les sollicite mais aussi pour aider

---

1 a- Décrets N°59-012/PR du 21 janvier 1999 de la République du Togo

b- Le Ministère de la santé français. Arrêté relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, 2001 <http://www.droit.org/jo/20010926/MESP0123163A.html>

les communautés à anticiper valablement les réponses aux questions de santé auxquelles elles sont confrontées. Le professionnel de santé doit être amené à travailler pour la restauration de la santé, la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. Ainsi à Lomé au Togo quatre (04) cours à savoir l'épidémiologie, la santé communautaire, l'information – éducation - communication (IEC) et la gestion des services de santé répondent à ce souci. A Dole en France, un module intitulé santé publique devrait conduire les apprenants à satisfaire les attentes en matière de santé des collectivités. Les objectifs, la durée, les contenus et les méthodes d'enseignement de ces modules varient selon les deux pays qui diffèrent eux mêmes de part les cadres juridiques, économiques, politiques, sociologiques et historiques de leurs systèmes de santé.

## 1.2 Définition de concepts

- Santé

Du grec « ugieïa » signifiant littéralement « la vie bonne », la santé est caractérisée selon l'OMS par un « état de complet bien être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1992). En considérant la dimension sociale de cette définition au détriment de ses aspects subjectifs (Canguilhem, 1979), utopiques et statiques (Dubos, 1973), trois points du "bien être" peuvent se dégager. D'abord, il apparaît que la santé d'un individu dépend de la santé de la collectivité dans laquelle il vit. Ensuite, l'idée qu'un individu a de sa santé est intimement liée au modèle de santé/maladie que la société dans laquelle il vit adopte. Quand par exemple, les ONG de défense des droits de l'homme luttent contre le "gavage" des adolescentes dans certaines régions africaines, les autorités européennes s'engagent dans une chasse contre les dérives des régimes amaigrissant des mannequins. Enfin, la santé de l'individu est intimement liée au contexte social. L'impact du chômage sur la santé en est une illustration parmi tant d'autres déterminants sociaux de la santé (eau, assainissement, bonne politique de soins de santé). La santé a ainsi un aspect collectif dont s'occupe la santé publique.

- Santé publique

Elle a selon le dictionnaire Larousse médical (2003) deux sens. Pour le premier, la santé publique est « une étude de la santé d'une population soit à l'échelon national, soit à un autre échelon » allant du monde à un groupe social. C'est la discipline scientifique visant à assurer la santé à la collectivité perçue comme un tout. La santé publique peut aussi être entendue comme l' « ensemble des actions et prescriptions relatives à la préservation et à la protection de la santé des citoyens, à l'échelon d'un groupe donné de la population ou à celui de la nation et dépendant de la collectivité »<sup>2</sup>. Elle améliore la dimension individuelle de la santé au travers des activités visant la communauté. Elle est donc la « science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société » (Nutbeam, 1998).

<sup>2</sup> Dictionnaire larousse. [http://www.larousse.fr/ref/medical/sante-publique-\\_15976.htm](http://www.larousse.fr/ref/medical/sante-publique-_15976.htm)

- Soins infirmiers ou *nursing*

Ce sont des interventions scientifiquement valables et techniquement approuvées assurées par l'infirmier/infirmière diplômé(e) d'Etat à un individu (malade, mourant ou sain) ou une communauté qui aurait amélioré elle-même son état de santé si il ou elle avait la force, la volonté ou le savoir nécessaire en vue de son recouvrement ou de son amélioration. Ils consistent donc à apporter à la personne l'aide nécessaire pour être indépendante, pour retrouver son intégrité biologique, psychologique et sociologique (Collière, 1984). D'après cet auteur : « *les soins infirmiers sont l'ensemble d'un processus de discernement des besoins sanitaires d'une personne ou d'un groupe et l'action qu'il faut mettre en œuvre pour y répondre* ». Pour V. Henderson, les soins infirmiers consistent à « *aider l'individu malade ou en santé au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible* »<sup>3</sup>. En France, l'alinéa 2 du Décret n°81-539 du 12 mai 1981 précise que la fonction infirmière « comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion ».

Les soins infirmiers tels que définis par le Conseil International des Infirmières (CII), font mention de la fonction de soins et traitement des personnes malades par l'infirmière mais aussi de l'investissement de cette dernière dans l'amélioration de la santé de la population considérée comme un tout. L'infirmière est au cours de la phase de dépendance du patient : « *... la conscience de l'inconscient, l'amour de la vie du suicidé, les jambes de l'amputé, les yeux du nouveau aveugle, les moyens de locomotion du nouveau-né, le savoir et la confiance de la jeune mère, la voix de ceux qui sont trop faibles pour parler, etc* » (Henderson, 2006). Le rôle de l'infirmière et infirmier vis-à-vis de la communauté consiste en la pratique de la prévention des maladies, la promotion de la santé et de la protection sanitaire des populations en se référant au savoir infirmier, aux sciences sociales et de la santé publique (Department of health and senior services, 2006). Tandis que la prévention consiste à éviter l'apparition des problèmes de santé chez les personnes exposées aux risques, ou en position de le devenir, la promotion de la santé consiste à donner des habiletés à une population pour prendre en main son état de santé en vue de l'améliorer, alors que la protection sanitaire consiste à agir sur le milieu environnant de manière à le rendre bienfaisant pour la santé et à éliminer autant que possible tous les dangers.<sup>4</sup> D'après les infirmières et infirmiers de santé de Manitoba, « *le service infirmier de la santé publique s'adresse à la population générale bien que la priorité soit accordée aux populations à risque élevé* » (Santé Manitoba, 1998).

<sup>3</sup> V. Henderson. Principes fondamentaux des soins infirmiers, CII, 1960

<sup>4</sup> Santé Manitoba. Le rôle de l'infirmière ou infirmier de la santé publique au sein de l'office régional de la santé. 1998 <http://www.gov.mb.ca/health/documents/roleors.pdf> consulté en juin 2008

Dans cette optique, l'infirmière se retrouve donc activement impliquée dans les trois (3) fonctions de la santé publique (prévention des risques et maladies, promotion de la santé, protection sanitaire) si l'on se réfère à la définition du CII.

- Promotion de la santé

Selon la charte d'Ottawa, c'est l'ensemble des actions visant à « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* ». Elle fait de la santé une ressource essentielle sujette à d'autres ressources de base comme la paix ou une situation politique stable, l'éducation de base, un travail décent, l'accès à l'eau potable, un environnement non pollué, la justice.

- Education pour la santé

L'éducation pour la santé est un processus qui consiste à donner aux populations les informations scientifiquement valables et utiles pour leur santé et les inciter à adopter des habitudes en adéquation avec celles-ci.

- La compétence

Elle est une combinaison déterminée de savoir, savoir-être et du savoir-faire permettant « *d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée* » (Carré & Caspar, 1999).

Dans la formation infirmière pour ce qui concerne la compétence en santé publique, elle va de la simple connaissance des besoins et demandes en lien avec des problématiques des priorités sanitaires à la mise en oeuvre d'une démarche d'éducation pour la santé à la population cible, de prévention des maladies et de promotion de la santé. Ce processus est basé sur la conception par le professionnel des techniques et outils pédagogiques adaptés à la population cible.

- Formation initiale

Il s'agit de la formation conduisant à l'obtention du diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession soignante. Dans le cadre des métiers paramédicaux, elle est de trois ans au Togo.

- Système de santé

Selon OMS : « *un système de santé, c'est l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but principal est d'améliorer la santé.*

*Pour fonctionner, un système de santé a besoin de ressources humaines et financières, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, et d'une orientation globale. Il doit assurer des services répondant aux besoins et financièrement justes et toujours veiller à traiter les gens décemment. » (OMS, 2008)*

Le souci des hommes de préserver leur santé ou de l'améliorer les a conduit à instituer des structures pouvant leur permettre de répondre à cette attente. Ces systèmes à caractère magico-spirituel et

rudimentaires au début, ont évolué pour donner un ensemble structuré dont les performances, selon l'OMS, devraient être lues à la lumière de l'atteinte des objectifs suivants : améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière. Cette même organisation définit le système de santé comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend par tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiation intersectorielle ». Il permet d'atteindre les objectifs d'une politique de santé et est intimement lié à l'ensemble du système économique d'un pays (Cazaban et al., 2005). Malgré les différences observées entre les systèmes de santé nationaux, ils ont quatre (04) fonctions essentielles qui sont : la prestation de service, la production de ressources, le financement et l'administration générale (OMS, 2000).

### 1.3 Intérêt

Notre étude se situe dans le champ de la formation paramédicale initiale en général et infirmière en particulier donnée à l'École Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM) au Togo. Elle a pour principal objectif de comprendre les influences que l'enseignement de la santé publique a sur la propension des étudiants à collaborer, leur motivation dans la formation voire leur implication se traduisant par le fait de poursuivre leur engagement dans l'amélioration de l'état sanitaire du pays. La présente étude a un intérêt théorique et un intérêt pratique.

Sur le plan théorique, elle permettra de prendre en compte les handicaps liés à l'enseignement et l'apprentissage de la santé publique, de cibler les supports pédagogiques efficaces et adaptés, et la mise en place des approches pédagogiques plus adéquates. Sur le plan pratique, elle permettra également d'améliorer l'encadrement par les formateurs, le système des pairs et autres organisations, et de promouvoir un meilleur développement des compétences.

### 1.4 Revue de la littérature

#### 1.4.1 Les systèmes de santé

A la publication en 2000 du rapport de l'OMS sur la santé intitulé *Pour un système de santé plus performant*, le directeur de cette organisation déclarait que « *le principal message qui émane de ce rapport est que la santé et le bien-être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé* ». Les systèmes de santé font partie de l'ensemble du système économique d'un pays et sont en tant que produits de politiques nationales de santé, la résultante de choix économiques, sociaux et culturels. La diversité de systèmes et la complexe relation qu'entretiennent leurs diverses composantes (voir figure) ont conduit l'OMS, pour « aider tous à



parvenir à un jugement équilibré », à établir un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé des 191 pays membres de l'organisation.



Figure 1 : Schéma d'un système de santé

Ce cadre a permis de classer les systèmes de santé des différents pays à partir de cinq critères : niveau de santé général de la population; inégalités (ou disparités) de santé dans la population; degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjuguée au bon fonctionnement du système); distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé); et répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population (qui assume les coûts). De ce classement, il ressort que des 48 systèmes de santé des pays africains au sud du Sahara, seuls 04 (Seychelles, Sénégal, Iles Maurice, Bénin) sont classés parmi les cent premiers systèmes de santé. On en retrouve par contre 35 parmi les 50 derniers, 32 dont le Togo parmi les 40 derniers et 26 parmi les

30 systèmes les moins performants du monde. Même si 34 pays des 40 derniers du classement mondial du PNUD (2003) sont au Sud du Sahara, la mauvaise performance de ces systèmes « n'est pas simplement due à des différences de revenus ou de dépenses, car nous savons que la performance peut fluctuer très nettement entre des pays qui consacrent à la santé des montants à peu près équivalents »<sup>5</sup>.

Tableau 1 : Critères d'évaluation des systèmes de santé et classement OMS 2000

	Cap-Vert	France	Togo
Protection Sociale	Assistance	Assurance	Assistance
Dépenses de santé/PIB en %	2,8	9,8	2,8
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	63,8	76,9	42,8
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	32,2	23,1	57,2
Financement prédominant	Impôt	cotisation	Impôt
Espérance de vie à la naissance: Hommes/Femmes (années) (1999)	64,2 / 71,8	74,9 / 83,1	48,9 / 50,8
Taux de mortalité infantile	40	3	142
Classement par rapport à la performance globale	113	1	152

Source : OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant

La part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut exprime la part de la richesse nationale consacrée à la santé et permet de comparer les pays entre eux mais également de se rendre compte de l'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB. Bien que le Cap-Vert et le Togo consacrent les mêmes parts de dépenses en santé par rapport à leur produit intérieur brut (PIB), force est de constater la grande différence qui existe entre l'état de santé de leurs populations respectives, traduite ici par les indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité infantile entre les deux pays. Cette différence peut être due soit à l'immensité des interventions sanitaires nécessaires pour répondre aux besoins de la population togolaise, à la performance quantitative et qualitative des ressources humaines pour la santé ou à une organisation peu conforme aux réalités du terrain.

Les interventions sanitaires dépendent de trois apports des systèmes de santé que sont : les ressources humaines, le capital physique et les produits consommables comme le montre la figure suivante :

<sup>5</sup> Dr Gro Harlem Brundtland, Message du Directeur General In OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000

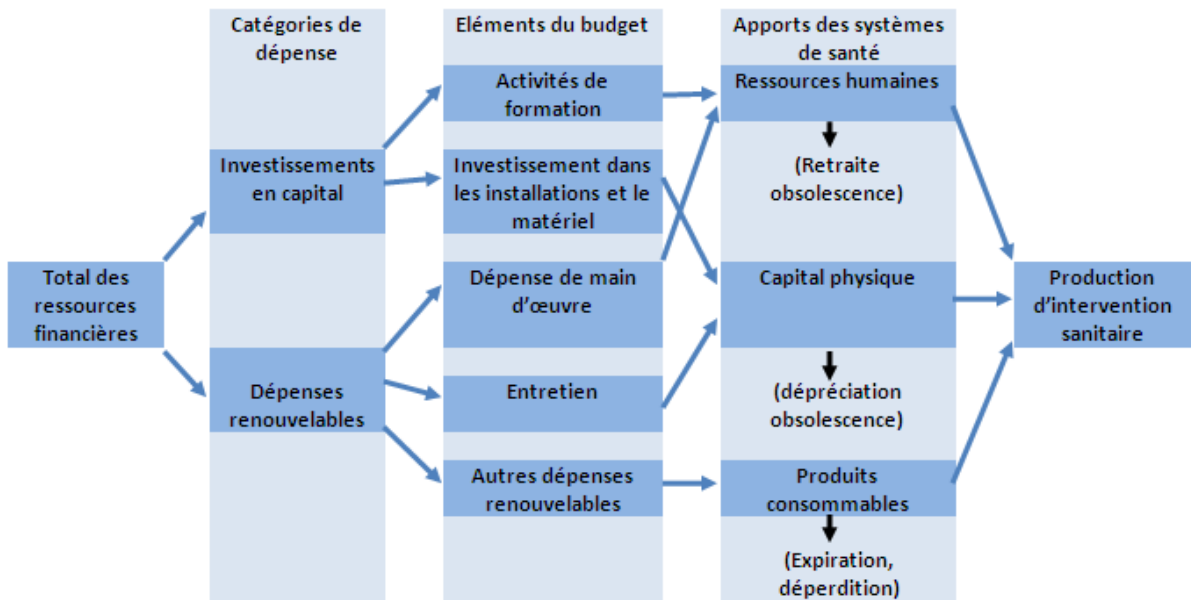


Figure 2 Des ressources financières aux interventions sanitaires

Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, page 85

Au-delà des lacunes institutionnelles, des difficultés organisationnelles, des déséquilibres budgétaires et du problème de l'équité des prestations, il se pose d'une manière générale le problème des ressources et plus particulièrement des ressources humaines. Même s'il apparaît que l'histoire très récente de la médecine moderne au Togo explique aussi l'urgence de l'investissement dans la construction des installations telles que les centres médico-sociaux et les dispensaires, l'investissement dans la formation des professionnels de santé est un paramètre fondamental pour pallier les problèmes actuels de manque de main-d'œuvre qualifiée mais aussi pour le renforcement de la compétence des professionnels et des structures d'accueils des apprenants. Les standards internationaux sont en matière de qualité de formation des outils à améliorer en les adaptant aux réalités de chaque pays.

Tableau 2 : Ressources humaines des systèmes de santé

	Cap- Vert	France	Togo	Région OMS Afrique
Nombre de médecin pour 10 000 habitants	5	34	<1	2
Nombre d'infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants	9	80	4	11
Personnel en dentisterie pour 10 000 habitants	<1	7	<1	<1
Personnel dans les domaines de l'environnement et de la santé publique pour 10 000 habitants	<1	...	<1	<1
Agents de santé communautaires et traditionnels pour 10 000 habitants	1	...	<1	4

Source : OMS statistiques sanitaires mondiales 2008

Le tableau nous montre l'importance du nombre des agents de santé qualifiés dans la performance des systèmes de santé. La formation initiale ou continue des prestataires de soins constitue des moyens pour ajuster les connaissances et compétences dont dispose un système de santé. Même si « *la performance du système de soins de santé dépend, en dernière analyse, des connaissances, compétences et motivations des personnes responsables de la prestation des services* », la question fondamentale est de déterminer le niveau de connaissance et de compétence nécessaire pour assurer une gamme de service donnée. Cette question concerne aussi la santé publique et pour y répondre valablement, il est important de « déterminer les besoins sanitaires, les priorités sociales et les attentes des consommateurs ».

#### 1.4.2 Le système de santé togolais

##### **Organisation**

Le Ministère de la santé du Togo est organisé en une pyramide de trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire ou régional et le niveau périphérique ou préfectoral (voir figure N° 3). Le niveau central est composé sur le plan administratif du cabinet du ministre chargé de la santé, d'une direction générale, 05 directions centrales, 15 divisions et 39 services et programmes. Sur le plan de l'offre de service de soins, il comprend 02 CHU à Lomé et 01 à Kara qui constituent le troisième et dernier recours de référence du système de soins. Le niveau intermédiaire est composé de 06 directions régionales et de 06 centres hospitaliers régionaux (CHR) qui constituent le deuxième niveau de référence du système de soins. Le niveau périphérique est composé de 35 directions préfectorales/

districts et de 47 hôpitaux et polycliniques auxquels il faut ajouter 568 autres centres médico-sociaux, centres de santé et dispensaires. Les hôpitaux de district constituent le premier niveau de référence national des soins.

Les hôpitaux nationaux universitaires, régionaux et de district sont en général situés dans les centres urbains : Lomé la capitale et les chefs lieux de régions et de préfectures. Ainsi plus de la moitié du personnel qualifié se retrouve à Lomé qui ne compte que 42% de la population.

Les programmes et les services chargés des actions préventives sont concentrés au niveau central (voir annexe). Même s'il est entendu que les différentes directions régionales et autres subdivisions administratives de la santé (directions préfectorales, de districts) constituent le prolongement de l'action du niveau central, les compétences en matière de prestations de services de promotion, de protection de la santé et de prévention de la maladie sont très peu représentées à la base de la pyramide. Cette situation entraîne la déconnexion des prestataires des véritables cibles des problèmes de santé publique.

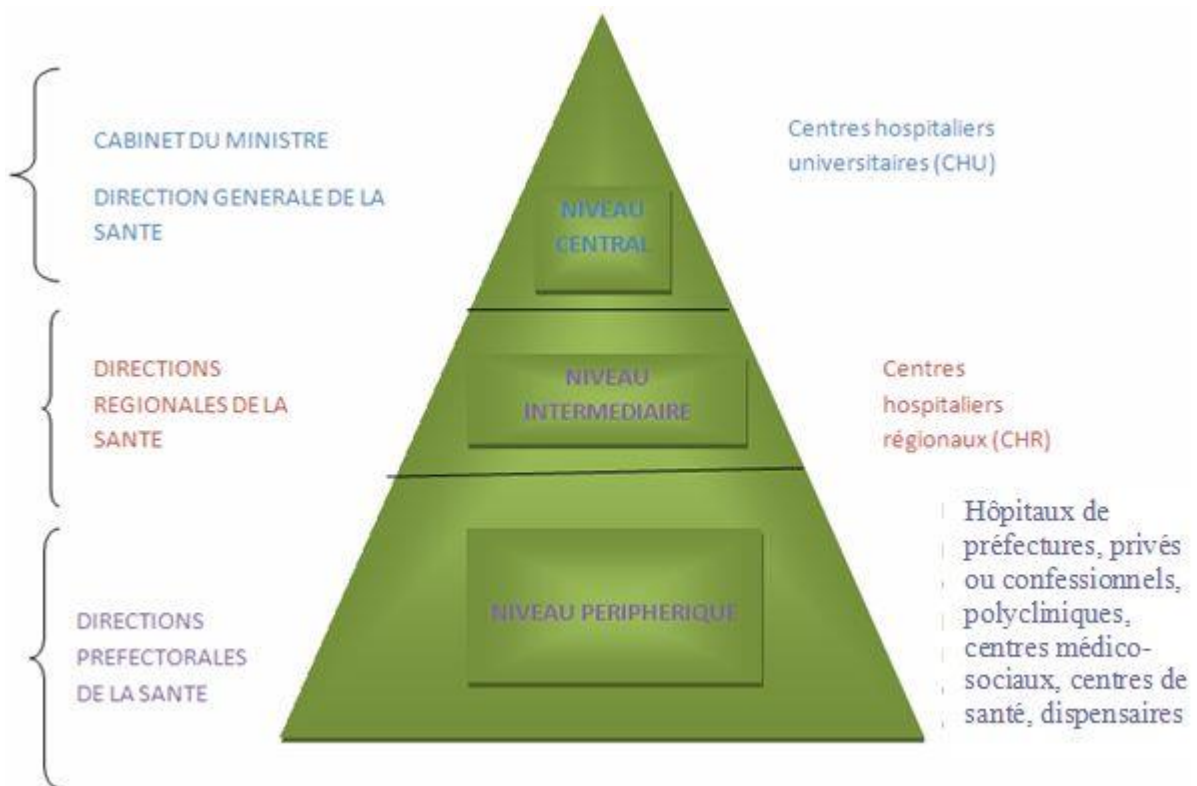


Figure 3 : Pyramide sanitaire

## *Situation sanitaire du pays*

### **Les principales causes de mortalité**

L'espérance de vie au Togo est passée de 55 ans à la naissance en 1990 à 57 ans en 2006. L'infection à VIH constitue la première cause de mortalité parmi la population togolaise avec une prévalence en 2005 de 2879 pour 100 000 habitants.

Tableau 3 : Distribution des 10 premières causes de décès tout âge confondu - Togo 2002

Affections	Fréquence (%)
VIH/ Sida	17
Infections respiratoires basses	14
Paludisme	11
Problèmes périnataux	7
Tuberculose	5
Maladies diarrhéiques	5
Maladies vasculo-cérébrales	4
Maladies cardio-vasculaires	4
Traumatismes	3
Coqueluche	1

Source: WHO. Country Health System Fact Sheet 2006 Togo

Les problèmes périnataux représentent la quatrième cause de décès au Togo. Les enfants ayant rencontré de problèmes pendant la période périnatale sont donc plus susceptibles de décéder suite aux complications et à la mauvaise qualité des soins néonataux. La période néonatale est très particulièrement sujette au paludisme, aux infections sévères et maladies diarrhéiques diverses.

### **L'état de santé des enfants de moins de cinq ans**

En 2006, le taux de mortalité néonatale au Togo est de 39 pour 1000 naissances vivantes contre 30 au Congo et Cameroun, 20 en Namibie, 9 au Cap-Vert et 2 en France (OMS, 2008).

Tableau 4 : Estimation annuelle des causes de décès chez les nouveaux-nés - Togo 2000

Affections	Fréquence (%)
Tétanos néonatal	6
Infection sévère	29
Asphyxie	23
Maladies diarrhéiques	3
Anomalies congénitales	7
Prématurité	25
Autres	7
Total	100

Source: WHO. Country Health System Fact Sheet 2006 Togo

On remarque la place importante qu'occupent les infections sévères dans la mortalité des nouveau-nés qui représentent à elles seules près du tiers des cas de décès. Ce sont des infections liées à des «*pneumonies, méningites, septicémies et autres infections contractées durant la période néonatale*» (OMS, 2000). Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans TMM5 (probabilité de décès entre la naissance et l'âge de 5 ans pour exactement 1000 naissances vivantes) estimé pour l'année 2006 selon l'OMS est de 108 pour 1000 naissances vivantes. Un taux qui demeure très élevé même comparativement à d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne comme le Cap-Vert et bien loin des performances françaises dans le domaine (Voir graphique ci-dessous), taux respectivement fixés pour ces 2 pays à 34 et 4 pour 1000 naissances vivantes en 2006 selon les estimations onusiennes.

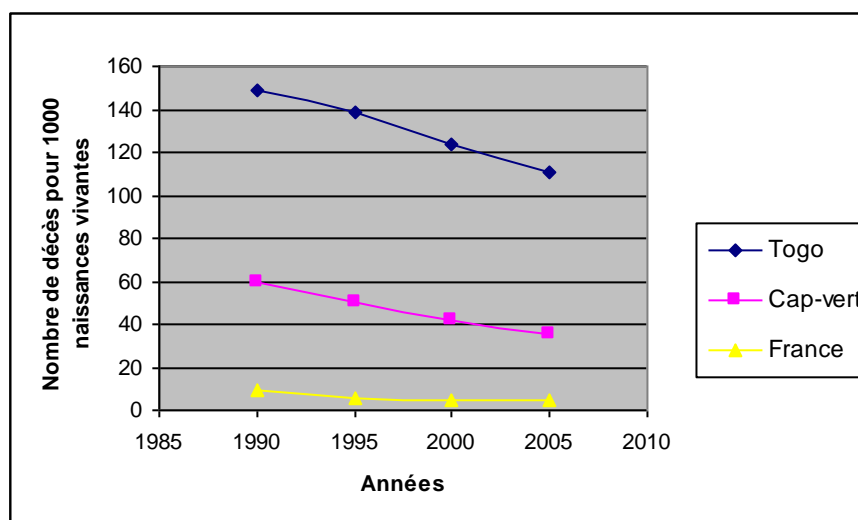


Figure 4 Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes de 1990 à 2005 au Togo, Cap-Vert et en France

Source : Nations Unies. Indicateurs du Millénaire : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, Togo, Cap-Vert, France (1990-2005)

Les causes de cette forte mortalité sont essentiellement liées à des maladies évitables telles que les « *maladies transmissibles de l'enfance, malnutrition et carences en micronutriments, épidémie du VIH/SIDA et ses conséquences...* » (OMS, 2004). (Voir tableau 5)

Tableau 5 : Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans (2000-2003)

Causes	Fréquence (%)
Problèmes néonataux	29
VIH/ Sida	6
Maladies diarrhéiques	14
Rougeole	5
Paludisme	27
Pneumonie	17
Traumatisme	2
Autres	0

Source: WHO. Country Health System Fact Sheet 2006 Togo

Les moyens de prévention des quatre principales causes de mortalité des enfants de 5 ans au Togo qui sont les problèmes néonataux, le paludisme, la pneumonie et les maladies diarrhéiques reposent non seulement sur des actions individuelles comme les conditions d'hygiène, l'alimentation mais aussi collectives (politique de santé équitable, politique de l'habitat et d'assainissement, offre de soins accessible et de qualité, couverture vaccinale, utilisation de moustiquaires imprégnés d'insecticide...). Ils dépendent ainsi en partie du niveau de qualification, de motivation et d'implication des professionnels de santé en général et celui des infirmières en particulier pour l'amélioration de l'état de santé infantile. L'amélioration de la prévention de ces maladies évitables à chaque niveau d'offre de soins du système sanitaire et les soins néonataux de meilleure qualité auraient un impact très considérable dans la réduction du TMM5. Ce qui permettra d'approcher autant que faire se peut l'objectif 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui est de réduire des deux tiers d'ici en 2015 le taux de mortalité infantile. L'atteinte de cet objectif passe alors par la nécessité d'une culture de santé publique chez les futures infirmières depuis leurs lieux de formation pour qu'ils puissent se définir en tant qu'acteurs promoteurs de santé et prendre conscience pleinement de ce rôle qui leur est dévolu. Car les infirmières sont, dans la très grande majorité des cas dans les zones urbaines aussi bien en zones rurales, les premiers contacts de la population avec un professionnel de la santé si l'on se réfère non seulement à l'accessibilité financière de leurs prestations par rapport aux médecins mais aussi à leur ratio par habitant qui est en 2004 de 0,43 contre 0,04 chez les médecins.



### 1.4.3 Approche par compétence

La notion de compétence est très récente dans le monde de la formation (Carré & Caspar, 1999). Elle y est aujourd'hui incontournable surtout en matière de formation professionnelle. Avant d'aborder les différentes définitions du concept et leurs implications dans l'évolution des formations axées sur des objectifs aux formations axées sur la compétence, essayons de cerner le pourquoi et le comment de cet engouement autour de la notion de compétence surtout quand il s'agit des formations paramédicales en général et des soins infirmiers en particulier.

La notion de compétence a connu une émergence d'abord sur les lieux de pratiques professionnelles avec l'évolution de l'organisation du travail grâce aux apports des psychologues du travail dans la protection des travailleurs et des exigences d'efficience des patrons et consommateurs. Dans le secteur de la santé, les nouvelles technologies et la complexité des soins administrés ont conduit les uns et les autres à admettre que la pratique infirmière ne se limite pas à l'exécution d'un ensemble de gestes conformes déjà planifiés avec minutie. En effet, **le bon infirmier** n'est pas seulement celui qui suit les consignes laissées par le médecin mais aussi celui qui est capable d'analyser un problème situationnel et de le résoudre pour faciliter ou optimiser l'atteinte des résultats escomptés. Le bon infirmier doit donc être compétent. Il va sans dire que ces attentes professionnelles de l'infirmier/infirmière ont des répercussions sur sa formation. Ici, il est important, de décrire les compétences et les conditions de leur production. Cinq approches de descriptions des compétences ont été proposées (Carré & Caspar, 1999) :

#### *L'approche par les savoirs*

Cette approche fait de la compétence des « savoirs mis en œuvre ». Le problème en formation consiste à identifier pour chaque emploi, activité voire tâche le savoir à transmettre lors de l'apprentissage. Même si cette approche paraît simpliste quand à la définition du savoir, elle est la plus répandue dans les ingénieries de formation. Plus on sait, plus on est capable de l'action. Si on doit acquérir le savoir par l'apprentissage, la question que nous nous posons est de savoir s'il ne conviendrait pas d'offrir des situations d'apprentissage de « la mise en œuvre de ce savoir ». Cette question est justifiée par les travaux cognitivistes qui distinguent « les connaissances procédurales qui sont de l'ordre de la méthode, du comment faire, du raisonnement, des connaissances déclaratives qui concernent le savoir théorique et académique ». Les premières construites par l'action, sont stockées dans la mémoire à long terme directement alors que les dernières n'ont accès à cette mémoire que si elles sont utilisées pour résoudre un problème.

Connaître les différentes méthodes et techniques pédagogiques ne rend pas un infirmier pour autant capable de mettre en place une action communautaire d'éducation pour amener par exemple les populations à dormir sous les moustiquaires imprégnées quand dans son dispensaire, la plus part des consultations relèvent du paludisme.

### ***L'approche par les savoir-faire***

Même si l'action est ramenée au cœur de la compétence, il s'agit spécifiquement de l'action réussie. Dans le cadre de la formation, cette approche ne permet pas de définir ce qui fait qu'on réussit l'action c'est dire ce qui doit être transmis aux apprenants.

### ***L'approche comportementale***

Elle associe pour décrire la compétence d'un sujet à la fois le savoir, le savoir faire et la personnalité du sujet. L'ambiguïté qui entoure le terme même de la personnalité rend cette approche difficile à exploiter en contexte de formation.

### ***L'approche mixte (savoir, savoir-faire, savoir-être)***

Il s'agit de la somme des trois approches pour définir les compétences nécessaires pour exercer une profession.

### ***L'approche par les compétences cognitives***

Selon cette approche, la compétence serait « la capacité à résoudre des problèmes de manière efficace dans un contexte donné ».

Ces approches de la compétence montrent qu'une formation des infirmières/infirmiers et infirmiers nécessite la prise en compte des facteurs suivants : dépasser l'acquisition simple de savoirs « pour favoriser le développement de savoirs intégrés susceptibles de faire émerger les compétences spécifiques » (Roland et al., 1996) et ensuite, trouver des milieux de pratiques permettant la confrontation des savoirs théoriques avec les savoirs issus de la pratique mais aussi une évaluation des compétences. Ces conditions concernent la formation toute entière qui doit déboucher sur un professionnel complet. Cela relève bien du domaine de l'élaboration du curriculum de formation ou de référentiel de formation. Notre travail vise juste les compétences en santé publique à mobiliser par un infirmier ou une infirmière dans la situation présente du système de santé du Togo.

#### ***1.4.4 Apprentissage et pratiques professionnelles***

On distingue trois processus entrant dans l'apprentissage d'une pratique professionnelle (Carre & Caspar, 1999) : l'apprentissage par l'action, la réflexion dans et sur l'action et l'interaction avec les pairs et les futurs collègues.

Selon ces auteurs, « Apprendre par l'action exige, pour le formé, de s'impliquer, donc d'adopter une posture d'acteur face à un projet professionnel ». L'apprenant développe les nouvelles aptitudes en s'appuyant sur des « connaissances instrumentales contextualisées dans le cadre de son action ». La place du projet professionnel est centrale dans ce type d'apprentissage puisque c'est son identification et maîtrise qui dirige, oriente tout le long de l'apprentissage.

Apprendre par la réflexion dans et sur l'action permet de dé-construire l'acte professionnel afin de l'analyser ; c'est comme pour un tisserand, dévider le fil du métier et à partir des connaissances le

comprendre et en modifier les pratiques. Cette réflexion use de savoirs déclaratifs et procéduraux pour disséquer et s'approprier les situations complexes d'apprentissages. Ce type d'apprentissage est très valorisé dans les institutions de formation professionnelle des infirmières et infirmiers à cause de l'interconnexion entre formation et pratique d'autant que « *la compréhension et l'amélioration de ses pratiques démarreraient d'une réflexion à propos de sa propre expérience* » (Charlier, 1998). Cette auteure souligne également que l'apprentissage est un processus continu qui se poursuit tout au long de la vie professionnelle. Il serait intéressant de soulever ici que le rôle joué par l'empirisme et la conceptualisation dans l'apprentissage de chaque apprenant est très dépendant de son histoire personnelle, des terrains de pratique et de l'organisation des institutions de formation.

Enfin, apprendre par l'interaction avec les pairs, ou futurs collègues se réalise au travers des relations affective et cognitive. L'apprentissage avec les pairs se base sur leur accessibilité et la facile identification qui s'opère en eux. Les futurs collègues par leur notoriété d'acteurs quotidiens des pratiques professionnelles, favorisent une bonne représentation de la profession. La question de la validité des apprentissages transmis des deux cotés se pose et les méthodes d'encadrement et d'évaluation des apprenants soulèvent dans le cas des futurs collègues des questions majeures.

#### 1.4.5 Programme axé sur la compétence

Le programme de formation des infirmiers est à l'image de l'étendue et de la complexité des tâches qui les attendent dans leur future profession et est basé sur un ensemble de connaissances et d'habiletés que l'apprenant doit acquérir. Un ensemble de contenus disciplinaires ayant des objectifs pédagogiques spécifiques entendu comme « un énoncé d'intention qui précise et fixe les changements durables qui doivent s'opérer chez le sujet pendant ou suite à une situation pédagogique » (Legendre, 1993). Newmann (1988) a relevé que cette approche provoque chez les formateurs, une « préoccupation de couvrir le contenu disciplinaire à enseigner et une tendance à fragmenter l'apprentissage des étudiants » en conséquence l'évaluation sera centrée sur le contenu disciplinaire. Par contre, dans les programmes axés sur les compétences, ce sont les attentes en la matière des milieux professionnels qui fondent et guident l'élaboration et l'exécution des activités pédagogiques (voir figure 5). Selon L. Roland et al. (1996) un programme axé sur les compétences tient compte au départ de deux exigences. D'abord une analyse des rôles et des fonctions que les professionnels d'un secteur d'activité donné doivent exercer maintenant et dans le futur. Cette analyse doit prendre en considération les caractéristiques des clientèles, la diversité des contextes dans lesquels ces rôles et fonctions sont susceptibles d'être exercés, les attitudes professionnelles et personnelles qui caractérisent l'exercice de la profession. Ensuite une adaptation des contenus disciplinaires afin de cerner et de retenir les aspects qui contribuent directement à l'expression des rôles et fonctions nécessaires à l'accomplissement des tâches professionnelles.

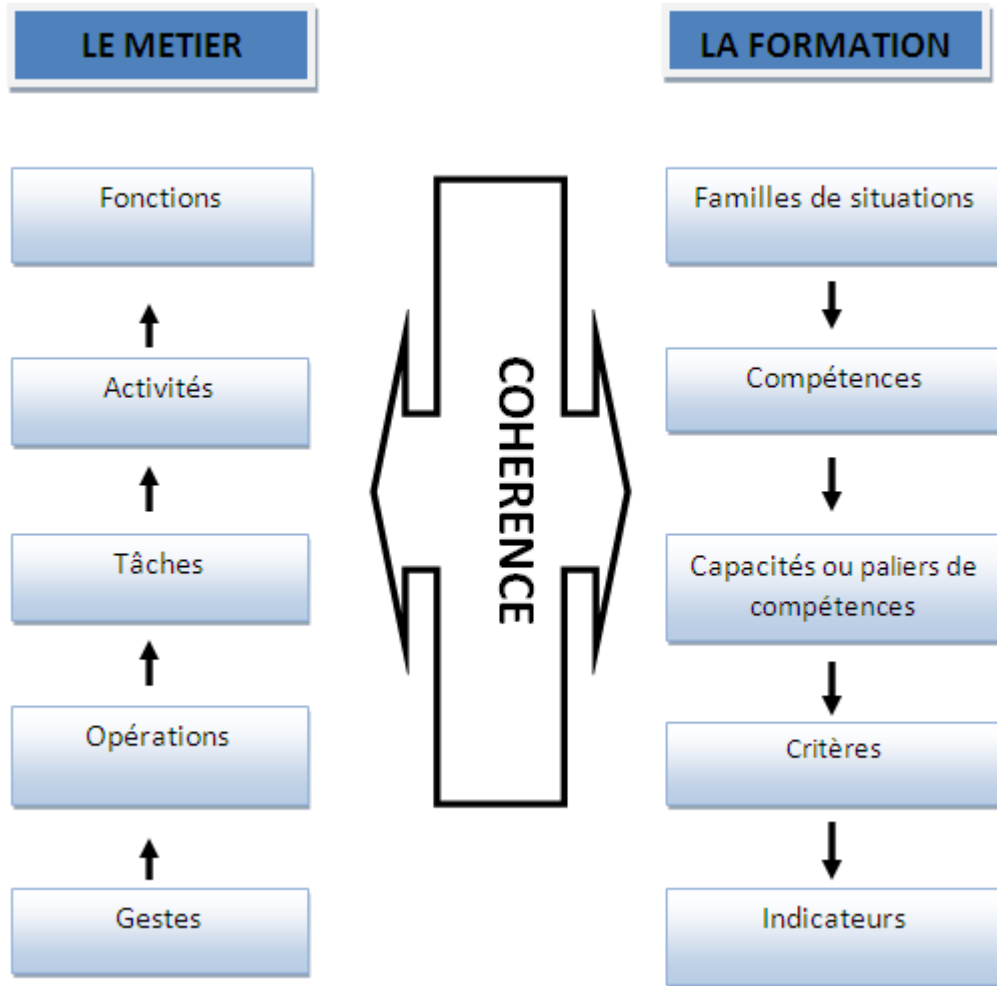


Figure 5 : Du métier à la formation

Source : D. Lemenu et G. Kahombo. Approche par compétences, ses particularités dans la formation en santé<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Disponible sur :

[http://www.itg.be/becausehealth/uploads/index/20061016\\_375189448\\_3presentationdlemenu%20\\_%20gkahombo.pdf](http://www.itg.be/becausehealth/uploads/index/20061016_375189448_3presentationdlemenu%20_%20gkahombo.pdf)  
[http://www.itg.be/becausehealth/uploads/index/20061016\\_375189448\\_3presentationdlemenu%20\\_%20gkahombo.pdf](http://www.itg.be/becausehealth/uploads/index/20061016_375189448_3presentationdlemenu%20_%20gkahombo.pdf)

## 1.5 La synthèse du travail exploratoire : problématique

La production et la consommation des ressources humaines qualifiées et appropriées aux contextes sont l'une des attributions majeures des systèmes de santé (OMS 2000). L'historique des professions paramédicales en général et infirmières en particulier tout comme les normes de formation et sanitaires proposées et admises par les instances internationales de la santé donnent aux qualifications et actes posés par les professionnels de la santé du Togo une validité. Les résultats des efforts de l'ensemble des acteurs semblent souffrir d'une lourdeur handicapante à laquelle notre étude veut proposer une solution à la base dans les écoles de formation. Les problèmes de santé qui se posent avec acuité au pays sont pour la plus part liés à l'assainissement de l'environnement, aux conditions et habitudes de vie, à l'immunisation et à l'accessibilité aux soins. De ce fait, les actions visant à les enrayer sont du domaine de la santé publique. L'approche épidémiologique liée aux facteurs intrinsèques (déterminants et distribution de la maladie) doit s'associer à une approche liée aux facteurs comportementaux associés aux habitudes de vie individuelles ou collectives. Deux approches des actions d'éducation sont possibles. Une première basée sur le principe de l'éducation à grande échelle et une seconde basée sur les techniques destinées à l'éducation de l'individu, la famille ou une petite collectivité. Ces dernières ont besoin de la professionnalisation de l'agent de santé pour mettre en branle les mécanismes de changement des comportements devant conduire à la réduction des taux de morbidité et de mortalité. Les savoirs, savoir-faire, savoir-être indispensables à cette pratique sont à acquérir par les futurs professionnels de soins de santé dans les écoles de formations à travers un ensemble de contenus. La problématique de notre étude est donc la suivante : **l'enseignement de la santé publique dans les études infirmières dans le contexte togolais est-il adapté aux défis du système de santé togolais ?**

Notre hypothèse de travail est la suivante : la formation initiale doit conduire l'étudiant à l'acquisition des compétences en santé publique en plus de celles spécifiques aux techniques de soins. L'enseignement et l'apprentissage doivent non seulement inciter mais aussi mieux préparer l'étudiant à s'investir dans la politique nationale de santé pour l'amélioration de l'état sanitaire des populations en général et de la qualité des soins offerts dans les centres périphériques en particulier.

1.6 Modèle d'analyse

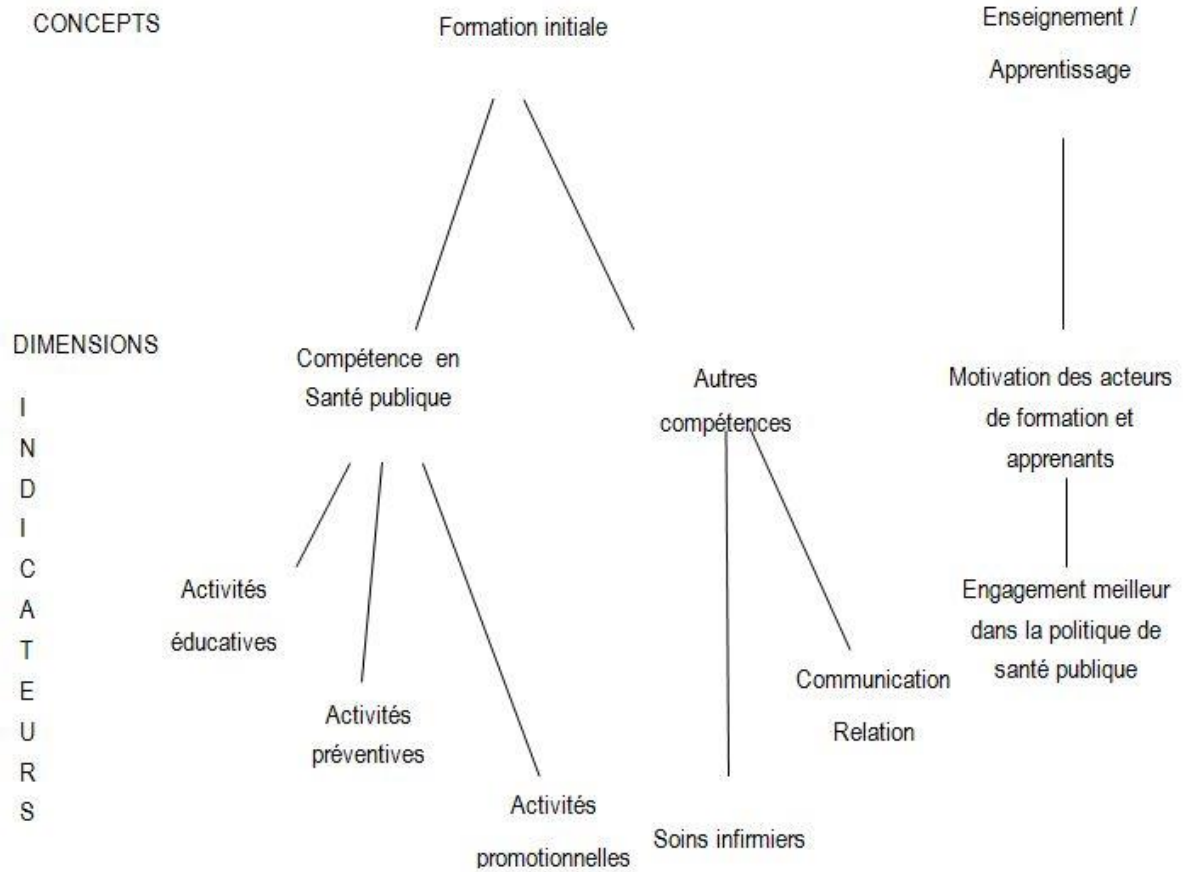


Figure 6 : Modèle d'analyse

## 2. Contexte social : Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM)

L'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM) est la seule école académique au Togo (Afrique de l'Ouest) chargée de la formation des paramédicaux. Elle s'est agrandie au fil des années par l'adjonction de nouvelles filières au noyau initial mis en place en 1945<sup>7</sup>. Elle est composée de sept (07) départements dont six (06) à Lomé la capitale (Infirmiers, Techniciens de Laboratoire biomédical, Kinésithérapeutes, Assistants d'hygiène, Orthoprothésistes, Orthophonistes) et un (01) à Sokodé (Aides sanitaires) situé à environ 400km de Lomé. L'accès à l'école se fait sur concours pour les nationaux et les étrangers y sont admis après étude de dossier. Le concours consiste à traiter des épreuves de français, sciences naturelles et une épreuve de spécialité en occurrence les sciences physiques pour le département des infirmiers diplômés d'état. Le niveau d'entrée est le baccalauréat pour ENAM Lomé et le brevet pour ENAM Sokodé depuis 2001. L'ENAM est placée sous la tutelle conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle.

La durée de la formation est de trois (3) ans dans tous les départements. La formation, à la fois théorique et pratique, est assurée par des moniteurs, des enseignants de l'Université et des praticiens exerçant dans différentes structures de soins. Les moniteurs avant tout chargés de l'encadrement pratique sont recrutés par voie exclusive de concours<sup>8</sup>. Les cours théoriques et les travaux pratiques se déroulent au sein de l'établissement. Les stages se déroulent dans des centres de soins situés en zone urbaine et en zone rurale. L'évaluation des élèves est à la fois théorique et pratique. Elle est exclusivement effectuée sous forme de compositions semestrielles. Une moyenne supérieure ou égale à 12/20 est exigée pour passer en année supérieure. La formation aboutit à l'obtention d'un diplôme d'Etat qui semble être pour la plus part un cul de sac en terme de carrière professionnelle. D'autant que dans le secteur paramédical au Togo, «il n'existe pas de documents écrits de plan de formation du personnel. Les besoins en formation de base tiennent compte : des modes de sortie des agents (départ à la retraite, décès, abandon, détachement et autres), de l'extension des infrastructures sanitaires, de la demande en soins et services de santé, du développement de nouvelles branches de prestation de services».<sup>9</sup>

La formation n'est pas modulaire. Les cours sont organisés plutôt en matières et sont généralement transmis de façon magistrale avec des supports pédagogiques comme les vidéoprojecteurs et les rétroprojecteurs. Les notions en santé publique sont données dans tous les départements. Les objectifs généraux poursuivis à la fin du cours sont de : « clarifier les concepts généraux en santé publique, identifier les domaines d'intervention de la santé publique, utiliser les connaissances acquises pour

<sup>7</sup> Arrêté n°274 du 29 mai 1945 portant création de l'Ecole des Infirmières et Infirmiers du Togo

<sup>8</sup> Arrêté interministériel n°142/MSP/METFP du 19 décembre 1995

<sup>9</sup> Kadjanta T. Présentation du Togo: Réunion sous-régionale sur la base de données des ressources humaines de la Santé de l'OOAS Bobo-Dioulasso, 19-21 Avril 2005

l'implication active de l'apprenant dans les actions de conception, d'exécution et d'évaluation de la promotion de la santé des populations au sein d'une équipe de travail». <sup>10</sup>

Pour les atteindre, différents concepts sont communément abordés. Il s'agit essentiellement de : santé, soins de santé primaires, santé communautaire, politique nationale de santé, système sanitaire, déterminants de la santé, épidémiologie, statistiques sanitaires, santé communautaire, gestion des services de santé et information éducation communication IEC ...

Pour des raisons de faisabilité, nous allons nous intéresser au Département Infirmier. Il compte cent (100) étudiants en moyenne par promotion. Il n'existe pas de cours intitulé "santé publique" dans le département. La santé publique est plutôt déclinée à travers l'étude des divers concepts sus-cités depuis la première année le tout couronné au dernier semestre de la dernière année d'un stage dénommé "stage communautaire" effectué durant 10 semaines en zone rurale. Ce stage a pour but de confronter le futur professionnel aux réalités sanitaires du pays en général et des régions rurales en particulier, à toutes les actions nationales de santé publique mises en place en collaboration avec des organismes internationaux et des Organisations Non Gouvernementales (ONG) implantées de ces régions, et donc d'apprendre l'interdisciplinarité des interventions en matière de santé.

### **3. Matériel et méthode**

La méthodologie adoptée pour notre travail concerne le recueil des données d'une part et d'autre part l'apport spécifique du stage.

#### **3.1 Méthode de recueil de données**

La méthode de recueil de données s'est déroulée durant toute la période du stage et de la rédaction de notre travail. Elle a consisté à :

- faire une recherche documentaire (articles, textes et programmes régissant la formation) sur la question d'étude ;
- avoir les entretiens et rencontres avec les divers corps professionnels (formateurs, soignants, assistants sociaux) impliqués dans la santé publique franc-comtoise ;
- comparer l'état de santé infantile du Togo et celui d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne (Cap-Vert) et d'autres continents, les interventions et le rôle des infirmières et infirmiers au Togo dans la prévention ;

---

10 ENAM. Cours de santé publique 2005.



- faire l'analyse des programmes intéressant les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans et surtout de santé publique enseigné dans le département infirmier à l'ENAM (contenu, volumes horaires consacrés, démarche pédagogique).

### 3.2 Apport spécifique du stage

#### 3.2.1 *Présentation du lieu de stage*

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers/ Institut de Formation d'Aides Soignantes Jura-Nord (IFSI/IFSA Jura-Nord) est l'établissement d'enseignement du Centre Hospitalier Général Louis Pasteur de Dole, ville située dans la Franche-Comté (France).

L'IFSI est composé de cinquante (50) étudiants infirmiers en moyenne par promotion recrutée chaque année. On observe aussi dans chaque promotion en moyenne cinq différentes nationalités en plus de la nationalité française principalement des étudiants originaires du Maghreb, de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. L'enseignement théorique est essentiellement assuré par des cliniciens expérimentés de la région en général et de l'hôpital de Dole en particulier (médecins, cadres infirmiers) et les formateurs rattachés à l'institution de formation. Les stages cliniques, allant de 4 à 8 semaines alternant avec les cours, peuvent se dérouler dans les hôpitaux publics, les institutions privées (centres de moyen et long séjour), ou auprès des infirmières/infirmiers libéraux de la région.

La durée de la formation infirmière est de trois (3) ans 3 mois. Les conditions d'obtention du diplôme d'Etat sont les suivantes<sup>11</sup> :

- réussir le concours d'entrée (être âgé de 17 ans au moins au 31 décembre de l'année du concours, 2 épreuves d'admissibilité qui sont une de culture générale et une de tests psychotechniques, une épreuve orale d'admission) ;
- suivre la formation infirmière proprement dite ;
- réussir les épreuves finales conduisant à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier (travail de fin d'études et mise en situation professionnelle).

Le diplôme est délivré par un jury plénier présidé par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

Plusieurs travaux de réflexion entre formateurs sur les compétences à développer chez les étudiants infirmiers ont été nécessaires depuis 2000 ce qui a permis d'asseoir la démarche pédagogique actuelle qui exige des candidats à la formation infirmière de l'IFSI Jura-Nord un projet pédagogique. Principalement les travaux du Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC Midi-

---

<sup>11</sup> Institut de Formation Jura-Nord, Centre Hospitalier Louis Pasteur- Dole, 2007-2008

Pyrénées)<sup>12</sup> , qui avait vu la participation des cadres formateurs référents actuels, avait fixé pour but de : « développer une culture de santé publique auprès des étudiants afin qu'ils puissent se situer comme acteurs de santé ; répondre aux besoins de santé publique de la population ; promouvoir une dynamique de travail inter- et multidisciplinaire»

### 3.2.2 Objectifs pédagogiques

L'enseignement du module santé publique à l'IFSI a pour cadre référentiel les objectifs pédagogiques<sup>13</sup> (élaborés par les formateurs référents) suivants construits par année à partir des textes<sup>14</sup> préparant à la formation infirmière et des travaux de réflexion entre formateurs:

#### ➤ 1<sup>ère</sup> année :

Le futur professionnel sera capable de :

- citer les principaux concepts en santé publique : santé publique, santé communautaire, les déterminants de la santé, les indicateurs, les soins de santé primaire, la prévention, les outils en santé publique (épidémiologie, sciences humaines), l'organigramme du système de santé publique en France, les grands organismes de santé publique dans le monde, les grands problèmes de santé en France, les grands problèmes de santé dans le monde ;
- décrire avec méthode, un problème de santé publique, en lien avec les modules dispensés en 1<sup>ère</sup> année. Travail écrit en groupe, exposé à l'oral et normatif.

#### ➤ 2<sup>ème</sup> année :

Le futur professionnel sera capable de promouvoir la dimension éducative et préventive dans les soins

- Définir le concept de promotion de la santé : la charte d'Ottawa, les champs d'actions de la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique du patient, l'éthique en éducation à la santé, l'éducation à la santé en Franche-Comté ;
- Elaborer et mettre en œuvre en collaboration, une action d'éducation à la santé, dans les modules de locomoteur, ORL, cardiovasculaire et digestif : principes de base, conception et fabrication d'un outil d'éducation à la santé.

---

<sup>12</sup> Synthèse des travaux de la commission Santé Publique. Approche par les compétences de la formation initiale en santé publique : réflexion et nouveaux outils. CEFIEC Midi-Pyrénées, 2000-2004 (non publié)

<sup>13</sup> Gillard Berthod C., Primot G. Dispositif pédagogique du module santé publique. IFSI Jura-Nord. Année académique 2006-2007

<sup>14</sup> Formations des professions de santé. Profession Infirmier, R. SEDI- 30700. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession UZES (0707) – Réf. 650505

➤ **3ème année :**

Le futur professionnel sera capable de collaborer à un projet de promotion de la santé

- citer et réaliser toutes les étapes d'une démarche de santé publique : identifier les besoins d'une population, fixer les objectifs, identifier les ressources à sa disposition, réaliser une action de santé publique (information, éducation), utiliser les outils adaptés à la situation, proposer des indicateurs de processus et de résultats pour son évaluation, rendre compte de la procédure ;
- définir les grandes orientations des systèmes de santé Français et Européen ;
- citer les grands principes de la sécurité sociale ;
- citer les principes et les orientations du budget de l'hôpital.

➤ **Finalités du module**

Celui-ci doit permettre à l'étudiant de se positionner et de se responsabiliser en tant que futur professionnel de santé dans les champs de la santé publique, en fonction des orientations du Décret du 11 février 2002, relatif à l'exercice de la profession et du système de santé en France

3.2.3 *Approche pédagogique appliquée*

L'approche pédagogique de l'IFSI dans la construction des compétences infirmières se base sur :

- la culture de la pratique d'une démarche réflexive ;
- le suivi personnalisé de la formation c'est-à-dire qui tient compte du projet de formation de l'étudiant ;
- le livret de suivi de formation ;
- le bilan de l'organisation de la formation.

Pour atteindre les différents objectifs, les formateurs font généralement recours à des travaux collaboratifs par des groupes librement constitués. Mais le caractère multiculturel des groupes est toutefois vivement encouragé. Ceci évidemment en vue du partage des points de vue des étudiants d'origine étrangère et d'enrichissement mutuel. Mais aussi des questions rédactionnelles centrées sur la résolution d'un problème ou de cas cliniques.

L'enseignement étant modulaire avec des choix d'options, la possibilité est donnée à des étudiants d'aller dans d'autres IFSI ou de venir dans celui de Jura-Nord pour suivre une option particulière afin de partager les connaissances et expériences en matière de santé publique de la région concernée.

### 3.2.4 *Participation aux cours du module santé publique : la transculturalité dans les soins*

L'objectif de ce cours était :

- d'amener les apprenants à prendre soin de "l'autre différent", manager les équipes multiculturelles, gérer la laïcité et la discrimination en institution hospitalière ;
- d'entreprendre des démarches éducatives, préventives et promotionnelles par les étudiants conjointement avec la participation des organismes sanitaires et sociaux de la région (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile CADA, Comité Médical pour les Exilés COMEDE,...) auprès des populations immigrantes (maghrébines pour la plus part), précaires (les sans domiciles fixes).

### 3.2.5 *Participation aux colloques*

Les colloques rentrant dans les actions des priorités sanitaires de la région<sup>15</sup> (permettre une prise en charge plus précoce en matière de santé mentale, renforcer et améliorer la prévention auprès des populations en situation de précarité) ont été organisés par l'association **@ntigone** à l'intention de tous les professionnels et étudiants des secteurs sanitaire et social de la région de Franche-Comté. Il s'agit de :

- bébés, enfants, adolescents et traumatismes : ce séminaire s'était intéressé aux diverses formes de manifestations que peuvent prendre les souffrances psychiques dans ces classes d'âge générées par divers violences et accidents subis directement ou non, aux drames familiaux, et la démarche des soignants en face de ces jeunes patients depuis leur accueil dans l'institution et leur suivi ;
- séminaire transculturel : " la rencontre avec l'autre"

Ce séminaire avait une fois de plus mis l'accent sur les besoins spécifiques (culturels, religieux, familiaux) des patients étrangers dans les hôpitaux, la sensation de solitude dans laquelle se retrouvent la plupart des femmes immigrées durant la grossesse et après l'accouchement, les risques plus élevés de développement de pathologies lourdes en situation précaire notamment chez les immigrés.

### 3.2.6 *Rencontre avec les responsables de services impliqués dans la santé publique*

Il s'agit de rencontre avec les responsables du :

---

<sup>15</sup> Direction Regionale Des Affaires Sanitaires et Sociales de Franche – Comte. *Le Plan Régional de Santé Publique de Franche-Comté 2006-2008*. Disponible sur <http://www.franche-comte.sante.gouv.fr/sante/sante-publique-et-prevention/le-plan-regional-de-sante-publique-de.html>

### ***Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile : CADA***

Les demandeurs d'asile attendant le statut de réfugié sont hébergés dans des centres de transit appelés "Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile" ou CADA. Le CADA est placé dans chaque département sous la responsabilité de la Direction Des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Il a pour mission l'accompagnement des demandeurs d'asile tout au long de la procédure administrative de demande d'asile. Dans le cadre de la prise en charge au titre de l'aide sociale de l'État, l'accompagnement se traduit par un suivi administratif, sanitaire et social ainsi que par la gestion de la vie en collectivité. Le centre de Dole accueille principalement des ressortissants de l'Europe de l'Est (Serbie, Tchétchénie, Tchécoslovaquie, Yougoslavie ...) ayant fui la guerre. C'est l'un des sites privilégiés de stage des étudiants infirmiers qui permet de toucher du doigt la problématique des déterminants sociaux sur la santé des individus, d'étudier la démarche suivie pour prendre en charge la situation précaire de séjour doublée d'un lourd tribut psychologique dans laquelle se retrouve les demandeurs d'asile.

### ***Comité Médical pour les Exilés : COMEDE***

Créé en 1979 par la CIMADE (comité intermouvements auprès des évacués - service œcuménique d'entraide), Amnesty international et le groupe accueil solidarité, le COMEDE est un organisme humanitaire oeuvrant pour la promotion de la santé des exilés en France sans distinction de nationalité, race, sexe, religion ou opinion. En se référant à la mission et charte de l'association (articles 2, 3 et 4 des statuts), elle a pour but de : « assurer une prise en charge médicale, sociale et psychologique des exilés dans les cas où elle est inexistante ou inadéquate et d'agir en faveur de celle-ci ; travailler en étroite collaboration avec les organismes d'accueil des réfugiés, de défense des droits de l'homme à l'échelon national et international et participer à l'échange d'informations médicales, psychologiques, sociales et légales dans les limites déontologiques professionnelles ; faire bénéficier de son expérience les professionnels de santé et du secteur social par les biais des rencontres et publications ». C'est dans le cadre de partage d'expérience que le comité a eu à intervenir à l'IFSI pour mettre l'accent sur les souffrances physiques et surtout psychiques des exilés, leur difficulté de recours aux soins, les affections couramment rencontrées et le rôle du soignant dans leur prise en charge.

### ***Unité Transversale d'Education du Patient : UTEP***

Cette rencontre a permis d'éclairer le rôle et le fonctionnement de l'unité, l'organisation hospitalière en matière de l'éducation thérapeutique du patient et de la promotion de la santé. Cette unité de l'hôpital général Louis Pasteur de Dole a pour but de : promouvoir et développer l'éducation du patient dans l'établissement hospitalier et à l'extérieur, de mettre à disposition des services des outils adaptés et personnalisés pour le suivi des patients (soutien technique). Ainsi comme rôle et fonctionnement, l'UTEP agit au sein de l'hôpital pour : valoriser l'éducation thérapeutique, servir de liens entre les équipes et les motiver, venir en appui à la consultation tabacologique, prévenir le tabagisme, aider à la formalisation, l'organisation et la création des outils éducatifs, servir de centre de bibliographie et de

diffusion de l'information. A l'extérieur, elle est en lien avec les réseaux de ville, les institutions locales, départementales, régionales et nationales, d'autres unités d'éducation du patient et intervient aussi en milieu scolaire. L'UTEP intervient, lorsque sollicitée, à l'explication des concepts de santé publique principalement aux étudiants de première année d'études infirmières. Elle participe aussi dans l'élaboration et la mise en place d'outils éducatifs des étudiants au cours de leurs travaux de recherche sur la réalisation d'une démarche de santé publique.

## 4. Résultats

### 4.1 Projet de formation de l'étudiant

C'est un document qui ressort les compétences professionnelles dont l'étudiant est à la recherche, les aptitudes et l'effort dont il doit faire preuve en venant suivre la formation professionnelle. Mais bien plus qu'un document décrivant entre autres les attentes de l'étudiant, le projet de formation permet un suivi individualisé et personnalisé de l'étudiant par le collège des encadrants ou à défaut du ou des tuteurs. Il est un outil de suivi privilégié sur lequel doit se baser les formateurs qui orienteraient l'apprenant dans le choix des options que présente la formation.

### 4.2 Réorganisation des cours en options obligatoire et optionnelle :

#### **4.2.1 Orientations : "hospitalier" et "communautaire"**

Orienter les étudiants à faire le choix entre le profil communautaire et hospitalier de la profession infirmière permettrait d'une part de disposer des professionnels qualitatifs impliqués et motivés. Faire asseoir de telles orientations dans une formation offerte par la seule école académique du pays serait d'une part un atout considérable sur le plan de l'amélioration sanitaire du pays et d'autre part une valorisation de tous ceux qui exercent dans le secteur communautaire par une reconnaissance de leurs prestations.

Pour se faire, cela nécessiterait une réelle volonté des responsables de formation et des décideurs politiques en charge de l'enseignement professionnel. Le profil communautaire eu égard à la complexité des interventions nécessite toutes les qualifications en terme de mobilisation de la population et de la communication.

#### **Le profil hospitalier**

Il concerne le personnel des centres hospitaliers nationaux et régionaux.

Le profil hospitalier permettra de disposer d'un personnel infirmier capable de prendre en charge les cas référés. Il fera appel à une plus grande compétence clinique et technique et aussi à la capacité prestataire en éducation thérapeutique.

### ***Le profil communautaire***

Cela correspondra principalement aux professionnels voulant exercer dans des centres médico-sociaux et dispensaires (unités de soins périphériques). Les aptitudes et habiletés nécessaires dans l'éducation, la prévention et la promotion de la santé des populations bénéficieraient tout au long de la formation d'un encadrement spécifique et adapté aux besoins des populations togolaises.

#### ***4.2.2 Stages***

Ils doivent être communs et obligatoires en début de formation quelque soit la filière. Ce sont des moments privilégiés pour s'imprégner du métier futur choisi et aussi pour apprendre et maîtriser les soins de base. Toutefois, en fonction de la filière devra correspondre un complément de stages préférentiellement effectué à la dernière année de formation.

En ce qui concerne le profil communautaire, selon la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval : « les activités prévues permettent l'analyse des différents programmes et services offerts par les établissements d'accueil, en lien avec le profil de la population et les caractéristiques du milieu desservi, et la connaissance des rôles et des fonctions de la pratique infirmière en santé communautaire dans différents programmes et services.»<sup>16</sup> Les organismes et diverses associations nationaux ou non, publics ou privés engagés dans la lutte pour l'amélioration de la santé des populations seront des sites privilégiés d'encadrement pratique des étudiants infirmiers. Une meilleure collaboration entre les diverses institutions et l'école de formation ouvrira la voie à un renforcement dans l'encadrement. L'évaluation des étudiants pourrait ainsi être basée sur l'élaboration durant leur stage communautaire des projets exécutés en éducation et prévention, projets jugés à partir des rapports et l'évaluation des bénéficiaires du programme.

Le profil hospitalier aura pour cadre de stage les hôpitaux et centres de prises en charge ayant des plateaux techniques adéquats pour le suivi des patients souffrant d'affections aiguës ou chroniques. Le stage aura pour but d'affiner les compétences techniques des étudiants d'une part mais aussi de les imprégner des réalités de leur futur environnement de travail empreint d'une sollicitation affective permanente en face des patients nouveaux-nés, enfants, jeunes, adultes, vieillards souvent démunis sur le plan financier et donc un environnement source de stress professionnel.

#### ***4.2.3 Volumes horaires***

Les contenus d'enseignement doivent prendre en compte le poids morbide des affections au sein de la population desservie et la place qu'elles occupent dans les priorités sanitaires du pays. Aussi, les volumes horaires consacrés pour les cours et les stages seront fonction de la vision et l'importance accordées au rôle que doit jouer l'infirmière ou infirmier. Il est question d'identifier clairement les connaissances et les aptitudes qu'une spécialité scientifique peut conférer pour acquérir une compétence donnée. La répartition entre temps théorique et temps pratique doit être revue et

---

16 Université Laval : Faculté des sciences infirmières. SIN-20310 Méthodologie et pratique des S.I. (santé communautaire). Disponible sur <http://www.ulaval.ca/sg/CO/C1/SIN/SIN-20310.html> consulté le 28 décembre 2008

harmonisée permettant à l'apprenant de bénéficier de l'expérience du terrain. De même l'attribution de crédits aux différents enseignements tiendra compte de normes établies pour faciliter la mobilité des étudiants.

#### 4.3 Objectifs pédagogiques

Les objectifs seront évidemment fonction des orientations. Ils aideront les étudiants à mieux se situer dans un métier aux multiples facettes et dont les limites d'action sont inconnues en l'état actuel des choses par manque de textes réglementaires définissant les champs de compétences réelles des corps paramédicaux en général et des infirmières et infirmiers en particulier au Togo.

#### 4.4 Approches pédagogiques

Elles demeurent la pierre angulaire dans la modélisation des étudiants pour répondre aux attentes de la politique sanitaire, au cadre d'exercice de leur rôle propre ou de collaboration et surtout celui qui leur sera assigné en tant que responsable d'une unité de soins. Ainsi, faire prendre conscience de l'autonomie d'actions dans le rôle propre de l'infirmier dépendra en grande partie de l'approche formative qui doit être appliquée. « *Un agir autonome dans un système de soins en mouvance commence avec l'autonomie dans l'apprentissage.*»<sup>17</sup> Et cet agir autonome passera par la pratique réflexive dans l'apprentissage, les types d'évaluation formative institués rassemblant aussi bien l'analyse des cas cliniques, les travaux de recherche individuels et collaboratifs.

##### 4.4.1 La pratique réflexive

La pratique réflexive serait très utile aux encadrants des lieux de stage et aux formateurs qui associent à leurs activités d'enseignement à l'école des activités de soins dans les structures sanitaires. Cette dynamique pourrait être encouragée auprès des étudiants dès leur premier contact avec le milieu professionnel et ce tout au long de leur apprentissage. Ceci afin de comprendre comment se prendre pour résoudre les problèmes qui leur seront soumis, leur réflexion dans l'action c'est-à-dire leur ingéniosité en face des situations ne rentrant pas toujours dans le cadre figé des protocoles et des interventions et de transformer cette ingéniosité créative en source d'inspiration favorisant les voies de recherche future dans le domaine.

*« La pratique réflexive est une manière de penser, de réfléchir sur sa propre façon d'agir, dans une dynamique tout autant critique que constructive...Elle facilite la mise en liens des éléments de la*

---

<sup>17</sup> Université de Sherbrooke : Ecole des sciences infirmières. Programme de Baccalauréat en sciences infirmières. 15 mars 2005, révisé le 3 janvier 2008. Disponible sur <http://www.usherbrooke.ca/> consulté le 28 décembre 2008



*compétence tout en favorisant la conscience que l'acteur peut avoir des interactions entre ce qu'il fait, le contexte et la finalité de l'action. »<sup>18</sup>*

#### 4.4.2 Apprentissage Par Problèmes (APP) et Apprentissage du Raisonnement Clinique (ARC) :

Alors que l'apprentissage du raisonnement clinique permet aux étudiants d'acquérir une démarche de prise en charge globale de l'individu, la famille et la communauté à partir de leur plainte initiale, l'apprentissage par problèmes permet à ces derniers de s'instruire eux-mêmes. En plus des cours magistralement dispensés, ils sont dans le cas d'une formation professionnalisante de nouvelles voies d'exploitation de l'implication de l'étudiant dans ladite formation et de sa motivation. *Les 8 étapes<sup>19</sup> classiques de l'APP sont : clarifier les termes et les données dans l'énoncé du problème, définir le problème et dresser une liste des éléments et phénomènes à expliquer, expliquer le problème, discuter et organiser les explications proposées, formuler les objectifs de l'apprentissage, étude individuelle, mettre en commun les connaissances acquises et les appliquer au problème pour en tirer des explications, et faire un bilan du travail de groupe.*

La généralisation de l'analyse situationnelle des problèmes cliniques est une opportunité qui doit être donnée aux étudiants pour exercer leur jugement clinique. Elle permettra d'acquérir la capacité de planification des interventions, d'anticiper les actions à mener dans l'évolution d'une situation et de cultiver l'esprit de recherche.

#### 4.4.3 La place de l'apprentissage collaboratif

Les travaux de recherche que constitue l'apprentissage collaboratif contribuent à l'acquisition du jugement critique de l'information et la capacité de travail en équipe ou en collaboration.

L'apprentissage collaboratif est défini comme « *toute activité d'apprentissage réalisée par un groupe d'apprenants ayant un but commun, étant chacun source d'information, de motivation, d'interaction, d'entraide... et bénéficiant chacun des apports des autres, de la synergie du groupe et de l'aide d'un formateur facilitant les apprentissages individuels et collectifs*» (Walckiers & De Praetere, 2004). L'apprentissage collaboratif tient compte des dimensions individuelles et collectives dans le processus d'apprentissage et permet à partir de l'interaction entre les pairs, la confrontation des idées et de points de vue, la réflexion et la reconstruction de connaissances.

---

<sup>18</sup> Gueraud S. La pratique réflexive : un enjeu déterminant pour les professions paramédicales. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Directeur de Soins. Rennes, France 2006. D

<sup>19</sup> Université de Genève : faculté de Médecine : Apprentissage par apprentissage (APP), Guide de l'étudiant et du tuteur. Disponible sur : <http://www.unige.ch/medecine/enseignement/formationsDeBase/medecineHumaine/formatsApprentissage/app/guideAPP-web.pdf> Consulté le 17 janvier 2008

L'apprentissage collaboratif trouve ainsi toute sa place dans l'APP et l'ARC en ce sens que cela aboutit à l'élaboration par les bénéficiaires eux-mêmes des objectifs de recherche, la construction des hypothèses et la recherche des réponses.

#### 4.5 Place des associations et organismes de la santé publique

Le stage des étudiants au sein des associations et organismes ayant des champs d'action en santé publique est nécessaire pour permettre au futur professionnel le développement de certaines compétences. Il s'agit entre autres de :

- l'évaluation des besoins et ressources des populations, et planification des activités ;
- la recherche de sources d'information fiables, des programmes ou plans d'intervention réalistes et réalisables, et le jugement critique des informations reçues ;
- des habiletés en communication au sein d'une équipe multidisciplinaire et dans la relation thérapeutique ;
- la communication dans un langage scientifique et rigoureux ;
- l'engagement dans la promotion des causes des patients.

### **5. Discussion et recommandations**

La mise en place ou le renforcement des approches pédagogiques notamment la pratique réflexive, l'apprentissage par problèmes et l'apprentissage du raisonnement clinique développées précédemment nécessiterait une réadaptation du programme de formation. Construit actuellement à partir des objectifs, le programme de formation des infirmières/infirmiers au Togo doit, pour tendre réellement vers l'approche par compétences valider un profil ou des profils de l'infirmière/infirmier adapté au système de santé et aux besoins de la population en matière de santé. Ce profil servira de base de réflexion sur les différentes compétences à faire acquérir aux étudiants tout au long de leur formation. Le rôle prépondérant des formateurs dans ces différentes actions nécessite de donner une valeur particulière à leur formation. Non seulement cela ouvrirait la voie à une meilleure organisation des activités pédagogiques mais aussi à leur coordination.

L'éventuel handicap que pourrait constituer le nombre des étudiants dans le suivi de leur encadrement théorique par les formateurs peut être corrigé par l'intervention des tuteurs de stage initialement formés aux exigences des différentes approches pédagogiques.

Au-delà de toutes les approches pédagogiques suggérées, il est important de mettre en place un module de santé publique dans lequel seront regroupées les différentes unités d'enseignement actuellement dispensées. Cela en vue d'éveiller et d'attirer l'attention de l'étudiant et lui faire prendre

conscience de son rôle futur en santé publique. Cet exercice qui doit débiter en formation par l'élaboration d'un projet d'éducation, exécuter en stage et évaluer selon des critères bien définis et suffisamment éprouvés en pratique pédagogique.

L'amélioration des cadres légiférant l'exercice du métier, d'existence de plans de carrière dans les professions paramédicales en général et infirmière en particulier serait un atout considérable dans la perception des rôles et tâches attendus par les populations desservies. Face aux multiples défis socio-économiques et sanitaires dont fait face la profession infirmière, la mise en place de filières hospitalière et communautaire ne doit pas faire perdre de vue l'implication et la responsabilité des pouvoirs publics dans sa mise en œuvre. Leur implication en matière de dotation de ressources matérielles et financières, de formation des formateurs, de l'opportunité d'évolution de carrière, de la visibilité de la profession sur la scène nationale et le degré de compétences associé.

Une meilleure collaboration intersectorielle entre les différentes structures sanitaires et l'ENAM faciliterait la disponibilité au niveau de l'Ecole des données nationales en santé publique et les programmes qui s'y déroulent. Une rencontre périodique entre les directions régionales de la santé, des différents centres hospitaliers et l'ENAM pourrait être le cadre pour réadapter le programme de formation. En règle générale l'Etat a une obligation de formation mais pas de recrutement. Et compte tenu de la diversité et la grande variabilité des milieux employeurs, l'expérience du secteur privé dans le développement sanitaire et ou communautaire, une carence actuelle en matière d'encadrement pratique, est à rechercher. De même, son partenariat est à développer. Même si la qualité des prestations est souvent décriée comme insuffisante dans la plupart des institutions privées existant, le partage des expériences du terrain et des acquis de l'école de formation servira à une meilleure prise de conscience. Permettre aux étudiants d'avoir accès aux cliniques certifiées et répondant à certaines normes nationales participera ainsi à cette évolution des choses.

## Conclusion

Les statistiques sanitaires du Togo sont plombées actuellement par une morbidité et une mortalité dues dans une grande majorité à des maladies évitables grâce à des actions visant les habitudes de vie et l'environnement socio – économique, culturel et biologique. Ces actions qui visent l'amélioration de la santé de l'individu en agissant sur la collectivité sont conçues et suivies dans leur exécution au travers des outils de la santé publique. La pérennité du système de santé tient à sa capacité à assurer la relève de ses professionnels par l'injection régulière de nouveaux agents à même de continuer les œuvres actuelles mais surtout de les améliorer et de les adapter aux évolutions des sciences de la santé. L'enjeu à la sortie des jeunes professionnels de la santé surtout des infirmières des écoles n'est pas tant leur qualification que leur compétence. Des compétences en santé publique sont pour les infirmières d'une importance capitale eu égard à leur nombre et à leur proximité avec les populations pour influencer sur les indicateurs de l'état de santé de la population par des activités d'éducation pour la santé, promotion de la santé, information, éducation et communication. Ces compétences attendues dans le monde du travail doivent être centrales dans la formation. Les outils pédagogiques éprouvés et approuvés permettront s'ils sont mis en place dans les structures de formation d'arriver à cette fin. La révision des programmes de formation et surtout de la technique pédagogique voire l'ingénierie de la formation infirmière surtout en matière de santé publique est la condition pour faciliter l'acquisition des compétences préalablement définies. Un cadre réunissant les représentants des professionnels, des institutions de formation, le niveau central, les institutions autonomes employant le plus grand nombre d'infirmières comme les centres hospitaliers universitaires permettrait de décliner les compétences avec le maximum d'adaptabilité. La formation continue des formateurs permanents et des encadrants de stage permettra un meilleur encadrement des apprenants partant l'éclosion des talents.

## Références bibliographiques

Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris, PUF, 1979, pp. 224.

Carré P., Caspar P. Traité des sciences et techniques de la formation Dunod, Paris, 1999

Cazaban M., Duffour J., Fabbro-Peray P. Santé publique, Masson, Paris, 2005.

Charlier E., Former des enseignants professionnels, propositions pour une formation continuée articulée à la pratique, in Paquay L. et al., (1998). Développer les compétences professionnelles des enseignants; quels leviers activer ? , 2<sup>o</sup>éd Bruxelles : De Boeck.

Collière M-F. Réflexion sur les soins infirmiers, Soins, module 1, SFIREC, 1984.

Department of health and senior services: public health nursing manual. 2006. State of Missouri. [http://www.dhss.mo.gov/LPHA/PHNursing/PHN\\_Manual.pdf](http://www.dhss.mo.gov/LPHA/PHNursing/PHN_Manual.pdf) consulté en juin 2008.

Dubos R. L'homme face à son milieu. In Bozzini L., Renaud M., Gaucher D., Llambias-Wolff J. Médecine et société : les années 80. Paris, Editions coopératives Albert Saint-Martin, 1973, 53-79.

Henderson V. The concept of nursing. Journal of Advanced Nursing 2006; (3), 113-130.

Jutras R. L., Hensler H. Des objectifs aux compétences: implications pour l'évaluation de la formation initiale des maîtres. Revue canadienne de l'éducation 21, 4 (1996): 414-432.

Legendre R., Dictionnaire actuel de l'éducation, Guérin, Montréal, 1993.

Nations Unies. Indicateurs du Millénaire : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, Togo, Cap-Vert, France (1990-2005). Disponible sur <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx> consulté en décembre 2008

Newman F. M. (1988). Can depth replace coverage in the high school curriculum? In Phi Delta Kappan, 69, 345-348.

Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé. Genève, Organisation Mondiale de la santé 1998 [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf).

OMS. Communiqué de presse du 21 juin 2000  
[http://www.exclusion.net/images/pdf/195\\_beega\\_presse\\_OMS.PDF](http://www.exclusion.net/images/pdf/195_beega_presse_OMS.PDF)

OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant. [http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_fr.pdf) consulté en décembre 2008.

OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2008. <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/fr/index.html>  
Consulté en novembre 2008.

OMS. Profil de système de Santé de Pays: Togo 2004  
[http://www.who.int/countries/tgo/resources/MoHTogo\\_profil\\_sante.pdf](http://www.who.int/countries/tgo/resources/MoHTogo_profil_sante.pdf)

Roland L., Jutras F., Hensler H. Des objectifs aux compétences: implications pour l'évaluation de la formation initiale des maîtres In Revue canadienne de l'éducation 21, 4 (1996) page 414–432.

Santé Manitoba. Le rôle de l'infirmière ou infirmier de la santé publique au sein de l'office régional de la santé. 1998 <http://www.gov.mb.ca/health/documents/roleors.pdf> consulté en juin 2008.

Walckiers M., De Praetere T. L'apprentissage collaboratif en ligne : huit avantages qui en font un must. Revue Distances et savoirs. 2004, vol. 2, n° 1, pp. 1-23.

WHO. Basic documents. 39th ed. Geneva: WHO, 1992.

WHO. Country Health System Fact Sheet 2006  
Togo. [http://www.afro.who.int/home/countries/fact\\_sheets/togo.pdf](http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/togo.pdf) Consulté en décembre 2008.

## Liste des illustrations

Figure 1	: Schéma d'un système de santé .....	16
Figure 2	Des ressources financières aux interventions sanitaires .....	18
Figure 3	: Pyramide sanitaire.....	20
Figure 4	Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes de 1990 à 2005 au Togo, Cap-Vert et en France .....	22
Figure 5	: Du métier à la formation .....	27
Figure 6	: Modèle d'analyse .....	29

## Liste des tableaux

Tableau 1	: Critères d'évaluation des systèmes de santé et classement OMS 2000 .....	17
Tableau 2	: Ressources humaines des systèmes de santé .....	19
Tableau 3	: Distribution des principales causes de décès tout âge confondu - Togo 2002 .....	21
Tableau 4	: Estimation annuelle des causes de décès chez les nouveaux-nés - Togo 2000 .....	22
Tableau 5	: Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans (2000-2003) .....	23



# Annexes

Annexe 1 : Organigramme du ministère de la santé du Togo

