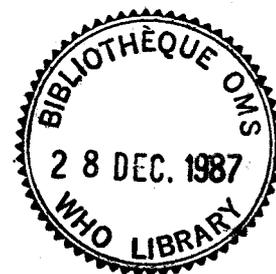


14437

# **Guide pour la révision des programmes d'enseignement infirmier de base**

**et leur orientation vers les soins  
de santé primaires  
et la santé communautaire**



Organisation mondiale de la Santé  
Genève  
1987

ISBN 92 4 254202 4

© Organisation mondiale de la Santé, 1987

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

IMPRIMÉ EN FRANCE

# TABLE DES MATIÈRES

	Page
Préface .....	5
Introduction .....	7
Le concept de soins de santé primaires .....	7
Formation du personnel infirmier en vue des soins de santé primaires .....	8
Objet du guide .....	8
Structure du guide .....	8
Soins infirmiers à orientation communautaire dans le cadre des soins de santé primaires : concepts de base et caractéristiques générales .....	10
Soins infirmiers à orientation communautaire .....	10
Processus intervenant dans la prestation de soins à orientation communautaire .....	11
Concepts de base de l'enseignement des soins infir- miers .....	14
Organisation du programme .....	14
Objectifs pédagogiques .....	14
Principes de l'acquisition des connaissances .....	15
Résumé .....	16
Phase 1 : révision du programme dans l'optique de la santé communautaire .....	17
Préparation de la révision .....	17
Conduite de la révision et formulation des objectifs .	18
Révision et rectification des objectifs du programme	19
Accord au sujet des objectifs révisés .....	20
Rassemblement d'informations pour la révision des cours et du programme .....	20
Analyse des données recueillies .....	24
Rapport de la commission de révision .....	26
Résumé .....	27
Phase 2 : élaboration du plan de changement .....	28
Facteurs influant sur le plan .....	28
Changements dans les cours .....	28
Changements dans le programme .....	29
Commission de planification du programme .....	30
Résumé .....	33

Phase 3 : mise en œuvre du plan de changement .....	34
Énoncé des objectifs .....	34
Méthodes d'enseignement/apprentissage .....	35
Conception des méthodes d'évaluation .....	38
Résumé .....	41
Phase 4 : évaluation du plan de changement .....	42
Critères d'évaluation du programme .....	42
Résumé .....	45
Bibliographie.....	46
Annexe 1. Protocoles d'application des processus de soins aux individus, aux familles et aux groupes communautaires à risque dans le cadre des soins de santé primaires .....	47
Annexe 2. Exemple d'utilisation du guide .....	51

# Préface

---

Selon la recommandation formulée en 1978 par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata sous l'égide de l'OMS et du FISE, les soins de santé primaires devraient être considérés comme la clé même de la réalisation de l'objectif de l'OMS, c'est-à-dire de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette recommandation a des conséquences considérables pour la pratique des soins infirmiers comme pour la formation du personnel infirmier. La profession infirmière se trouve, en effet, de plus en plus confrontée aux questions suivantes : que faire pour que les soins infirmiers répondent le plus efficacement possible aux besoins de santé de la population ? Quelles modifications apporter à l'enseignement infirmier ? Comment opérer au mieux les changements nécessaires ?

Le présent guide tente de répondre à ces questions dans la mesure où elles concernent l'enseignement infirmier de base. Il expose la méthode à utiliser pour revoir le cycle de formation, déterminer les changements nécessaires, puis élaborer et mettre à exécution le plan voulu à cet effet. Il examine également les techniques à employer pour évaluer ce plan et déterminer dans quelle mesure le programme ainsi établi répond aux besoins de la communauté en matière de santé, tout en préparant le personnel à un exercice de la profession orienté vers la collectivité dans le cadre des soins de santé primaires.

Il part du principe que les enseignants ne peuvent, à eux seuls, provoquer l'évolution nécessaire dans les écoles infirmières ou dans le système éducatif, quel qu'il soit. Il faut également faire appel notamment au ministère de la santé, aux organes législatifs et décisionnels qui établissent les règles et règlements régissant l'enseignement infirmier, aux professionnels de la santé et aux membres de la communauté auxquels les soins sont destinés. Enfin et surtout, il est essentiel que la profession infirmière soit convaincue de la nécessité du changement dans l'enseignement comme dans la pratique des soins infirmiers et qu'elle participe plus activement au processus de changement.

Afin d'illustrer la façon d'utiliser ce guide pour analyser et réviser un programme d'études, l'annexe 2 présente un rapport réalisé dans une école infirmière qui montre clairement comment le personnel a adapté le programme aux besoins de l'école, de la région et du pays. On ne doit pas oublier que, pour atteindre son but, ce guide, qui n'a pas été conçu comme ayant un caractère directif, doit subir de telles adaptations.

Ce texte est le fruit d'une étroite collaboration et d'une large coopération entre diverses personnalités et institutions de soins de plusieurs pays. Il a été testé, ré-écrit, testé de nouveau dans différentes écoles par plusieurs centaines d'enseignants (infirmiers ou non) partici-

pant à la formation infirmière de base. Il a également été soumis aux commentaires et critiques de membres du personnel de l'OMS, à Genève et dans les Régions. Tous y ont apporté leur contribution, sous la forme d'idées utiles et de suggestions pratiques, dont beaucoup ont d'ailleurs été retenues dans la version définitive.

\*  
\* \*

L'OMS tient à exprimer sa reconnaissance toute particulière au Dr Doris Roberts, Consultante en soins infirmiers, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), qui a rédigé le texte initial ; au Dr Vera Maillart, Consultante en soins infirmiers, Rome (Italie) et au Dr Virginia M. Ohlson, Assistant Dean, Office of International Studies, Université de l'Illinois, Chicago (Etats-Unis d'Amérique) qui ont collaboré aux expériences sur le terrain et remanié différents chapitres ; à M. Alistair Stewart, Dean of Educational Services et Director of the Centre for Educational Development, Dundee College of Technology, Dundee (Ecosse), qui a contribué à la mise en forme de ce guide et entrepris la rédaction d'un manuel pratique d'accompagnement. Ses remerciements vont également à tous ceux qui ont aidé à coordonner les expériences sur le terrain et à revoir le projet initial, notamment : Mme E.O. Adebo, Maître de conférences et Directrice du Département des soins infirmiers à l'Université d'Ibadan, Ibadan, (Nigéria) ; le Dr M. Boyer, La Source, Lausanne (Suisse) ; le Dr I. Durana, Universidad del Valle, Bogota (Colombie) ; Mme Teodora Ignacio, Doyen, Ecole d'Infirmières, Université des Philippines, Quezon City (Philippines) ; le Professeur Mo-Im Kim, Ecole d'Infirmières, Université de Yonsei, Séoul (République de Corée) ; Mme H. Kurtzman, Directrice de l'Unité d'enseignement infirmier, Université hébraïque, Ecole d'infirmières, Hadassah, Jerusalem (Israël) ; le Dr M. Ovalle Bernal, Directeur du Département infirmier, Croix-Rouge, Barcelone (Espagne) ; Sœur Heidi Gonzales, Faculté de soins infirmiers, Université de Khon Kaen, Khon Kaen (Thaïlande) ; et le Dr M.J. Seivwright, Directeur des Etudes supérieures en Soins infirmiers, Université des Antilles, Mona, Kingston (Jamaïque).

# Introduction

## Le concept de soins de santé primaires

L'OMS et ses Etats Membres ont décidé d'adopter l'approche des « soins de santé primaires » pour parvenir à leur but, c'est-à-dire à la santé pour tous d'ici l'an 2000. La déclaration d'Alma-Ata<sup>1</sup> a défini les soins de santé primaires comme étant « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination* ».

Cette définition repose sur cinq principes : distribution équitable, participation communautaire, prédominance de la prévention, technologie appropriée et approche multisectorielle. Autrement dit :

- les services de soins de santé doivent être accessibles à tous sans discrimination ;
- les individus et la communauté doivent participer autant que faire se peut à l'élaboration et au fonctionnement des services de soins ;
- l'accent doit être mis sur la prévention et la promotion plutôt que sur le traitement ;
- il faut utiliser des technologies appropriées, c'est-à-dire des méthodes, des procédés, des techniques et un équipement scientifiquement valables, adaptés aux besoins locaux et acceptables à la fois par les utilisateurs de ces technologies et par ceux auxquels elles sont destinées ;
- la protection sanitaire ne doit être considérée que comme une partie du développement de la santé en général et d'autres secteurs, tels que l'éducation, le logement, la nutrition, sont d'une importance capitale pour le bien-être.

Ces principes étant posés, les huit éléments essentiels d'un service de soins de santé primaires sont les suivants :

- enseignement des problèmes de santé dominants et des méthodes permettant de les prévenir et de les combattre ;
- promotion de l'approvisionnement en denrées alimentaires et d'une nutrition correcte ;
- approvisionnement en eau saine et mesures d'assainissement de base ;
- protection maternelle et infantile, planification familiale comprise ;
- vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- lutte contre les endémies locales ;
- traitement des maladies et traumatismes courants ;
- fourniture de médicaments essentiels.

Ces principes et éléments fondamentaux des soins de santé primaires constituent un cadre conceptuel de référence qui a inévitablement des incidences non seulement sur la planification, l'organisation et la prestation des soins de santé, mais aussi sur l'enseignement et la formation professionnels de ceux qui dispensent ces soins. La mise en pratique de ces concepts de soins de santé primaires suppose :

- la participation des individus, des familles et des communautés à tous les stades de la planification, de l'organisation et de la gestion de leurs soins de santé ;
- la planification et la coordination des activités intéressant la santé en collaboration avec les secteurs sociaux et économiques pour améliorer la qualité de la vie ;
- l'utilisation d'une technologie scientifiquement valable, convenablement adaptée au développement social, culturel et économique de la communauté et orientée vers :

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires*. Genève, 1978 (« Santé pour Tous, N° 1 »).

- (a) l'instauration progressive d'un système complet de protection sanitaire pour tous ;
  - (b) l'octroi de la priorité dans les soins aux groupes à haut risque ;
- la dotation adéquate en personnel des services de soins de santé primaires de recours, qui devraient disposer de toute une gamme de travailleurs de santé, notamment :
    - (a) médecins, infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, techniciens, agents communautaires et praticiens traditionnels,
    - (b) équipes intra- et interdisciplinaires chargées de donner des directives et des informations et d'assurer des services d'orientation et de consultation.

## Formation du personnel infirmier en vue des soins de santé primaires

Etant donné que le personnel infirmier assure, et continuera sans aucun doute à assurer, une très large part de la protection sanitaire dans la plupart des pays, il est important d'élargir et d'enrichir sa formation et son rôle dans le cadre des soins de santé. Pour ce faire, il faut procéder à un réajustement des priorités et modifier l'enseignement et l'apprentissage de façon à ne plus préparer les élèves des écoles d'enseignement infirmier de base *presque exclusivement* à soigner des malades hospitalisés ; ce qu'il faut, c'est insister sur l'acquisition de connaissances et de compétences qui correspondent le mieux aux besoins communautaires en matière de soins et faire évoluer parallèlement les attitudes des professionnels.

Cette réorientation de la formation du personnel infirmier de base est plus difficile à réaliser pour des programmes établis de longue date que pour ceux qui en sont à leurs tout débuts. Toutefois, les principes de base pour que s'opère un véritable changement s'appliquent aux deux situations. Ce qu'il faut c'est procéder à un examen critique du programme existant, puis planifier une modification progressive du programme d'étude afin que les diplômés soient capables :

- d'offrir des soins préventifs, curatifs et de réadaptation aux individus, aux familles et aux autres groupes au sein de la communauté ;
- d'étendre les soins de santé primaires à tous les secteurs de la communauté ;
- de former et d'encadrer les agents de santé dans le cadre des soins de santé primaires à l'échelon communautaire ;

- de travailler efficacement avec les équipes de santé ;
- de collaborer avec les autres secteurs concernés par le développement socio-économique.

## Objet du guide

Ce guide a pour objet :

- de fournir des informations sur les concepts et les processus essentiels à l'élaboration d'un programme d'enseignement infirmier de base dans l'optique des soins de santé primaires et de la santé communautaire ;
- de proposer une méthodologie pour la révision des programmes existants de façon à déceler les changements nécessaires ;
- de susciter des initiatives pour la planification des changements à intégrer progressivement à la formation des infirmières dans l'optique de la protection sanitaire des individus, des familles et des autres groupes au sein de la communauté.

On ne prétend pas élaborer ici un programme complet et l'intention n'est pas non plus d'examiner en détail tous les cours faisant normalement partie d'un programme d'enseignement infirmier de base. On se propose simplement de présenter les concepts et les expériences conçus pour sensibiliser le personnel infirmier à l'accroissement des besoins communautaires en matière de santé et le rendre plus apte à les satisfaire. Et l'on montre comment assurer de façon efficace les soins infirmiers en se fondant sur l'approche « soins de santé primaires » dans une optique communautaire.

Ce guide s'adresse :

- aux directeurs pédagogiques et aux enseignants des programmes de formation infirmière de base qui devraient être ses principaux utilisateurs ;
- aux autorités qui s'intéressent à l'enseignement professionnel et aux responsables de la planification du personnel ;
- aux administrateurs et aux personnes chargées de l'encadrement des services de santé.

## Structure du guide

Ce guide présente tout d'abord une sélection de concepts fondamentaux et de caractéristiques générales des soins de santé primaires dans la mesure où ils concernent la formation du personnel infirmier en vue d'un exercice des soins infirmiers

orienté vers la collectivité. Il expose ensuite de façon détaillée les quatre phases de la révision et de l'élaboration du programme en harmonie avec les concepts nouveaux. Ces quatre phases sont les suivantes :

- révision du programme de formation existant ;
- élaboration d'un plan de modification ;
- application du plan ;
- évaluation du programme ainsi modifié.

# Soins infirmiers à orientation communautaire dans le cadre des soins de santé primaires : concepts de base et caractéristiques générales

La formation du personnel infirmier est d'une importance cruciale pour l'adaptation permanente des soins infirmiers aux besoins et aux attentes de la société. Même si peu d'écoles ignorent encore les conceptions nouvelles en matière d'exercice de la profession infirmière, résultant de la pression des revendications sociales dans le domaine de la santé et de la protection sanitaire, la majorité d'entre elles n'ont pas fait grand chose pour adapter leurs programmes d'enseignement à l'approche « soins de santé primaires » à l'échelon communautaire. Elles préparent encore leurs élèves au rôle infirmier traditionnel, même si elles incluent certains concepts des soins de santé communautaires dans quelques domaines d'étude.

Dans la plupart des systèmes de santé, des soins infirmiers ont tendance à se concentrer sur le malade, la famille et la communauté n'étant prises en considération que dans la mesure où elles influent sur le traitement du malade. La raison en est que les écoles qui forment le personnel infirmier sont rattachées à des hôpitaux où les élèves acquièrent la majeure part, sinon la totalité, de leur expérience clinique. La pratique des soins infirmiers en milieu hospitalier tend à privilégier l'étude et l'acquisition de compétences pour :

- une activité soignante conçue sur la base d'une relation interindividuelle ;
- le traitement des malades très atteints et gravement handicapés ;
- la prévention secondaire et tertiaire ;
- une spécialisation dans certains domaines cliniques.

La famille et la communauté peuvent parfois être considérées comme la cause, principale ou secondaire, du problème présenté par le malade, et l'on peut alors estimer que leur rôle est essentiel dans la guérison. Mais, dans la majorité des cas, il est demandé au personnel infirmier de s'occuper avant tout de la santé et du bien-être des malades qui lui sont confiés.

Même lorsqu'ils exercent leur profession ailleurs qu'à l'hôpital, les personnels infirmiers appelés à émettre un avis sur l'état de santé de la famille et de la communauté le font le plus souvent dans la perspective de l'individu plutôt que du groupe auquel cet individu appartient.

## Soins infirmiers à orientation communautaire

Dans les soins infirmiers à orientation communautaire, les concepts de soins de santé primaires sont intégrés à la pratique des soins à tous les niveaux : foyer, dispensaire, centre de santé, hôpital. Que les soins s'adressent aux individus, à la famille ou à la communauté, le personnel infirmier doit procéder en trois étapes : appréciation des besoins, planification et mise en œuvre des mesures requises, évaluation de l'efficacité des soins dispensés. Ces trois processus sont examinés plus en détail à la page 11 et dans l'annexe 1.

Il incombe également au personnel infirmier :

- d'encourager la communauté à participer *activement* au développement et à la mise en œuvre des services de santé et des programmes d'éducation pour la santé ;
- de travailler en association avec la communauté et avec les familles et les individus ;
- d'aider les familles à assumer la responsabilité de leur propre santé en leur enseignant les rudiments des règles de l'hygiène et des techniques d'auto-prise en charge sanitaire ;
- de conseiller et de soutenir les autres agents de santé communautaires ;
- de coordonner les activités de développement communautaire intéressant la santé avec les responsables des programmes sociaux et économiques.

Les soins infirmiers à orientation communautaire ont pour but de soutenir, conforter et soigner non seulement les individus, mais aussi leur famille

et la communauté entière. La nature et les caractéristiques de ce type de soins dans le cadre conceptuel des soins de santé primaire sont indiquées ci-après.

- Les soins infirmiers à orientation communautaire sont axés sur les besoins, les problèmes de santé et les ressources de la communauté grâce à :
  - (a) l'analyse périodique des causes et de la répartition des problèmes de santé et des incapacités que l'on rencontre le plus souvent dans la région ;
  - (b) la constante mise à jour du rôle du personnel infirmier dans la prévention, le traitement et le contrôle des principaux problèmes de santé (y compris le dépistage des cas nouveaux en accord avec les politiques et les priorités définies en matière de santé ;
  - (c) la planification et la révision de la formation initiale et postérieure du personnel en vue d'approfondir et d'étendre les connaissances et les compétences requises pour répondre efficacement aux besoins de la communauté.
- Les soins infirmiers à orientation communautaire exigent une appréciation rigoureuse de l'accessibilité des soins de santé primaires à tous les membres de la communauté et l'adoption des stratégies voulues pour parvenir à une couverture totale dans les plus brefs délais. Il faut pour cela :
  - (a) recenser les groupes et les régions géographiques qui n'ont pas accès aux soins de santé ou, du moins, pas à des soins de qualité acceptable ;
  - (b) étendre les services infirmiers de façon à garantir des soins de santé de base à tous et plus spécialement aux groupes les plus négligés et sous-désservis ; et rechercher et soigner les personnes et les groupes à haut risque afin d'améliorer la prévention, le suivi, la surveillance et la maîtrise des problèmes de santé courants, évitables ou générateurs d'incapacités ;
  - (c) former et utiliser les agents communautaires en vue de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services de soins de santé primaires ;
  - (d) développer un système d'orientation/recours et d'appui en coopération avec les autres travailleurs de santé pour assurer la complétude des services de santé ;
  - (e) stimuler l'action communautaire et intersectorielle pour améliorer les facteurs sociaux

qui affectent la santé, par exemple la situation économique, l'alimentation, le logement, l'éducation et les conditions de travail.

### Modification des orientations pédagogiques

La figure 1 présente les principaux changements à apporter au programme d'enseignement infirmier pour concrétiser le passage d'un système traditionnel à des soins orientés vers la communauté.

Il peut être impossible de modifier ainsi systématiquement et sans à-coups toutes les parties du programme. Par exemple, les notions de famille et de communauté se conçoivent tout naturellement lorsqu'il s'agit de protection maternelle et infantile et, dans ce domaine, il est facile de faire évoluer le contenu des cours. Dans d'autres domaines, en revanche, la tâche sera peut-être plus ardue.

Une telle réorientation pédagogique modifie, mais ne supprime pas, les possibilités offertes aux élèves d'acquérir une première expérience dans un contexte traditionnel. Toutefois, au moment de décider de telles modifications, il serait bon de donner la priorité aux soins communautaires. Par des questions répétées, les responsables des nouveaux programmes devraient essayer de déterminer si le contenu des cours et les expériences d'apprentissage correspondent bien aux stratégies et aux objectifs de l'approche « soins de santé primaires » à l'égard de la santé communautaire. Ces questions aident à éliminer du programme ce qui est mal adapté, répétitif et fragmenté et facilitent l'intégration dans la pratique infirmière des principes tirés des sciences naturelles, de la sociologie, de la santé publique et de la médecine.

### Processus intervenant dans la prestation de soins à orientation communautaire

Les objectifs des soins infirmiers sont fonction des connaissances en matière de progrès social et d'étiologie, d'épidémiologie et de traitement des maladies. Dans les soins infirmiers à orientation communautaire, les objectifs sont toutefois spécifiés en fonction non seulement des besoins de chaque patient, mais également de chaque groupe de population à risque. La définition de ces objectifs et la nature des soins infirmiers exigent du personnel la capacité de s'acquitter de ses fonctions dans un esprit *d'analyse constructive des problèmes*, en suivant les trois processus décrits ci-après (voir également annexe 1). La planification fait partie intégrante de chacun de ces trois processus.

**Figure 1. Comparaison entre l'orientation traditionnelle et l'orientation communautaire dans la pratique infirmière**

Caractéristiques du programme	Priorités pédagogiques	
	Soins traditionnels	Soins orientés vers la communauté
Priorité	Le malade (dans une optique curative)	Santé communautaire (dans une optique socio-économique visant à l'auto-assistance en matière de santé)
Population cible	Malades et handicapés demandant des soins	Ensemble de la population, notamment groupes sous-desservis et à haut risque
Principaux cadres de formation	Hôpitaux, autres institutions, domicile	Communauté, domicile, écoles, entreprises, hôpitaux et autres institutions
Rôle infirmier	Spécialisé et en relation étroite avec les autres secteurs de la santé	Généralisé et en relation étroite avec les autres secteurs de la santé et les secteurs connexes
Responsabilités infirmières	Affections exigeant l'hospitalisation	Problèmes de santé dominants et besoins de la communauté
Pratique infirmière	Soins primaires (soins aux individus) Participation des malades et de la famille aux soins Dans une certaine mesure, suivi des malades par l'intermédiaire des services de consultations externes des hôpitaux	Approche « soins de santé primaires » Participation de la communauté, de la famille et du malade aux soins Identification et suivi des groupes vulnérables Approche d'équipe à l'égard des soins
Processus de résolution des problèmes :		
appréciation des —	besoins et ressources de la famille et de l'individu	Besoins et ressources de la communauté, du groupe, de la famille et de l'individu
intervention par —	l'intermédiaire de l'individu et de la famille	Communauté/groupe/famille/individu
Buts :		
prévention —	Priorité à la prévention secondaire et tertiaire	Priorité à la prévention primaire
traitement —	Malade autorisé à rentrer chez lui	Amélioration de la santé du malade, de la famille et de la communauté, auto-assistance et auto-responsabilité
Système de prestation de soins	Soins institutionnels et individualisés aux malades	Soins de santé primaires pour tous ; participation des autres secteurs influant sur la santé ; approche d'équipe
Evaluation de la pratique infirmière	Nombre de malades rentrant chez eux, par catégorie de diagnostic Fréquence et intensité des rapports avec le malade	Pourcentage de couverture sanitaire de la population Taux d'utilisation des services par les groupes à haut risque Taux de changement dans l'état de santé des groupes à haut risque et de la communauté Taux de « réaction » des groupes traités : vaccination, thérapie complète, durée moyenne de l'hospitalisation, aptitude à l'auto-assistance et changements dans les comportements

### Evaluation des besoins de santé

Pour apprécier l'état de santé de l'individu, de la famille et de la communauté, il faut prendre en considération certains facteurs personnels comme l'âge, le sexe, la religion, ainsi que la situation économique et les effets de l'environnement sur la santé. Cette appréciation doit couvrir :

- les tendances révélées par les antécédents sociaux et médicaux du sujet ;
- la capacité fonctionnelle sur le plan physique et affectif ;
- les attitudes face à la santé et à la maladie, les connaissances en la matière et la façon dont ces deux états sont perçus ;
- les comportements en matière de santé et les schémas de soins ;
- les ressources disponibles pour couvrir les besoins ;

- les autres facteurs pouvant prédisposer aux problèmes de santé les plus courants.

### Mise en œuvre du plan de soins

Les soins infirmiers devraient être planifiés et dispensés en suivant des stratégies qui soient :

- étroitement associées aux besoins spécifiques et aux causes sous-jacentes des problèmes identifiés ;
- fondées sur des principes scientifiquement solides de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation adaptés à la situation ;
- conçues en fonction des résultats souhaités concernant le comportement de l'individu, de la famille et du groupe à l'égard de la santé et des facteurs en rapport avec la santé, à court et à long terme.

### Evaluation des soins dispensés

L'évaluation de l'efficacité des soins dispensés doit s'appuyer sur un effort systématique de documentation, de surveillance et d'observation concernant notamment :

- la façon dont l'individu, la famille et la communauté participent à la planification et à la prestation des soins ;
- la qualité, l'envergure et l'opportunité des soins dispensés, considérées en fonction des critères en vigueur, des thérapies recommandées et des plans spécifiques de soins ;
- l'exactitude, l'exhaustivité et la régularité des évaluations ;
- les réactions de l'individu, de la famille et du

groupe aux services offerts, y compris l'évaluation des soins ;

- les résultats à moyen et à long terme attendus de l'application du plan, avec des explications sur les contradictions observées et des suggestions de changements en vue de stratégies plus efficaces.

Ces trois processus de base sont employés de façon *séquentielle et continue* dans l'administration des soins. Chacun représente une dimension différente, mais tout aussi importante, de la pratique infirmière. Le cycle appréciation/mise en œuvre/évaluation est régulièrement répété afin de trouver des méthodes plus efficaces et plus sûres de parvenir aux buts définis en matière de santé.

# Concepts de base de l'enseignement des soins infirmiers

## Organisation du programme

La façon dont le programme est élaboré et organisé en vue de préparer les élèves à des fonctions axées sur la communauté dépend à la fois de nombreux facteurs au sein même de l'école et des exigences particulières au système de santé dans lequel les futurs diplômés seront appelés à travailler. Il y a, en gros, deux manières d'organiser un programme de formation : la première consiste à mettre l'accent sur l'acquisition de *connaissances* considérées par les experts comme indispensables à tout membre de la profession infirmière ; la deuxième est d'insister sur l'apprentissage de toute la série d'*aptitudes* que le personnel infirmier diplômé est censé *mettre en pratique* (à des niveaux de compétence bien définis) dans l'exercice de ses fonctions.

Dans le premier cas, les changements nécessaires pour l'adoption d'une orientation communautaire à l'égard des soins infirmiers consisteront sans doute à inscrire la santé publique et la santé communautaire au programme.

Mais si l'on adopte la deuxième manière, il faudra tout d'abord déterminer les fonctions du personnel infirmier à l'échelon communautaire, puis les analyser en termes des connaissances, des compétences et des attitudes voulues pour un niveau défini d'exercice de la profession. A partir de cette analyse, on pourra définir les objectifs pédagogiques du nouveau programme.

## Objectifs pédagogiques<sup>1</sup>

Après avoir réparti les diverses fonctions professionnelles en activités et avoir à nouveau divisé ces dernières en tâches inhérentes à l'orientation communautaire des soins de santé, il est alors possible de définir les objectifs pédagogiques pour chaque

<sup>1</sup> Voir Guilbert, J.-J. Guide pédagogique pour les personnels de santé, Edition révisée. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (OMS, Publication offset N° 35) ; et Abbatt, F. R. Teaching for better learning, document non publié, 1980.

tâche. Ceux-ci peuvent être classés en trois catégories — connaissances, compétences techniques et attitudes — et une fois définis, servent de base à l'appréciation des connaissances.

### Objectifs théoriques (domaine cognitif)

Ces objectifs concernent l'acquisition de faits, de concepts et de principes dont l'infirmière aura besoin dans diverses situations.

### Objectifs psychologiques (domaine affectif)

Ces objectifs concernent les sentiments et les attitudes qui influent sur le comportement des élèves dans l'accomplissement de leur travail. La sensibilité dans les rapports avec autrui et la perception des besoins d'autrui se manifestent même dans les tâches les plus simples comme donner des médicaments, écouter les gens ou leur expliquer pourquoi la vaccination est une bonne mesure de prévention chez les enfants. Ces attitudes sont fondamentales si l'on veut s'occuper des gens et les comprendre. C'est sur elles que repose la détermination de promouvoir la santé dans des soins infirmiers orientés vers la communauté.

### Objectifs techniques (domaine psychomoteur)

Les aptitudes psychomotrices supposent l'aptitude à des mouvements musculaires coordonnés nécessaires pour la bonne réalisation d'une tâche. Certaines aptitudes sont relativement simples, mais d'autres sont très difficiles et impliquent des processus complexes de traitement des informations et de prise de décisions.

Les tâches du personnel infirmier font souvent appel à des aptitudes psychomotrices ; elles exigent également des facultés cognitives permettant, par exemple, l'application de concepts et de principes à la solution d'un problème et il s'y ajoute aussi fréquemment une dimension affective, dans la mesure où le personnel doit avoir une attitude positive face à son travail ou au malade. Il est donc essentiel lorsque l'on analyse l'une quelcon-

que des tâches du personnel infirmier, de discerner ces trois éléments — théorie, technique et affectivité — c'est-à-dire les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour mener à bien cette tâche.

Après avoir défini les objectifs pédagogiques pour chacune des tâches, il est possible de déterminer le niveau que doit atteindre l'élève avant de pouvoir passer à la phase suivante de l'apprentissage. Ces objectifs doivent être définis en termes des tâches que les élèves devraient pouvoir accomplir après une période d'apprentissage et dont ils ou elles n'auraient pas été capables avant.

La définition des objectifs facilite deux types d'appréciation :

- une appréciation constructive à faire régulièrement et de façon aussi informelle que possible tout au long du processus d'apprentissage et qui, en retour, sert de référence aux professeurs et aux élèves pour réviser leurs méthodes d'enseignement et d'apprentissage ;
- une appréciation récapitulative qui, tout en ayant les mêmes objectifs que la précédente, permet de prendre certaines décisions touchant la promotion, la qualification ou l'autorisation de pratiquer pour les élèves devant recevoir leur diplôme.

## Principes de l'acquisition des connaissances

Les théories et les opinions divergentes ne manquent pas quand il s'agit de définir les méthodes d'acquisition des connaissances. Il est généralement admis toutefois que ces méthodes doivent permettre aux élèves de maîtriser des situations en perpétuelle évolution, d'utiliser les informations données, de repérer les problèmes et de les résoudre.

L'acquisition des connaissances est un *processus actif, continu et séquentiel* dans la mesure où les concepts, les compétences techniques et les valeurs sont continuellement réévalués et reconsidérés dans un but pratique, même lorsque cette acquisition ne résulte pas d'une décision consciente. A mesure qu'évoluent les besoins et les autres facteurs déterminant l'assimilation du savoir, il se produit un phénomène continu d'oubli et de réacquisition des connaissances anciennes, parallèlement à l'acquisition de compétences ou de valeurs nouvelles.

Cette acquisition s'opère plus rapidement lorsque l'élève a la possibilité de mettre en pratique et d'expérimenter son nouveau savoir dans des situations très diverses.

En d'autres termes, l'apprentissage se fait d'autant plus facilement que l'élève se trouve plongé dans des situations réelles ou qui se rapprochent de celles dans lesquelles il ou elle devra travailler.

### Processus d'enseignement

Il faudra accorder une attention particulière aux principes d'enseignement et d'acquisition des connaissances exposés ci-après.

#### *Participation active*

Les élèves doivent participer activement au processus d'apprentissage. Ils doivent avoir la possibilité de se renseigner, de poser des questions, de réagir, de mettre en application les informations reçues et d'exercer leurs aptitudes théoriques et pratiques. Le professeur doit prévoir des activités variées qui incitent les élèves à s'informer et à mettre en application les informations recueillies.

#### *Information en retour*

Les élèves veulent savoir si leur travail donne satisfaction et doivent être capables de comprendre leurs erreurs afin de les rectifier et d'aller de l'avant sans plus se tromper. Les professeurs devraient donner le maximum d'informations aux élèves sur la qualité de leur travail, les complimentant lorsque ce travail est bien fait, mais leur montrant aussi comment éviter les erreurs.

#### *Clarté*

Pour apprendre, les élèves doivent pouvoir entendre et comprendre le professeur et voir ce qui est démontré. Il appartient au professeur d'utiliser un langage clair, de définir les mots nouveaux et de s'assurer que tous les moyens audiovisuels et autres sont utilisés judicieusement et contribuent à un enrichissement de l'apprentissage.

#### *Maîtrise*

Le sentiment d'avoir maîtrisé les connaissances et le savoir-faire est important pour l'acquisition de connaissances nouvelles. L'apprentissage est un phénomène séquentiel qui suppose l'assimilation des connaissances antérieures. Les professeurs doivent s'assurer que les élèves possèdent bien les notions et principes indispensables avant de passer au stade suivant. L'idéal serait que les professeurs s'assurent, au début de chaque séance, que les élèves ont bien maîtrisé les connaissances requises et, à la fin, que les objectifs visés ont bien été atteints.

### *Différences individuelles*

Chacun apprend à sa manière et à son rythme. Les intérêts, les expériences et les possibilités diffèrent. Étant entendu que les élèves sont des individus, les professeurs doivent essayer de les connaître et utiliser des méthodes adaptées à leurs besoins pédagogiques.

Les élèves qui ont l'impression que les professeurs s'intéressent à eux, sont beaucoup plus motivés dans leur travail. Les professeurs ne doivent pas se contenter de parler ; ils doivent aussi écouter les élèves ; ils doivent également faire la preuve du sérieux avec lequel ils considèrent leurs responsabilités en tant qu'enseignants et refléter ainsi un aspect important de la profession infirmière, le souci d'autrui.

### **Résumé**

De tout temps, les écoles chargées de former le personnel infirmier ont produit des diplômées dont l'aptitude à exercer en dehors du cadre hospitalier était faible ou limitée. Or, ce rôle traditionnel n'est que trop souvent peu ou pas du tout en rapport avec la contribution actuelle ou future des soins infirmiers au développement sanitaire des individus, des groupes et des communautés.

Pour définir les changements nécessaires dans les priorités et les grandes orientations de l'enseignement infirmier, il faut tenir compte de la nature même et des caractéristiques des soins infirmiers communautaires, considérés dans l'optique des soins de santé primaires.

La recherche d'une solution aux problèmes dans les soins infirmiers à orientation communautaire, grâce aux trois processus décrits ci-dessus à savoir l'appréciation, la mise en œuvre et l'évaluation, est d'une importance fondamentale pour la modification du programme de l'enseignement infirmier de base et la meilleure adéquation de la pratique infirmière aux besoins. Le programme centré sur les matières à enseigner et le professeur privilégie l'objet de l'enseignement et tend à insister sur le rappel des connaissances plus que sur la capacité ou l'aptitude à répondre aux besoins de santé. Au contraire, en axant le contenu des cours sur l'ensemble des tâches à accomplir dans la communauté, on privilégie une formation de base qui fait de l'élève le principal centre d'intérêt.

Le but ultime de l'apprentissage est de permettre aux élèves de faire face à des situations en perpétuelle évolution, d'utiliser les informations et de cerner et résoudre les problèmes posés dans le travail et dans la vie. L'élève pourra plus facilement acquérir cette faculté si, dans ses études, il se trouve confronté à des situations semblables à celles qui l'attendent dans l'exercice de ses fonctions.

Les objectifs pédagogiques sont fondés sur des tâches infirmières précises. Ces trois objectifs sont les connaissances, les compétences et les attitudes inhérentes à une profession infirmière à orientation communautaire. La définition de ces objectifs rend possible l'appréciation de l'apprentissage, permettant ainsi une rétroinformation qui servira de base aux réformes futures et aux décisions concernant la promotion et la délivrance du diplôme.

# Phase 1

## Révision du programme dans l'optique de la santé communautaire

---

Pour donner une orientation nouvelle à l'enseignement infirmier, il faut tout d'abord revoir le programme existant afin d'arriver à savoir quels sont les aspects de la santé familiale et communautaire déjà traités dans les divers cours. A cette fin, il faut établir la liste des objectifs et du contenu essentiels à cette nouvelle perspective et procéder à un examen critique du programme d'enseignement et d'apprentissage pour voir dans quelle mesure ces objectifs sont respectés. Cet examen devrait donner une idée générale du contenu du programme des cours et de sa place dans l'ensemble de la formation. Cette information est nécessaire si l'on veut prévoir les mesures à prendre par la suite dans l'élaboration du programme et les changements projetés ont de l'importance pour le choix des personnes qui seront appelées à participer à la révision du programme. Participer activement au processus de révision dès ses débuts permet de mieux le comprendre et de s'y intéresser et de s'y impliquer davantage.

### Préparation de la révision

#### Sélection des participants

Il faudrait, chaque fois que possible, inclure au nombre des participants les décideurs dont le soutien actif sera nécessaire pour faciliter la mise en place des changements. Sans pouvoir toujours participer à toutes les phases de la révision, ces responsables pourront peut-être assister aux discussions initiales sur la réorientation, les résultats de l'analyse des données et les changements à apporter. Parmi eux pourront figurer des administrateurs, des cadres supérieurs des services de santé, des chefs de département, des enseignants de haut niveau et le directeur de l'école. Toute innovation ou tout changement dans le programme de formation peut nécessiter des décisions concernant l'emploi du temps du personnel enseignant et du

personnel d'administration, ainsi que l'utilisation des locaux, des ressources et du matériel, qui peuvent influencer non seulement sur le coût des changements, mais également sur la possibilité même de révision des cours.

La personne responsable de l'école joue un rôle déterminant dans le processus de changement du programme, dont l'initiative lui revient d'ailleurs souvent. Cette personne devrait être consciente de la nécessité d'adapter l'enseignement infirmier aux besoins de santé de la communauté et témoigner d'une volonté personnelle de promouvoir cette adaptation.

Sauf dans des circonstances exceptionnelles, cette personne ne devrait pourtant pas diriger l'appréciation de l'enseignement dispensé, ni élaborer le projet de révision. Mais, si tel est le cas, il faut déléguer les fonctions générales d'administration à d'autres membres du personnel afin de laisser au directeur suffisamment de temps à consacrer à la révision.

En général, c'est à la commission du programme qu'incombe la révision de l'enseignement. Certaines tâches peuvent toutefois être déléguées à une sous-commission travaillant en étroite collaboration avec la commission du programme et avec le corps enseignant et les autres personnes concernées. En l'absence de commission du programme, c'est à la direction de l'école que revient le soin de former une commission de révision. L'importance et la composition de cette commission dépendront de la structure de l'école. Chaque branche ou chaque section du programme devrait y être représentée. En tout état de cause, la présence du ou des responsables des cours de santé publique et des autres aspects des soins infirmiers communautaires sera indispensable.

Il est souhaitable de confier à *une seule personne* (coordonnatrice de la révision) la responsabilité première de diriger la révision du programme. Celle-ci devra, entre autres tâches, s'assurer que la révision a bien été effectuée de manière

exhaustive et dans des délais raisonnables, que les professeurs et autres groupes concernés sont au courant de cette révision et y participent et que les décisions et les méthodes sont bien mises en application.

Le personnel enseignant devrait, dès le début, être tenu informé de la finalité et du plan général de la révision, car c'est à lui qu'incombera finalement la tâche de revoir le contenu des cours en fonction du concept des soins communautaires et des soins de santé primaires.

Les personnels d'administration et de service concernés par la formation clinique et pratique des élèves ont un rôle important à jouer dans la révision du programme. Ils peuvent fournir des renseignements sur les services qui offrent ou peuvent offrir un terrain d'expériences pédagogiques intéressantes. Ils doivent être tenus au courant du processus de révision et y participer *dès le début*, de manière à permettre la prise en compte des renseignements qu'ils sont seuls à pouvoir fournir, dans les décisions de modification du programme.

Les anciens élèves de l'école peuvent aussi fournir des informations importantes sur la mesure dans laquelle ils ont été préparés à exercer des fonctions à l'échelon communautaire. La façon dont les élèves perçoivent leur apprentissage peut enrichir la base de données et suggérer des moyens de renforcer l'orientation communautaire qui risqueraient sans cela d'être négligés. La participation des élèves à ce processus de prise de décision est une expérience pédagogique utile, tout comme l'est la participation des individus, des familles et de la communauté à l'organisation et à la mise en œuvre des soins. Leur attachement à cette approche peut puissamment servir à promouvoir l'autonomie de la communauté en matière de soins.

### Orientation des participants

Le coordonnateur de la commission de révision doit veiller tout particulièrement à :

- informer les membres de la commission des problèmes de fond et de procédure soulevés par la révision ;
- leur communiquer des informations sur les statistiques sanitaires locales et nationales, les rapports et les publications concernant la santé communautaire et les services ;
- les familiariser avec les méthodes d'étude et de révision du programme de manière à permettre l'adaptation des procédures usuelles aux conditions de l'école dans le but spécifique de la révision.

Au moment de l'examen des méthodes générales de révision, le coordonnateur doit veiller à ce que ces méthodes puissent s'appliquer à la situation existante et il doit se demander aussi comment, quand et par qui elles seront appliquées. Il est alors possible de procéder à l'élaboration du plan de révision. Chaque étape du processus doit être décrite brièvement et un calendrier doit être établi à titre indicatif. Tout au long du processus de révision, le plan ainsi élaboré servira de fil conducteur pour :

- *expliquer* le plan de révision aux autres membres du corps enseignant et aux groupes extérieurs concernés ;
- *planifier* les activités à exécuter simultanément et celles qui doivent se succéder ;
- *estimer* les ressources humaines disponibles et les délais nécessaires pour chaque étape ;
- *établir le calendrier* des conférences et des entretiens individuels faisant partie du processus de révision ;
- *faire rapport* sur le processus de révision et analyser les données du programme.

Afin de ne pas laisser les participants, il faut s'efforcer d'achever cette révision le plus rapidement possible. Les délais dépendront toutefois de certains facteurs, tels que l'importance de l'école, le nombre des enseignants et l'ampleur de la tâche à accomplir.

## Conduite de la révision et formulation des objectifs

### Définition des buts du programme

Il n'est possible de définir les buts des programmes d'enseignement infirmier à orientation communautaire que si les enseignants et la commission de révision travaillent ensemble à déterminer les types de connaissances théoriques et techniques que doit posséder le personnel infirmier pour pouvoir s'acquitter de son rôle dans le cadre des soins de santé primaires.

Le personnel infirmier travaillant dans le cadre des soins de santé primaires doit connaître :

- les principaux problèmes de santé de la région ;
- les principales méthodes de prévention, de traitement et de contrôle des problèmes dominants, ainsi que leur étiologie, leur épidémiologie et leur pathologie ;
- les principes des soins de santé à la mère, au nourrisson et à l'enfant ; les facteurs affectant la croissance et le développement de l'individu et

de la famille ; les méthodes de planification des naissances ;

- les processus d'appréciation, de traitement et de réadaptation ;
- les principes de la prévention, la continuité des soins et l'influence du mode de vie sur la santé.

De plus, le personnel infirmier devrait pouvoir :

- évaluer l'effet des soins dispensés aux individus, aux familles et aux groupes dans la communauté ;
- former d'autres personnes à promouvoir la santé par l'initiative personnelle en matière de soins ;
- adapter les soins de santé aux besoins des divers groupes sociaux, culturels et professionnels dans la communauté ;
- rechercher la participation active de la communauté au développement de la santé et des individus et des familles à leurs propres soins de santé ;
- étendre les services de santé aux groupes de population sous-desservis et modifier les schémas d'utilisation de ces services par les divers groupes ;
- collaborer avec des groupes multisectoriels afin d'améliorer la santé de la communauté ;
- former les praticiens indigènes et les agents de santé communautaires et collaborer avec eux ;
- participer à la formulation des politiques de santé et à la prise de décisions pour les soins de santé primaires au niveau communautaire ;
- travailler efficacement avec les équipes de soins de santé.

## Révision et rectification des objectifs du programme

Il est alors temps de reconsidérer la finalité du programme existant afin de déterminer dans quelle mesure elle concorde avec les concepts des soins de santé primaires et des soins infirmiers communautaires.

Cela permettra au coordonnateur de déterminer les objectifs du programme à modifier. Si les objectifs n'ont pas été définis, il reviendra au coordonnateur de demander au directeur du programme et au chef de département sur quelles directives pouvant tenir lieu d'objectifs en bonne et due forme ils se sont fondés pour élaborer le programme. Il faudra noter, en particulier, les contraintes imposées à la pratique des soins de santé communautaires (limites imposées par la loi, politiques nationales en matière de santé et structure du système de santé, par exemple).

L'étude des informations recueillies peut montrer que l'école a déjà dans ses objectifs certains des éléments essentiels des soins de santé primaires et des soins infirmiers communautaires et qu'il n'y a donc que peu de changements à effectuer. Si ces éléments sont absents ou inadéquats, il convient de définir ou de réviser les buts du programme afin d'assurer une meilleure préparation à la pratique des soins de santé communautaires. Dans la formulation de ces buts, il faudra considérer :

- la nature et la finalité de l'école, ainsi que ses relations avec l'institution mère (par exemple, l'hôpital, l'université) ;
- les caractéristiques des élèves et des enseignants (âge, niveau d'instruction, formation professionnelle, façon de percevoir les soins infirmiers et la communauté, capacité de réaction au changement) ;
- le rôle de l'école dans la communauté et dans le système de santé et sa capacité d'expansion ;
- les besoins et les services de santé communautaires, l'adéquation des soins infirmiers à l'approche « soins de santé primaires » à l'égard de la santé de la communauté et les débouchés professionnels offerts aux diplômés.

L'énoncé préliminaire des objectifs ainsi établi devrait indiquer les changements à apporter au programme afin de préparer le personnel infirmier à exercer au sein de la communauté en utilisant l'approche « soins de santé primaires » et d'encourager l'évolution du programme sans trop perturber les cours. Un tel énoncé pourrait se présenter comme suit :

La finalité générale du programme d'enseignement infirmier de base est de préparer un généraliste compétent à la pratique de soins infirmiers dans le cadre de la protection sanitaire. Le diplômé devra être capable :

- de fournir des soins de divers niveaux - promotion, prévention, traitement, réadaptation - aux individus, aux familles et à la communauté ;
- de planifier et d'assurer des soins infirmiers à domicile, dans d'autres cadres communautaires et à l'hôpital ;
- d'appliquer judicieusement le processus de résolution des problèmes à tous les aspects de la pratique infirmière ;
- de travailler efficacement avec les individus, les familles et les groupes afin de promouvoir l'auto-prise en charge et de soutenir et d'encadrer les auxiliaires de santé et les agents de santé communautaires et autres et d'assurer les soins de santé préventifs et curatifs essentiels ;

- de fonctionner efficacement en tant que membre d'une équipe de soins de santé primaires communautaires et dans le cadre d'une collaboration intersectorielle ;
- d'apprécier la formation continue du point de vue de l'enrichissement personnel et professionnel qu'elle procure.

## Accord au sujet des objectifs révisés

Avant d'être formulés dans un document de travail, les objectifs proposés doivent être discutés et acceptés par la direction de l'école et le corps enseignant. L'organisation et les méthodes visant à obtenir la participation et l'accord des enseignants peuvent varier selon les écoles. Il est probable toutefois que l'on pourra adopter la façon de procéder suivante dans la plupart des situations :

- présenter l'avant-projet d'exposé des objectifs nouveaux et expliquer les raisons des changements au directeur du programme d'enseignement infirmier et à la commission du programme ; réviser ce projet en tenant compte des remarques et préparer sa soumission à d'autres administrateurs et membres du corps enseignant ;
- distribuer à tous les « réviseurs » des exemplaires clairement écrits du projet ainsi remanié, en y joignant des explications sur les changements apportés au texte ;
- fixer une date limite pour la révision, en prévoyant suffisamment de temps pour que le projet puisse être étudié et commenté dans l'optique du plan général d'études ;
- réviser de nouveau le projet compte tenu des commentaires formulés en restant dans l'optique des « soins de santé primaires » et en maintenant l'orientation communautaire ;
- faire rapport au corps enseignant et aux autres « réviseurs » en résumant les modifications et les mesures décidées.

## Rassemblement d'informations pour la révision des cours et du programme

Lors de la collecte des informations sur le contenu des cours existants, il convient de faire savoir aux participants que ces données serviront *uniquement* à apprécier l'état actuel du programme. Les changements nécessaires pour actualiser le programme en insistant sur l'importance de la com-

munauté ne seront mis au point que plus tard et avec les professeurs et les autres responsables des cours.

Il existe de nombreuses méthodes de rassemblement des données que l'on peut utiliser pour réunir les informations nécessaires à la révision du contenu des cours. Le choix d'une méthode ou d'un ensemble de méthodes sera déterminé en fonction de ce qui apparaîtra comme le plus pratique et le plus commode pour l'école, mais à condition de bien rassembler toutes les données pertinentes.

Pour une révision critique du contenu du programme, il est essentiel d'élaborer une formule de rapport. Cette formule garantit que toutes les informations seront bien rassemblées de la même façon quel que soit le cours considéré.

Le tableau 1 donne un exemple de ce type de formule qui peut être adaptée aux besoins nationaux, régionaux et locaux en matière de soins de santé primaires/communautaires et servir à rassembler des données de base pour la révision des programmes. Parmi les informations requises pour cette première révision figurent : l'intitulé et le numéro du cours considéré, les matières jugées essentielles à la pratique des soins de santé primaires/communautaires et la possibilité ou non d'acquérir les connaissances et/ou l'expérience pratique voulues.

L'école doit élaborer sa propre formule, selon le modèle du tableau 1. Ne doivent être rassemblées que les données indispensables pour la révision. La liste des caractéristiques des soins infirmiers communautaires sert à déterminer le contenu du cours sur lequel des précisions doivent être données dans la formule. Il est de la plus haute importance que les matières enseignées répondent aux besoins du pays en matière de santé.

Pour remplir cette formule, on marque d'une croix la colonne « Matières » dans les rubriques qui font partie du cours. De même, des croix dans les trois colonnes intitulées « Pratique des soins infirmiers communautaires » indiquent si le cours prévoit l'acquisition d'une expérience pratique par les élèves au sein de la communauté et en dehors du milieu hospitalier. Il est utile de laisser aussi suffisamment de place pour de *brefs* commentaires des enseignants qui peuvent ainsi expliquer certaines notations, mentionner certaines difficultés et indiquer les changements prévus pour certaines rubriques. Ces remarques aident le coordonnateur à analyser le programme sous l'angle de la formation des infirmières aux soins de santé primaires/communautaires et à déterminer les améliorations à lui apporter.

**Tableau 1. Formule pour le rassemblement des données en vue de la révision des programmes d'enseignement infirmier**

Intitulé ou numéro du cours .....

Contenu des cours en rapport avec les soins de santé primaires/communautaires <sup>a</sup>	Activités d'apprentissage			Commentaires	
	Matières	Pratique des soins infirmiers communautaires			
		Appréciation des besoins de santé	Mise en œuvre des plans de soins		Evaluation des soins
<b>1. Problèmes de santé courants</b> (1) Diarrhée (2) Troubles nutritionnels (3) Paludisme (4) Pneumonie (5) Tuberculose (6) Maladies vénériennes (7) Diabète (8) Maladies parasitaires (9) Santé mentale  <b>2. Santé de la famille</b> (10) Schémas de soins (11) Relations sociales (12) Planification familiale  <b>3. Santé maternelle et infantile</b> (13) Protection pré et post-natale (14) Accouchement, santé du nourrisson (15) Croissance et développement normaux (16) Prématurité (17) Vaccinations (poliomyélite, rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos) (18) Adolescence, développement sexuel  <b>4. Santé des adultes</b> (19) Fonction/productivité (20) Vieillesse (21) Maladies graves et réadaptation (22) Maladies chroniques et auto-soins  <b>5. Besoins et participation de la communauté</b> (23) Education sanitaire de la communauté (24) Développement sanitaire de la communauté (25) Couverture des soins de santé primaires (26) Salubrité de l'environnement  <b>6. Soins en équipe</b> (27) Equipe de soins de santé primaires (28) Equipe interprofessionnelle  <b>7. Participation intersectorielle</b> (29) Agriculture (30) Développement communautaire					

<sup>a</sup> Cette liste peut varier selon les pays. Elle devrait inclure les éléments de base des soins de santé primaires.

Les sujets énumérés ne sont pas indépendants ni complets mais devraient correspondre aux éléments essentiels des soins infirmiers communautaires (page 8). Les matières comprennent l'épidémiologie de la santé et de la maladie et son application à la pratique infirmière.

Il faudra distribuer à tous les enseignants et membres du personnel médical et autre suffisamment de formules, en leur donnant les instructions voulues pour qu'ils puissent : (1) remplir une formule pour chacun des cours auxquels ils participent ; (2) réviser les objectifs et le contenu pédagogique de chaque cours pour les divers éléments concernant la santé de l'individu, de la famille et de la communauté ; (3) vérifier tous les éléments pertinents. Les enseignants peuvent être réunis en un seul groupe ou être répartis selon leur discipline, par exemple. On leur demandera de remplir

les formules pendant la réunion. Le coordonnateur et les membres du comité de révision du programme devant être présents, les questions recevront donc une réponse immédiate. Si les participants désirent disposer de plus de temps, on pourra leur distribuer les formules, avec les instructions, afin qu'ils les remplissent séparément. Les formules, une fois remplies, devront être renvoyées au coordonnateur de la révision dans un délai de quelques jours, à préciser.

En mettant au point les modalités de l'enquête, le coordonnateur et le comité de révision du pro-

gramme devront décider s'il convient de revoir tous les cours simultanément ou s'il vaut mieux échelonner les révisions sur une période déterminée. Certains facteurs peuvent influencer leur décision, par exemple :

- *l'importance de l'école et du corps enseignant* : plus le nombre des enseignants sera important et plus il faudra de temps pour réunir les données concernant les cours ;
- *la structure et la fonction du programme* : plus le programme sera traditionnel, plus il faudra de temps et de réflexion et plus il faudra sans doute libérer les enseignants de leurs autres tâches ;
- *l'intérêt manifesté par les enseignants* : si certains enseignants se montrent vivement désireux de participer à la révision du contenu de leurs cours, d'autres risquent, en revanche, d'avoir des réactions ambiguës, de se sentir menacés par tout changement et d'y résister ; si l'on entreprend la révision avec ceux qui sont prêts à collaborer et qui en comprennent le mieux les buts, l'ensemble du travail s'en trouvera facilité ;
- *l'orientation du programme* : certaines sections ou certains domaines d'étude, de par leur nature même, se prêtent davantage à l'introduction de notions concernant la santé familiale et communautaire (cours ayant trait à la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant, à la santé publique, aux soins de santé mentale, etc.) et il sera vraisemblablement plus facile, en ce cas, de procéder à la révision du programme pour l'adapter à la nouvelle orientation.

Une fois les méthodes de révision du programme définies dans leurs grandes lignes, il est bon d'en informer la direction des études, la commission du programme, le corps enseignant et les autres personnes concernées (pour le mode de sélection des participants, voir p. 17) et de fixer des dates pour la collecte des données. Il est important que tous les participants approuvent le projet final et le jugent acceptable afin d'éviter, autant que faire se peut, les modifications et les changements de programme une fois la procédure de révision entamée.

#### Entretiens avec le corps enseignant

Si un cours est assuré par plusieurs professeurs, il faudra recueillir des données auprès de chacun d'eux ou, si cela s'avère impossible, auprès de celui qui est responsable de l'organisation du cours.

Pour faciliter la planification ultérieure, il est important de savoir comment les professeurs per-

çoivent l'adaptation de leurs cours à l'orientation communautaire et de s'informer de leurs projets d'élargissement éventuel de leur enseignement et/ou de formation pratique dans le domaine considéré. Il est fondamental que ce soit les professeurs, et leurs adjoints pour l'expérimentation clinique, qui fournissent les données de base. Des informations complémentaires peuvent être obtenues par les méthodes décrites plus loin ou par toute autre méthode jugée nécessaire.

Le coordonnateur de la révision peut rencontrer chaque professeur séparément et consigner les informations données dans une formule conçue à cet effet. Bien qu'elle demande beaucoup de temps, cette méthode est de nature à fournir la base de données la plus complète et la plus cohérente puisque le coordonnateur peut en personne clarifier les questions et éventuellement, les malentendus, et que le supplément d'explications garantit un examen complet du contenu du cours. Grâce à ces entretiens personnels, le coordonnateur peut apprécier la volonté du professeur d'élargir les possibilités données aux étudiants de se familiariser avec l'approche communautaire.

Le coordonnateur pourra se faire assister dans cette tâche par quelques membres de la commission de révision du cycle d'études. Les chefs de département ou de sections devraient, dans la mesure du possible, être chargés de conduire ces entretiens avec les professeurs et avec le personnel clinique et de service.

#### Mise en forme et synthèse des données

C'est au coordonnateur de la révision qu'il appartient de vérifier : (a) que toutes les informations nécessaires sont bien données dans les formules remplies, (b) que tous les cours y sont bien mentionnés, et (c) que ces formules ne comportent pas de répétitions, ni de contradictions. Il faut également préparer les données pour l'analyse. Si des clarifications s'avèrent nécessaires, il faudra contacter la personne à l'origine de l'information afin d'obtenir les précisions ou les rectifications voulues.

Pour chaque cours revu, un rapport distinct devra être établi, rassemblant l'ensemble des données pertinentes. Le tableau 2 montre comment pourrait se présenter cette récapitulation des données recueillies dans le cas d'un cours de santé maternelle et infantile. Dans la première colonne à gauche se trouve la liste de tous les sujets inscrits au programme du cours qui semblent en rapport avec la pratique des soins de santé primaires et des soins infirmiers communautaires. Les quatre

**Tableau 2. Récapitulatif du contenu d'un cours de soins infirmiers primaires et communautaires**

Intitulé du cours : Protection maternelle et infantile (N° 24)

Contenu du cours en rapport avec les soins de santé primaires et communautaires	Activités d'apprentissage				Commentaires	Récapitulation des résultats				
	Matières	Pratique communautaire				Matières	Pratique communautaire			Total
		Appréciation des besoins de santé	Mise en œuvre des plans de soins	Evaluation des soins			Appréciation des besoins de santé	Mise en œuvre des plans de soins	Evaluation des soins	
<b>1. Problèmes de santé courants</b>						<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>10</b>
(1) Diarrhée	x	x	x		Affections pouvant être observées dans les dispensaires ruraux	1	1	1	—	(3)
(2) Troubles nutritionnels	x	x	x		Traitement suivi (+)	1	1	1	—	(3)
(3) Paludisme						—	—	—	—	—
(4) Pneumonie			x			—	—	1	—	(1)
(5) Tuberculose						—	—	—	—	—
(6) Maladies vénériennes		x				—	1	—	—	(1)
(7) Diabète		x				—	1	—	—	(1)
(8) Maladies parasitaires		x				—	1	—	—	(1)
(9) Santé mentale						—	—	—	—	—
<b>2. Santé de la famille</b>						<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>8</b>
(10) Schémas de soins	x	x	x		Dans les dispensaires urbains seulement. Visites à domicile non encore organisées (+).	1	1	1	—	(3)
(11) Relations sociales	x	x				1	1	—	—	(2)
(12) Planification familiale	x	x	x			1	1	1	—	(3)
<b>3. Santé maternelle et infantile</b>						<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>14</b>
(13) Protection pré et post-natale	x	x	x	x		1	1	1	1	(4)
(14) Accouchement, santé du nourrisson	x					1	—	—	—	(1)
(15) Croissance et développement normaux	x					1	—	—	—	(1)
(16) Prématurité	x	x	x			1	1	1	—	(3)
(17) Vaccinations (poliomyélite, rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos)	x	x	x	x		1	1	1	1	(4)
(18) Adolescence, développement sexuel	x					1	—	—	—	(1)
<b>4. Santé de l'adulte</b>						<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
(19) Fonction/productivité	x	x				1	1	—	—	(2)
(20) Vieillesse	x	x				1	1	—	—	(2)
(21) Maladies graves et réadaptation	x	x	x	x		1	1	1	1	(4)
(22) Maladies chroniques et auto-soins	x	x	x			1	1	1	—	(3)
<b>5. Besoins et participation de la communauté</b>						<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>6</b>
(23) Education sanitaire de la communauté	x	x	x		Elèves chargées de cours d'information pour les mères (+)	1	1	1	—	(3)
(24) Développement sanitaire de la communauté					Observations avec le technicien de l'assainissement chaque fois que possible	—	—	—	—	(—)
(25) Couverture des soins de santé primaires	x		x			1	—	1	—	(2)
(26) Salubrité de l'environnement	x					1	—	—	—	(1)
<b>6. Soins en équipe</b>						<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>5</b>
(27) Equipe de soins de santé primaires	x		x		Travail avec les médecins du dispensaire (—)	1	—	1	—	(2)
(28) Equipe interprofessionnelle	x	x	x			1	1	1	—	(3)
<b>7. Participation intersectorielle</b>						<b>1</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>
(29) Agriculture	x				Observations dans les écoles	1	—	—	—	(1)
(30) Développement communautaire						—	—	—	—	(—)
						<b>21</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>55</b>

colonnes suivantes servent à indiquer (au moyen de croix) les sujets qui sont abordés dans l'enseignement théorique et dans la pratique à l'échelon communautaire, dans laquelle on distingue trois rubriques : l'appréciation des besoins sanitaires, la mise en œuvre des plans de soins et l'évaluation de l'efficacité des soins dispensés. La colonne centrale est réservée aux commentaires des enseignants qui procèdent à la révision du cours. Les commentaires sur un sujet qui se prête particulièrement bien au développement de l'orientation communautaire

sont marqués du signe +, et ceux qui concernent des sujets qui se prêtent mal ou pas du tout à ce genre d'orientation sont marqués du signe —. De cette façon, on peut utiliser les commentaires et les observations des professeurs pour renforcer l'analyse. Les cinq colonnes de droite indiquent la note globale pour chaque domaine d'étude et pour l'ensemble du cours. Comme on le verra, ces notes sont calculées à raison de 1 point pour chaque croix tracée dans la rubrique « Activités d'apprentissage », en additionnant les résultats vertica-

**Tableau 3. Exemple de résumé des cours revus afin de déterminer si leur contenu est en rapport avec la santé primaire et communautaire, avec note maximum possible dans chaque domaine.**

Contenu des cours en rapport avec les soins de santé primaires et communautaires	Note maximum possible <sup>b</sup>	Cours revus et notes obtenues <sup>a</sup>						Récapitulatif		
		Santé maternelle et infantile	Pédiatrie	Soins infirmiers médico-chirurgicaux	Gériatrie	Soins infirmiers de santé mentale et de psychiatrie	Soins infirmiers de santé publique	« Note élevée » et pourcentage du maximum possible	Contenu restreint (-) ou absence totale (x) <sup>c</sup>	
<b>1. Problèmes de santé courants</b>	<b>36</b>	<b>10<sup>+</sup></b>	<b>17</b>	<b>17<sup>-</sup></b>	<b>13</b>	<b>4<sup>-</sup></b>	<b>17<sup>+</sup></b>	<b>17</b>	<b>47,2%</b>	
(1) Diarrhée	(3)	(3)	—	(2)	—	(3)				
(2) Troubles nutritionnels	(3)	(3)	(3)	(3)	(1)	(3)				
(3) Paludisme	—	(1)	(2)	—	—	(3)				
(4) Pneumonie	(1)	(3)	(3)	(3)	—	(2)				
(5) Tuberculose	—	(3)	(3)	(1)	(1)	(3)				
(6) Maladies vénériennes	(1)	(1)	(2)	—	(1)	(2)				—
(7) Diabète	(1)	(2)	(2)	(1)	(1)	—				—
(8) Maladies parasitaires	(1)	(1)	(2)	(2)	—	—				—
(9) Santé mentale	—	—	—	(1)	—	(1)				—
<b>2. Santé de la famille</b>	<b>12</b>	<b>8<sup>+</sup></b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>66,7%</b>	
(10) Schémas de soins	(3)	(3)	(2)	(3)	(1)	(3)				
(11) Relations sociales	(2)	(3)	(2)	(2)	(1)	(2)				
(12) Planification familiale	(3)	(1)	—	—	—	(3)				
<b>3. Santé maternelle et infantile</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>58,3%</b>	
(13) Protection pré et post-natale	(4)	(1)	(2)	—	(1)	(2)				
(14) Accouchement, santé du nourrisson	(1)	—	—	—	—	—				—
(15) Croissance et développement normaux	(1)	(3)	—	—	—	—				
(16) Prématurnité	(3)	(1)	—	—	—	—				
(17) Vaccinations (poliomyélite, rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos)	(4)	(4)	—	—	—	(4)				
(18) Adolescence, développement sexuel	(1)	(2)	—	—	(1)	(2)				—
<b>4. Santé de l'adulte</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>4<sup>-</sup></b>	<b>10<sup>+</sup></b>	<b>14</b>	<b>87,5%</b>	
(19) Fonction/productivité	(2)	—	(3)	(2)	(1)	(2)				
(20) Vieillesse	(2)	—	(3)	(4)	(1)	(2)				
(21) Maladies graves et réadaptation	(4)	—	(4)	(3)	(1)	(3)				
(22) Maladies chroniques et auto-soins	(3)	—	(4)	(3)	(1)	(3)				
<b>5. Besoins et participation de la communauté</b>	<b>16</b>	<b>6<sup>+</sup></b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>62,5%</b>	
(23) Education sanitaire de la communauté	(3)	(2)	—	(2)	(1)	(3)				
(24) Développement sanitaire de la communauté	—	(1)	—	—	—	(2)				—
(25) Couverture des soins de santé primaires	(2)	(3)	—	(1)	—	(3)				
(26) Salubrité de l'environnement	(1)	(2)	—	(1)	—	(2)				—
<b>6. Soins en équipe</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>4<sup>+</sup></b>	<b>6</b>	<b>75%</b>	
(27) Equipe de soins de santé primaires	(2)	(3)	(3)	(2)	—	(2)				
(28) Equipe interprofessionnelle	(3)	(3)	(3)	(2)	(1)	(2)				
<b>7. Participation intersectorielle</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>25%</b>	
(29) Agriculture	(1)	(2)	—	—	—	(2)				—
(30) Développement communautaire	—	—	—	—	—	—				x
Note totale du cours	120	55 <sup>+</sup>	51	43 <sup>-</sup>	38	14	62 <sup>+</sup>	71		
Note possible (en %)	100	45,8	42,5	35,8	31,7	11,7	51,7	59,2%		

<sup>a</sup> Le signe (+) indique un potentiel élevé de développement de l'orientation communautaire ; le signe (-) indique un potentiel faible ou inexistant (voir p. 25-26).

<sup>b</sup> La note maximum possible d'un enseignement est calculée en multipliant le nombre de rubriques dans chaque domaine d'enseignement par 4, c'est-à-dire le nombre maximum de croix que l'on peut accorder à chaque rubrique.

<sup>c</sup> Chaque école devra définir ce qu'elle entend par contenu « restreint ». Ici, « restreint » désigne l'enseignement de moins de 3 des 4 processus de soins de base.

lement et horizontalement. Les totaux pour les différents cours sont alors réunis sur une autre feuille (tableau 3).

## Analyse des données recueillies

L'analyse des données concernant tous les cours, résumées comme dans le tableau 3, vise à répondre à trois questions fondamentales.

### Question 1

*Dans quelle mesure les concepts et l'expérience pratique de la santé communautaire sont-ils inclus dans le programme ?*

Pour répondre à cette question l'évaluateur devra :

- déterminer si oui ou non tous les domaines de connaissance considérés comme essentiels à la pratique des soins infirmiers primaires/communautaires sont inclus dans un ou plusieurs des divers cours ;
- revoir les domaines de connaissance inclus afin de déterminer si les élèves reçoivent ou non un enseignement théorique et une formation pratique concernant les processus infirmiers de base dans la communauté en dehors du cadre hospitalier.

**Tableau 4. Portée de l'enseignement<sup>a</sup> dans les cours revus afin de déterminer le rapport entre leur contenu et la santé communautaire****(a) par élément d'enseignement**

Éléments d'enseignement	Rubriques traitées dans le cours No. %	Note maximum possible	Cours revus et notes obtenues					
			Santé maternelle et infantile	Pédiatrie	Soins infirmiers médico-chirurgicaux	Vieillessement/pédiatrie	Santé mentale	Santé publique
		30 100	25 83,3	23 76,5	16 53,3	18 60	14 46,6	24 80
Matière (théorie)		30	21	23	15	13	9	19
Expérience pratique								
— Appréciation des besoins		30	17	16	15	14	4	18
— Mise en œuvre		30	14	11	11	10	1	11
— Évaluation des soins		30	3	1	2	1	0	4

**(b) par nombre d'éléments**

Nombre de rubriques		25	23	16	18	14	24
3 ou 4 éléments	No.	11	11	9	6	0	11
	%	44	47,8	56,3	33,3	—	45,8
1 ou 2 éléments	No.	14	12	7	12	14	13
	%	56	52,2	43,7	66,6	100	54,2

<sup>a</sup> Par « portée de l'enseignement », on entend la mesure dans laquelle le cours révisé comporte un enseignement théorique et pratique dans un contexte communautaire non-hospitalier. Les chiffres sont obtenus en faisant le total des croix (X) dans les colonnes concernant les éléments d'enseignement. Par exemple, dans le récapitulatif du contenu du cours de santé maternelle et infantile, Tableau 2, page 23, on trouve des croix en face de 25 rubriques de cours sur 30 dans une ou plusieurs colonnes représentant les 4 éléments d'étude, qui sont la théorie, l'appréciation, la mise en œuvre et l'évaluation. Vingt-cinq (25) représente ainsi la note obtenue pour ce cours. La portée de l'enseignement est calculée en divisant la somme des rubriques marquées d'une croix (X) pour chaque type d'enseignement (théorie, appréciation, mise en œuvre et évaluation) par la note maximum possible et est exprimée en pourcentage.

Pour mener à bien un tel examen, il est nécessaire de rassembler les données recueillies sur les divers cours et de les mettre en tableau comme le montrent les tableaux 3 et 4.

L'étude des données présentées horizontalement au tableau 3 montre que les principaux domaines de connaissance ayant des rapports avec la santé communautaire sont tous traités à un moment ou à un autre dans le programme et que de nombreux cours comprennent un enseignement de la plupart des sujets propres à chacun des domaines considérés. Cela donne à penser que les concepts de soins infirmiers communautaires sont présentés sous de nombreux angles et que les élèves ont certaines occasions de les mettre en pratique dans des situations variées.

Même si les « mesures » utilisées pour calculer les notes ne donnent aucune indication sur la qualité de l'enseignement, lorsqu'on les compare au maximum possible, les notes obtenues pour les cours font apparaître de nettes faiblesses dans l'enseignement. En étudiant le tableau 3, on peut énoncer les constatations suivantes :

- En ce qui concerne les problèmes de santé couramment rencontrés dans la communauté, tous les cours ont obtenus moins de la moyenne (18

sur un total de 36). Cela montre qu'il existe de sérieuses lacunes dans la préparation des élèves à assurer des services de soins de santé primaires.

- La rubrique qui a obtenu la meilleure note concerne la santé des adultes (87,5%), alors que la note « élevée » obtenue par la rubrique « santé familiale » n'était que de 66,7% et celle obtenue par la « protection maternelle et infantile » n'était que de 58,3% seulement par rapport au maximum.
- Des lacunes certaines apparaissent en ce qui concerne les besoins de santé et la participation de la communauté, y compris l'évaluation de la couverture des soins de santé primaires, puisque même le cours sur les soins infirmiers de santé publique n'a obtenu que 10 points sur un maximum de 16.
- Les notes obtenues pour les soins d'équipe atteignaient 75% du total possible pour deux cours (soins infirmiers pédiatriques et médico-chirurgicaux), mais tombaient à 12,5% en santé mentale.
- L'enseignement concernant la participation intersectorielle semble présenter de graves carences. Deux cours n'ont obtenu que 2 points sur 8, tandis que trois autres ne pouvaient même pas faire état d'un enseignement quel qu'il soit dans

ce domaine si important de la pratique des soins communautaires.

- Si l'on considère le total des notes des divers cours, ce sont les soins infirmiers de santé publique qui se classent en tête avec 62 points, bien que cela ne représente que 51,7% du contenu considéré comme essentiel pour la santé communautaire. La santé mentale obtient la plus mauvaise note (14), c'est-à-dire 11,7% seulement de l'enseignement que cette rubrique devrait comporter.

La nécessité d'enrichir le programme de formation est de nouveau attestée par le tableau 4.

La partie (a) de ce tableau fait la synthèse des rapports effectués sur la portée de l'enseignement dispensé dans les cours. D'après les données hypothétiques présentées, on peut constater que, sur un total virtuel de 30 « éléments » de cours, le nombre de ceux qui étaient intégrés à un cours pouvait aller d'un minimum de 14 (46,6%) pour la santé mentale, à un maximum de 25 (83,3%) pour la protection maternelle et infantile. Le type d'enseignement variait également. Tous les cours incluaient, mais à des degrés divers, l'enseignement théorique de la pratique des soins de santé primaires/communautaires. Pour la moitié seulement des rubriques, l'élément « appréciation » dans la pratique des soins infirmiers communautaires était mentionné ; quant à l'apprentissage par les élèves des différents modes de mise en œuvre, il a été beaucoup moins fréquemment signalé et l'évaluation de l'efficacité des soins n'a été que rarement citée. Dans tous les cas, c'est la santé mentale qui a obtenu les notes les plus médiocres.

#### Question n° 2

*Quels sont les cours qui offrent le plus de possibilités d'amélioration dans la préparation du personnel infirmier aux soins primaires et communautaires ?*

Pour répondre à cette question, il faut examiner les différents cours en cherchant à déterminer la variété et la portée de leur contenu et de l'enseignement dispensé.

Comme on le voit au tableau 3, le cours de soins infirmiers de santé publique a obtenu 62 points, meilleure note quant au contenu (51,7% sur un maximum possible de 102). Le tableau 4 (a) montre que ce cours a couvert 24 des 30 sujets essentiels et qu'il a aussi, comme on pouvait s'y attendre, permis d'acquérir une vaste expérience pratique. Toutefois, une amélioration est

nécessaire au niveau des processus de mise en œuvre et d'appréciation.

De même, les données rassemblées pour les cours de protection maternelle et infantile et de pédiatrie laissent présager de larges possibilités de développement. En revanche, les notes très médiocres obtenues par les cours de santé mentale et de gériatrie donnent à penser que l'enrichissement de ces programmes nécessiterait une révision considérable des cours.

#### Question 3

*Quelles sont les omissions et les limitations importantes ?*

Il est facile de déceler les omissions concernant la santé communautaire dans le contenu des cours lorsque les données sont classées comme dans le tableau 3, mais il est beaucoup plus difficile de déceler les failles. Le coordonnateur de la révision et la commission de révision du programme devront décider quel est le *minimum* acceptable en matière de préparation à la pratique des soins infirmiers primaires/communautaires. Il apparaît raisonnable d'exiger que soient inclus dans tous les cours au moins trois des quatre éléments de l'enseignement de base, à savoir la théorie, l'appréciation, la mise en œuvre et l'évaluation. Si l'on applique ce critère aux données hypothétiques du tableau 3, 10 des 30 éléments du contenu semblent être insuffisamment représentés ou totalement absents du programme.

### Rapport de la commission de révision

Le rapport de la commission de révision donne des indications sur la réalisation de cette première phase de la révision, informe les autorités et le personnel de l'école de l'état d'avancement du programme de formation pour la pratique des soins de santé primaires/communautaires et fournit une base pour la planification des étapes suivantes. Il doit préciser non seulement les méthodes qui ont servi à la révision, mais aussi les décisions et le raisonnement qui ont présidé à leur élaboration. Et il doit donner un aperçu de la manière dont les participants ont réagi à ces méthodes, des difficultés éprouvées à rassembler les données et de toute modification apportée au plan de révision durant sa mise en œuvre. Ces informations permettent de mieux interpréter les résultats des révisions de

cours, en expliquant certains résultats inattendus et en replaçant la totalité de l'expérience dans une perspective d'ensemble qui sera des plus utiles pour la poursuite de la révision du programme.

Dans le rapport rédigé par le coordonnateur de révision, il faut indiquer quels semblent être les points forts et les faiblesses du processus de révision et les suggestions qui découlent de cette expérience et qui seront utiles à tous ceux qui, dans l'avenir, entreprendront de telles révisions.

D'une façon générale, le rapport devrait donc comporter, au moins, les éléments suivants :

- objet essentiel et raisons de la révision du programme ;
- liste du personnel concerné, instructions données et nature de la participation ;
- énoncé des objectifs du programme pertinents et portée, limites et contraintes institutionnelles auxquelles la révision a pu être soumise ;
- méthodes utilisées pour rassembler les données et facteurs qui ont infléchi le choix des informations et la manière de les obtenir ;
- façon dont ont été réalisés le tri, la synthèse et la mise en tableau des données et présentation des résultats ;
- commentaires sur les questions touchant à l'analyse des données et conclusions à en tirer pour le développement du programme ;
- conséquences de cette expérience pour la poursuite des recherches sur le contenu des cours et la réorientation de l'enseignement infirmier.

## Résumé

C'est par la révision globale du programme que doit commencer la révision complète de l'enseignement. La responsabilité doit en être confiée à une commission dirigée par une personne chargée d'assurer la coordination des travaux.

En vue de cette révision, il faudrait choisir les participants parmi le corps enseignant et le personnel du service de santé et leur fournir les informations voulues pour les aider à comprendre ce que l'on attend d'eux. Il est alors possible d'esquisser la ligne générale des opérations et d'établir leur calendrier.

La première étape de la révision consiste à définir les caractéristiques essentielles des soins infirmiers communautaires. Il faut alors analyser l'énoncé des objectifs de l'école et le programme de cours existant afin de déterminer dans quelle mesure ils vont déjà dans le sens voulu. Pour remédier à d'éventuelles lacunes, un énoncé révisé des objectifs du programme devrait être élaboré et soumis à l'approbation du corps enseignant et de l'administration de l'école.

La révision détaillée exigera la mise au point de formules de collecte des données, l'élaboration et l'application des méthodes à utiliser dans cette collecte et le rassemblement, le tri, la récapitulation, l'analyse et la présentation de ces données de manière à permettre de prendre des décisions au sujet des changements nécessaires et d'établir un plan pour la mise en œuvre de ces décisions.

# Elaboration du plan de changement

---

L'introduction de changements dans les programmes d'enseignement infirmier ne peut se faire que par degrés. Il ne faut jamais perdre de vue les objectifs du processus de changement et il faut progresser de façon méthodique.

## Facteurs influant sur le plan

Lorsque l'on considère les changements à apporter à un programme, il convient de poser les questions suivantes :

- **QUELLE ENVERGURE** ces changements devront-ils avoir ? Devront-ils porter sur tous les aspects des soins primaires ou sur certains seulement ?
- **À QUEL NIVEAU** ces changements devront-ils se situer : devront-ils toucher la totalité du programme ou certains domaines d'étude seulement ?
- **QUAND** devront-ils intervenir : tout au début du programme ou plus tard ? Et dans ce dernier cas, à quel moment ?
- **COMMENT** l'introduction devra-t-elle se faire ?

La réponse à ces questions fournira le cadre dans lequel élaborer le plan de changement.

Les données obtenues pendant la révision du programme (phase 1) devraient permettre au personnel de l'école de prendre des décisions quant à la nécessité de changements. Ces données indiqueront, en effet, quels sont les sujets ayant trait aux soins de santé communautaires qui sont correctement traités dans les divers cours, quels sont ceux qui n'y figurent pas et quels sont ceux dont l'enseignement doit être développé. De plus, cette nouvelle orientation privilégiant les soins de santé primaires et la santé communautaire peut avoir modifié la manière dont les responsables de la révision conçoivent les soins infirmiers.

Généralement, les indicateurs de santé communautaire comprennent des facteurs tels que l'inci-

dence des maladies et des traumatismes, les taux de mortalité et de natalité et l'espérance de vie ; toutefois, la tendance actuelle est à l'élaboration d'indicateurs de santé qui reflètent la capacité des individus et des familles à mener une vie productive et à contribuer au progrès social et économique de la communauté. Il existe de nombreux facteurs qui peuvent influencer sur la santé communautaire et avoir des répercussions considérables sur les soins aux familles et aux individus.

Les changements apportés au programme interviennent à deux niveaux distincts - au niveau des cours et au niveau plus vaste du département. Dans ce dernier cas, il peut s'agir de changements concernant un certain nombre de cours seulement ou de la restructuration complète du programme au travers des départements et des cours. Quel que soit le niveau auquel s'opère le changement, les méthodes sont les mêmes, mais le plan est plus complexe au niveau du département.

## Changements dans les cours

Une des fonctions importantes de l'enseignant est de s'assurer que le contenu des cours et les méthodes pédagogiques utilisées sont en accord avec les objectifs de l'école. Cette adéquation devient, jusqu'à un certain point, automatique à mesure que le professeur acquiert de l'expérience et entreprend des études supplémentaires. A cet égard, il est important aussi de savoir évaluer son propre travail. Il devrait y avoir une évaluation systématique de l'enseignement dispensé et de la contribution des élèves et du personnel clinique associé à la recherche des moyens d'améliorer cet enseignement. Dans l'idéal, cela devrait être l'un des effets immédiats de l'analyse des cours en vue de leur orientation vers les soins de santé primaires et la santé communautaire.

La mise en œuvre des changements dans le plan d'enseignement au niveau du cours ne concerne

que quelques membres du corps enseignant. Tout ce qui est nécessaire parfois, c'est un changement d'orientation plutôt qu'un changement de cadre conceptuel. On peut y parvenir simplement en étoffant le contenu du cours ou en modifiant son contexte pratique, ce qui ne demande pas de préparation spéciale de la part des professeurs ni la création de ressources nouvelles. Dans ce cas, les professeurs, le personnel non médical, les élèves et les organismes communautaires qui participent déjà au cours peuvent souvent élaborer et mettre en place le plan de changement sans aide extérieure ou avec une aide minime.

D'un autre côté, les changements peuvent nécessiter une révision systématique du programme impliquant des changements de politiques, une préparation spéciale des professeurs et la création de ressources nouvelles.

Les enseignants responsables de chaque cours doivent pouvoir définir, d'après le résultat de l'analyse du cours, les changements indispensables pour accentuer l'orientation vers les soins de santé primaires et communautaires. Si l'on estime que le contenu du cours est déjà adapté aux besoins communautaires et que seule une remise à jour de routine est nécessaire, il est inutile d'introduire des changements majeurs. En revanche, si l'analyse révèle de sérieuses lacunes dans le cours, les enseignants devront examiner l'analyse afin de savoir où des modifications s'imposent.

Lorsqu'ils considèrent les diverses options offertes en matière de révision des cours, les enseignants doivent se poser les questions suivantes :

*Qui doit participer à la réalisation des changements :* les autres enseignants, les administrateurs et le personnel non-médical, les élèves, les représentants de la communauté ?

*Quelles sont les étapes indispensables :* préparation de soi et des autres, aménagement d'installations et de services supplémentaires, collecte de fonds, décisions de politique générale ?

*Quels seront les effets* de la révision sur le programme, sur l'emploi du temps des maîtres et des élèves, sur la formation à l'hôpital et sur le terrain, sur les relations personnelles et professionnelles ?

*Quels seront les délais* nécessaires à l'élaboration du plan de changement et à l'introduction de ces changements dans le cours ?

Parmi toutes les approches possibles visant à améliorer la préparation des élèves à la pratique des soins de santé primaires et de la santé communautaire, certaines se situeront peut-être dans le prolongement naturel de la pratique courante et

pourront, de ce fait, être facilement mises à exécution ; d'autres seront plus difficiles. Il convient de procéder par étapes, en commençant par les changements faciles à réaliser.

Chaque stade doit être conçu comme une étape particulière vers un ou plusieurs des objectifs pédagogiques qui avaient servi de base à l'analyse. Une ébauche de plan devrait être élaborée et comporter :

- l'exposé général des changements proposés et de leurs rapports avec les soins de santé primaires et communautaires ;
- la liste, par ordre chronologique, des actions indispensables à la réalisation des changements souhaités ;
- des précisions sur les besoins en personnel, en installations, en argent et en autres ressources pour chacune de ces actions ;
- l'estimation des délais nécessaires pour exécuter ces actions et intégrer les changements aux cours.

### Consultations avec d'autres personnes

Dès que le projet de plan a été conçu, il faudrait solliciter l'avis de personnes qui connaissent bien le sujet et la situation. Une révision objective du plan proposé peut faire apparaître d'autres facteurs à prendre en considération et des moyens d'accélérer les changements. Ce processus donnera au personnel le temps de revoir dans leur ensemble les changements proposés et de comprendre la façon dont ils s'articulent avec le reste du programme d'enseignement infirmier.

Les personnes qui participent à la mise en œuvre du plan sans avoir contribué à son élaboration devraient avoir la possibilité de revoir le projet et de contribuer à sa formulation définitive. On peut ainsi s'assurer de leur appui.

### Changements dans le programme

Pour changer l'orientation d'un programme d'enseignement infirmier ou de l'une de ses principales composantes en passant du soin de l'individu à celui de la communauté, il faut apporter systématiquement des changements soigneusement planifiés à tous les échelons du programme d'enseignement.

La conception et la mise en œuvre de ces changements réclament donc la participation et le soutien d'un grand nombre de personnes. La direction de l'école, la commission du programme, les direc-

teurs de programmes et de départements, les enseignants, les élèves et les anciens élèves jouent tous un rôle capital dans la réussite de la mise en œuvre des changements. Il est également important de leur adjoindre des administrateurs des services cliniques des hôpitaux et des organismes affiliés à l'école, des médecins, d'autres fournisseurs de soins et des représentants de la communauté.

La mise en œuvre des changements représentera une gageure pour les organisateurs du programme d'études et pour ceux qui participent au processus de changement. Toute innovation radicale perturbe en effet inévitablement les structures et les idées établies et ceux qui en prennent la responsabilité devront trouver les moyens d'en faciliter l'assimilation dans les unités et les départements.

Tous les enseignants concernés par le programme devraient avoir la possibilité de décider des changements en rapport avec les soins de santé primaires/communautaires dans leur domaine d'étude propre et dans les domaines connexes et de participer à l'élaboration du nouveau programme. Néanmoins, il est capital qu'une seule personne soit responsable de la planification des actions afin qu'elles s'adaptent parfaitement à la situation particulière de l'école et que leur mise en œuvre se fasse de façon méthodique et coordonnée. Il incombe au coordonnateur de la révision d'assurer la continuité et celui-ci devrait travailler en étroite collaboration avec la commission du programme et pouvoir être consulté par les enseignants et les autres personnes concernées.

C'est la structure de l'école qui déterminera s'il faut réunir un ou plusieurs groupes d'enseignants pour réviser les cours et faire des recommandations concernant les changements à apporter dans des domaines spécifiques. Par exemple, dans une petite école comportant un nombre réduit d'enseignants et de conseillers en soins infirmiers, il est possible de réunir l'ensemble du personnel en présence du coordonnateur de la révision afin d'identifier les changements nécessaires et de définir dans leurs grandes lignes les éléments essentiels du plan. Dans une école plus importante, divisée en départements comportant eux-mêmes des divisions, la commission de révision du programme devra formuler des conseils relatifs aux changements à chaque niveau, en respectant l'organisation structurelle.

### Directives pour guider l'action

Quel que soit le nombre des groupes concernés les procédures visant à guider leur action sont essentiellement les mêmes. Avant la première réu-

nion de groupe, il convient d'informer les participants des objectifs assignés au groupe et de les encourager à étudier tous les moyens d'améliorer la formation des élèves en vue des soins de santé primaires/communautaires en général, ainsi que dans leur domaine spécifique. Il faut plus particulièrement attirer leur attention sur les points suivants :

- possibilités de rattacher l'enseignement théorique et la formation pratique aux soins de santé primaires/communautaires ;
- éléments des cours ne convenant pas aux nouveaux objectifs du programme ;
- changements déjà planifiés ou à l'étude.

En collaboration avec le coordonnateur de la planification, les groupes devraient fixer une date pour l'achèvement de leurs plans concernant les changements à apporter au programme.

Chaque groupe devrait revoir les propositions et les plans de modification du contenu des cours pour les adapter aux soins de santé communautaires. Il devrait également identifier les lacunes éventuelles dans les propositions de changements et indiquer où l'on pourrait logiquement ajouter des éléments nouveaux au programme. Chaque groupe devra dresser un tableau de tous les cours dont il a la responsabilité, en prenant pour modèle le tableau 5 qui concerne la santé maternelle et infantile. Il est évident qu'une telle présentation des données fait clairement ressortir les lacunes et les limites des cours proposés. Il est également possible de soumettre à l'appréciation du groupe les autres domaines du cycle d'études, présentés de la même manière, afin d'axer les discussions sur les changements à y apporter et de faciliter la prise de décisions.

### Commission de planification du programme

L'étape finale dans l'élaboration du plan de changement suppose un effort conjugué de la part de l'école, de ceux qui se chargent de dispenser une expérience clinique/pratique aux élèves, des diplômés et de leurs employeurs éventuels, des personnes chargées de planifier les soins de santé communautaires et de tous ceux qui peuvent fournir des informations sur les besoins et les ressources communautaires en matière de santé. La formation de cette commission de planification du programme, qui peut très bien se composer des mêmes personnes que la commission de révision du programme, a une importance capitale pour la mise en œuvre du plan de changement.

**Tableau 5. Objectifs du programme et contenu du cours correspondant pour les soins de santé primaires/communautaires, par année de cours et selon l'orientation des soins<sup>a</sup>**

Département de santé maternelle et infantile

Objectifs du programme et de l'enseignement	1 <sup>re</sup> année			3 <sup>e</sup> année			Commentaires et récapitulation
	Cours n° 102 Obstétrique/ Gynécologie Priorité : Ind. Fam. Comm.			Cours n° 103 Pédiatrie Priorité : Ind. Fam. Comm.			
Préparer le personnel infirmier à :							
(a) assurer des soins incitatifs, préventifs, curatifs et de réadaptation aux mères, aux nourrissons et aux enfants, avec notamment :							
— appréciation de l'état de santé :							
des femmes dans les maternités .....	TH	TH	T				
des nouveau-nés .....	TH	H					
des nourrissons et des jeunes enfants				TH	T	T	
— méthodes de planification familiale ...	H						
— prévention, traitement et contrôle des affections suivantes :							
maladies nutritionnelles .....	TH	TH		TH	T	T	
diarrhée .....	TH			TH			
grippe .....	T						
paludisme .....							
anémie .....	TH						
pneumopathie .....				TH			
(b) travailler efficacement au sein d'une équipe de santé avec des :							
médecins .....	H			H			
agents de santé communautaires .....							
éducateurs sanitaires .....							
agents de salubrité de l'environnement .....							

<sup>a</sup> Le contenu du cours, selon que les soins s'adressent à l'individu, à la famille ou à la communauté, est indiqué comme suit : T = enseignement théorique ; H = pratique en milieu hospitalier ; C = pratique communautaire.

### Orientation de la commission de planification du programme

Une analyse des condensés de rapports de groupe peut fournir les données de base voulues pour permettre à la commission de prendre des décisions. Ces données sont de diverse nature ;

- bilan des besoins communautaires urgents en matière de santé et appréciation des priorités ;
- énoncé des objectifs du programme révisé compte tenu de l'importance accrue donnée aux soins de santé primaires/communautaires ;
- exposé des objectifs courants du programme ;
- identification des principales lacunes de l'enseignement et recommandations en vue de les combler ;
- ressources disponibles à l'appui du plan de changement ;
- obstacles entravant la réalisation des changements souhaités ;
- aspects de l'enseignement et de la pratique des soins infirmiers en rapport avec les changements proposés.

Le coordonnateur de la planification devrait non seulement distribuer un résumé des documents de base, mais également contacter personnellement les membres de la commission de planification, afin

de s'assurer qu'ils comprennent bien la nature de la tâche qui leur est assignée et qu'ils sont convenablement préparés à s'en acquitter. Ils doivent être clairement informés de leurs responsabilités individuelles et s'entendre sur la façon de coordonner leur action. Le coordonnateur peut souhaiter rencontrer séparément les personnes qui n'ont pas participé jusque-là à la révision du programme, ainsi que celles qui ont besoin de conseils à propos de leurs nouvelles responsabilités.

### Préparation du plan

La commission de planification du programme doit notamment étudier les questions suivantes :

- domaines d'étude prioritaires et approches suggérées pour la réalisation des changements dans le plan de formation ;
- politiques de l'école, de l'institution mère et des groupes connexes, qui nécessitent peut-être certaines mises au point pour répondre aux changements recommandés ;
- réorganisation de l'enseignement théorique et pratique dans le sens des soins de santé primaires/communautaires ;
- sources de financement, allocations budgétaires et dispositions à prendre sur le plan financier

pour couvrir les principaux frais qu'entraîne la mise en œuvre du plan révisé ;

- réduction de certains services afin de donner plus d'importance aux soins de santé primaires/communautaires et moyens de vaincre la résistance au changement.

C'est ce dernier point qui risque fort d'être le plus difficile à résoudre. Dans les hôpitaux et les autres organismes de soins, les soins donnés aux malades peuvent suivre des schémas solidement établis qui dépendent du personnel stagiaire et limitent la prestation de soins au seul malade. Une planification éclectique de la part de tous les groupes concernés est indispensable pour protéger le bien-être des malades hospitalisés, tout en permettant l'évolution prévue dans la formation des infirmières afin d'améliorer la protection sanitaire de la communauté, de l'individu et de la famille, dans quelque contexte que ce soit.

D'autres effets des changements apportés au programme devraient être pris en compte, notamment les effets sur les politiques et les possibilités d'emploi de personnel infirmier, sur les relations entre les médecins, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins et sur les conceptions et les attentes de la communauté eu égard aux soins infirmiers.

Les concepts et les méthodes des soins de santé primaires et de la santé communautaire peuvent être enseignés pour toutes les matières inscrites au programme, le but ultime étant de les intégrer à l'ensemble de ce programme. Avant de choisir les domaines d'étude dans lesquels le plan de changement commencera à être mis en œuvre, il faut se demander quels sont ceux qui offrent les plus grandes chances de réussite. Quoique ce choix puisse varier selon la situation de l'école, le cours de santé maternelle et infantile n'en présente pas moins de nombreuses caractéristiques qui en font un terrain idéal pour l'évolution dans le sens de la santé communautaire, et cela pour de nombreuses raisons : le développement et la protection des individus normaux bien-portants sont d'ordinaire enseignés, dans les écoles d'infirmières, avant les soins aux malades ; le rôle de l'éducation de la famille et de la communauté dans la prévention des maladies est mis en valeur ; l'influence des facteurs sociaux et culturels sur la santé et le comportement est tout à fait évidente ; les statistiques concernant les mères et les enfants sont souvent plus complètes et plus fiables que pour les autres groupes ; et les infirmières et les sage-femmes ont toujours assumé des responsabilités considérables dans l'appréciation et le traitement des problèmes

de santé courants des mères et des enfants. Il est donc souvent plus facile d'adapter les cours de santé maternelle et infantile au contexte communautaire que les autres cours. Il suffit peut-être simplement de replacer les contacts et les expériences pratiques des élèves dans un contexte communautaire dès le début du programme, ce qui n'entraîne que des changements mineurs dans le contenu théorique des cours. Quels que soient les programmes sélectionnés en premier, il est indispensable d'initier les élèves au concept des soins de santé primaires/communautaires le plus tôt et le plus complètement possible. Le moment et l'ampleur des changements devraient être reflétés dans le plan du programme.

Le plan de changement doit tirer le plus grand parti possible des éléments positifs existant déjà dans le programme et au sein de la communauté. Ces éléments positifs comprennent par exemple : la volonté de changement des professeurs et des élèves ; les tendances favorables dans la planification sanitaire nationale et communautaire ; les changements en cours dans les programmes d'enseignement ou les services connexes ; et d'autres facteurs de même nature qui peuvent donner l'élan voulu pour les changements souhaités dans le programme d'enseignement infirmier.

Dans l'idéal, le plan de changement devrait servir de guide pour l'élaboration du programme sur une période de 4 ou 5 ans. Il devrait désigner les personnes ou les groupes qui auront d'importantes responsabilités dans la mise en œuvre des divers éléments du plan et donner au moins les précisions suivantes :

- contenu du cours à élargir pour atteindre les objectifs du programme ;
  - préparation aux tâches requises par les soins de santé primaires ;
  - développement des capacités, des attitudes et des compétences techniques nécessaires pour résoudre les problèmes posés dans le cadre des soins infirmiers communautaires ;
  - participation de la communauté à la lutte contre la maladie et à la planification et l'évaluation des services de santé ;
  - collaboration aux efforts des équipes interdisciplinaires dans des contextes communautaires divers ;
  - soutien et coordination des services de santé communautaires ;
  - formation et encadrement des auxiliaires et des agents de santé communautaires ;
- unités d'étude qui offrent logiquement des possi-

bilités de réalisation des différentes approches à l'égard des soins de santé primaires ;

- préparation du personnel enseignant à soutenir la mise en œuvre du plan ;
- services de santé et autres ressources nécessaires pour faciliter l'apprentissage des élèves et des enseignants.

### Révision et acceptation par le corps enseignant

Quand la commission de révision aura défini, dans ses grandes lignes, le plan général du programme, les enseignants devront revoir ce plan du point de vue de ses répercussions sur leurs cours respectifs et lui donner leur accord. Tous doivent participer à cette révision. Ils doivent aussi tous connaître la nature des changements proposés et être capables de les expliquer à leurs élèves, à leurs collègues et aux adjoints d'enseignement. Les enseignants chargés de modifier le programme devront étudier le plan avec la plus grande attention et s'assurer qu'ils comprennent bien la finalité première de ce plan et le rôle qu'ils sont appelés à jouer dans sa mise en œuvre. S'ils ont des questions à poser ou des suggestions à faire, ils devront s'adresser au chef de département et au coordonnateur de la planification.

Les enseignants et le personnel des services cliniques et sanitaires associés qui auront participé dès le début à l'élaboration du plan de changement seront bien préparés à la révision critique qui doit être effectuée à ce stade. Pour le bon développement du programme, il conviendra de modifier ou de clarifier le plan en fonction de leurs remarques et de leurs suggestions.

Afin d'obtenir l'adhésion des enseignants et du personnel des services de santé au processus de changement, il pourra falloir leur donner l'assurance que des conférences, des ateliers et d'autres formes de formation permanente seront organisés pour les aider à enseigner les principes et la technique des soins de santé primaires.

Une fois adopté par le corps enseignant, ce plan devient un document de travail, un guide pour la préparation des infirmières aux soins de santé primaires dans la communauté.

### Adoption du plan

Il est capital que les enseignants et les administrateurs concernés donnent leur adhésion au plan de révision du programme pour en garantir la bonne exécution. Il n'existe malheureusement pas de stratégie unique qui puisse être appliquée à tous les types d'innovations, car la réussite de la mise en œuvre dépend évidemment de nombreux fac-

teurs. Toutefois, l'expérience montre que les conditions énoncées ci-après doivent être respectées si l'on veut mener à bien tout changement institutionnel :

- les participants doivent avoir le sentiment que ce projet est essentiellement le leur et ne leur a pas été totalement imposé de l'extérieur ;
- le projet doit être appuyé sans réserve par les cadres supérieurs du système ;
- le changement doit être en accord suffisamment étroit avec les valeurs et les idéaux des participants ;
- les participants doivent se sentir assurés du soutien et de la confiance des autres enseignants et des membres des services de santé ;
- les participants doivent avoir la certitude que leur autonomie et leur sécurité ne sont en rien menacées.

Il est bon de se rappeler qu'il ne suffit pas de donner un ordre ou d'édicter un règlement pour qu'ils soient automatiquement respectés.

### Résumé

Une fois reconnu le besoin de changement, il est nécessaire de définir la portée de ce changement qui pourra ne toucher qu'un seul cours ou une seule matière ou s'étendre à l'ensemble du programme d'enseignement.

Lors de l'élaboration d'un plan visant à faire évoluer les soins infirmiers en leur donnant une orientation communautaire, l'essentiel est pour commencer, de réévaluer le cadre conceptuel de l'enseignement infirmier afin d'intégrer les notions inhérentes aux soins de santé primaires/communautaires à la pratique des soins infirmiers dans la communauté.

Lorsque les changements se situent au niveau des cours, les propositions tendant à accroître l'importance de l'orientation communautaire dans les soins infirmiers peuvent être présentées par un petit groupe d'enseignants concernés par ce ou ces cours. En revanche, lorsque le changement se situe au niveau du programme, il faut recourir à la planification plus complète dont les grandes lignes ont été esquissées plus haut (phase 1).

Lors de la planification des changements, il est indispensable de rassembler les données de base nécessaires à la prise de décisions dans la planification du programme, de s'assurer que toutes les personnes concernées sont informées dès le début des changements proposés et d'associer à l'ensemble du processus les enseignants et les autres personnels concernés.

## Phase 3

# Mise en œuvre du plan de changement

On peut dire que le processus de mise à jour et de réorientation du programme a commencé avec l'analyse des besoins de la communauté, des fonctions et des tâches du personnel infirmier et du contenu du programme du point de vue des professeurs comme des élèves (phases 1 et 2). En attendant que le plan soit totalement élaboré et approuvé, certains changements ont parfois pu être, d'ores et déjà, apportés aux cours existants. Une fois que le plan aura trouvé sa forme définitive, d'autres changements devraient s'ensuivre, dont le but sera d'intégrer le plus harmonieusement possible les soins de santé primaires orientés vers la communauté dans les diverses expériences d'apprentissage. Ces premières modifications pourraient constituer un puissant stimulant pour la mise en œuvre de l'ensemble du projet.

Toutefois, la révision du programme telle qu'elle est envisagée dans le plan dépasse le cadre de simples changements dans les cours. Elle sous-entend une évolution systématique de l'enseignement, des méthodes d'acquisition des connaissances et des expériences cliniques afin de former un personnel infirmier qui, en tout temps et en toutes circonstances, fondera son travail sur les principes des soins de santé primaires et communautaires. Bien évidemment, il faudra pour cela un changement d'attitude correspondant de la part des enseignants.

Le plan de changement comporte trois parties interdépendantes : les objectifs, le contenu des cours et les activités d'acquisition des connaissances (y compris les approches enseignement/apprentissage) et les procédures d'évaluation.

### Enoncé des objectifs

Les objectifs précisent ce qu'il est permis d'attendre de l'enseignement dans les divers cours. Ces objectifs doivent concorder avec les objectifs généraux qui concernent l'ensemble du programme de l'école. Avant même de définir ces objectifs, il

appartient donc aux enseignants et à leurs associés des services cliniques de santé de :

- de revoir la philosophie de l'école et les buts pédagogiques visés ;
- de revoir le plan proposé pour les soins de santé primaires et communautaires par rapport aux sujets traités ;
- de ré-examiner les analyses des cours et les propositions de changement ;
- d'étudier les incidences du plan national de santé sur l'enseignement et les services infirmiers, dans la mesure où elles concernent le cours ;
- de réaffirmer la pertinence des changements proposés par rapport aux besoins de santé du pays et des communautés locales.

Sur ces bases, il est alors possible de préparer un énoncé révisé des objectifs du programme, qui devrait compléter les objectifs plus généraux de l'enseignement, en indiquant clairement les domaines pertinents et en précisant s'ils sont principalement orientés vers les soins aux individus, à la famille ou à la communauté dans son ensemble. Une révision similaire des objectifs des cours peut alors s'effectuer afin de déterminer en quoi chaque cours, pris séparément, permettra aux élèves de répondre aux besoins de santé tels qu'ils sont reflétés dans les objectifs des départements et/ou du programme de l'école.

Dans ces objectifs pédagogiques, il faudrait décrire les comportements de base que les élèves sont censés acquérir par l'intermédiaire de leur programme de formation. Il faudrait aussi refléter les connaissances de base, les aptitudes et les attitudes considérées comme indispensables aux élèves pour pouvoir fonctionner de manière responsable à un niveau élémentaire de soins de santé primaires. Il est également important d'indiquer les mesures qui serviront à vérifier si les objectifs ont bien été atteints. Tout en clarifiant les buts pédagogiques, on obtient ainsi des éléments de base

**Tableau 6. Exemples des relations entre les objectifs de l'école et ceux des départements et des cours dans le domaine de la santé maternelle et infantile.**

<i>Objectifs de l'école</i>	<i>Objectifs du département de SMI</i>	<i>Objectifs du cours de soins infirmiers de SMI</i>
Préparer le personnel infirmier à dispenser des soins incitatifs, préventifs, curatifs et de réadaptation aux individus, aux familles et à la communauté.	<p>Permettre aux élèves :</p> <p>(1) d'appliquer les principes de la prévention primaire et secondaire aux soins dispensés aux différentes phases de la vie des mères et des enfants.</p> <p>(2) d'évaluer les soins maternels, infantiles et juvéniles et la couverture de santé dans la communauté.</p> <p>(3) de dispenser des soins de santé primaires aux individus et aux familles.</p> <p>(4) d'évaluer les soins dispensés.</p>	<p>Aider les élèves à :</p> <p>(a) décrire la croissance et le développement des individus, ainsi que les déterminants sociaux, culturels et biologiques de la SMI</p> <p>(b) utiliser les méthodes épidémiologiques (par ex. la détermination du risque) comme base des soins préventifs pour comprendre les normes de soins et fixer des priorités en vue de l'amélioration de la SMI</p> <p>(a) rassembler une base de données ayant trait à la SMI, y compris des renseignements et statistiques démographiques et des données sur la cause et la répartition des maladies et anomalies courantes, les priorités de la communauté et les ressources pour les soins de santé</p> <p>(b) identifier les groupes à haut risque de maladie et de croissance difficile et arriver à mieux analyser ces risques</p> <p>(c) utiliser les approches épidémiologiques face aux problèmes de santé courants, en tant que base de la planification et de l'évaluation des stratégies de soins</p> <p>(d) interpréter les données communautaires en termes de besoins de santé, de priorités et d'objectifs du service de SMI</p> <p>(a) obtenir les antécédents médicaux et apprécier l'état physique des patientes avant et après l'accouchement, ainsi que celui des nourrissons et des jeunes enfants</p> <p>(b) apprécier les facteurs influant sur la santé de la famille en général, et sur celle de la mère et de l'enfant en particulier, et organiser des services de suivi des individus et des familles à risque</p> <p>(c) mettre au point, avec la famille, des stratégies préventives appropriées et encourager à adopter une meilleure hygiène de vie en insistant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la nutrition</li> <li>- la planification familiale</li> <li>- les techniques d'auto-soins</li> <li>- la vaccination</li> </ul> <p>(a) utiliser des critères bien définis pour apprécier l'efficacité des soins dispensés aux familles</p> <p>(b) mettre au point, avec les individus et les familles, des méthodes d'évaluation des soins en coopération.</p>

pour l'évaluation des élèves. Le tableau 6 montre la relation qui existe entre les objectifs du programme, des départements et des cours, à l'aide d'exemples pris dans les soins infirmiers de santé maternelle et infantile.

## Méthodes d'enseignement/apprentissage

Pour être compétent en matière de soins de santé primaires et communautaires, il faut pouvoir apprécier l'état de santé des individus, des familles et des groupes, savoir intervenir en dispensant une éducation et des soins et savoir évaluer les résultats en fonction des réactions du patient, de la famille et du groupe à l'égard des soins. Cette démarche relève d'une synthèse des sciences sociales et biologiques dans la mesure où elle exige l'étude et l'utilisation :

- des sciences médicales, y compris la physiologie, la psychiatrie, la pathologie et la pharmacologie, pour ce qui concerne l'évolution et le traitement des problèmes de santé courants ;
- de la science de la santé publique, y compris l'épidémiologie, la statistique et l'administration des services de santé, appliquée à l'évaluation de l'état de santé de la communauté, à l'identification des groupes à haut risque, aux méthodes de prévention et à l'extension de la couverture des soins de santé ;

- de la sociologie et des sciences du comportement, pour ce qui est des modes de vie, des comportements affectant la santé, du développement de la maladie et de l'incapacité, des mécanismes de prévention et de l'organisation communautaire pour la santé.

Il est essentiel de connaître le fondement théorique de la pratique infirmière pour pouvoir mieux résoudre les problèmes, mieux fixer les priorités et anticiper le résultat des soins. Afin d'acquérir la capacité à dispenser et guider les soins de santé primaires, les élèves doivent avoir toute latitude d'utiliser les techniques et les méthodes applicables à cet effet. Ils doivent apprendre par la pratique à mettre en application les principes, à étudier les théories et à utiliser les processus de soins infirmiers dans des situations réelles. La pratique des soins infirmiers orientés vers la communauté dans le cadre des soins de santé primaires suppose, par exemple, l'utilisation :

- de techniques d'anamnèse et d'évaluation de l'état de santé des individus et des familles afin d'apprécier leurs besoins de santé et leur aptitude à répondre à ces besoins ;
- de méthodes permettant d'apprécier la santé de la communauté et la couverture des soins de santé afin d'identifier les problèmes de santé courants, les groupes à haut risque, les schémas de soins et les priorités en matière de santé ;

- de stratégies pour planifier et assurer la protection et la promotion de la santé en collaboration avec les individus, les familles et les groupes de la communauté ;
- de protocoles pour traiter, soigner et réadapter les patients à leur domicile, aussi bien qu'au dispensaire ou à l'hôpital ;
- de moyens d'organiser un travail d'équipe et d'y participer afin d'améliorer la santé communautaire et de faire participer les écoles, les industries, les organismes sociaux et les autres secteurs aux activités de développement communautaire ;
- de méthodes permettant de promouvoir la santé des individus et des familles notamment par la planification familiale, l'éducation nutritionnelle, le recours à des services de soutien et l'auto-assistance ;
- de techniques convenablement adaptées à l'environnement social, culturel et économique de la communauté.

Etant donné la très grande diversité de nature des problèmes de santé dans les différentes régions, il n'est pas possible de concevoir un programme type de soins de santé primaires qui puisse s'appliquer partout. Il appartiendra à chaque école de décider des matières sur lesquelles insister et de la meilleure façon d'intégrer l'approche « soins de santé primaires » au programme. Quel que soit le plan, le programme d'enseignement doit traiter explicitement des processus de soins infirmiers

(c'est-à-dire l'évaluation en vue de la définition des besoins, la mise en œuvre des soins et l'évaluation de leur efficacité) et les replacer dans le cadre des soins de santé primaires/communautaires. La figure 2 montre comment les processus de soins sont appliqués à divers groupes de population (voir également l'annexe 1).

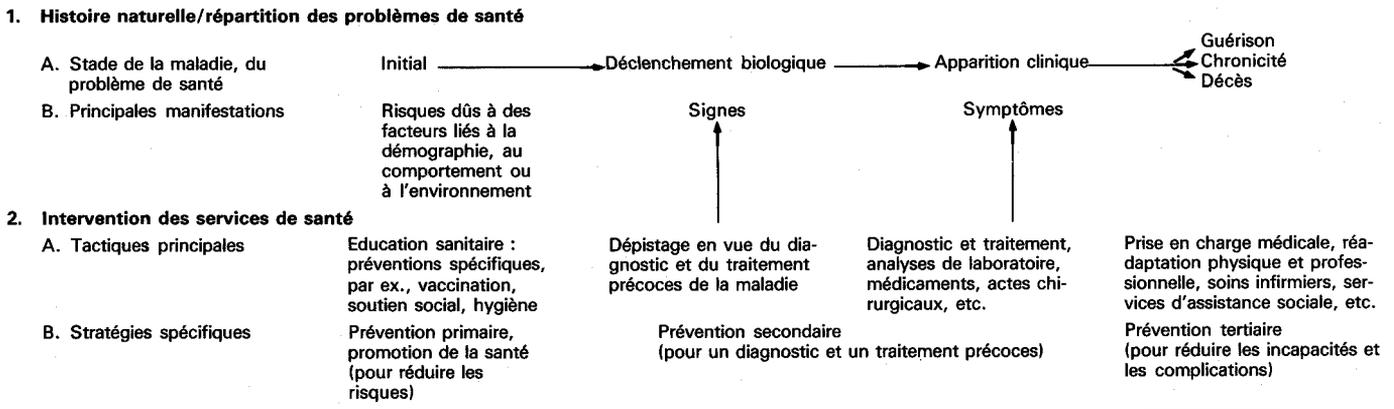
La révision des domaines d'étude qui sont importants pour les soins de santé primaires (comme le montre l'exemple du tableau 1) sert, elle aussi, à esquisser les grandes lignes de l'enseignement à dispenser dans chaque programme et chaque cours. La figure 3 peut servir de guide pour concevoir en détail une unité d'étude des maladies et des problèmes de santé courants. Elle montre comment diverses méthodes de prévention et diverses stratégies de mise en œuvre s'appliquent tout naturellement à certains malades et à certains groupes de population et comment le contenu, les méthodes et les techniques des soins de santé primaires peuvent être structurés de manière à constituer un plan d'étude cohérent.

La figure 3 montre comment l'enseignement et la pratique découlent de l'étude de l'histoire naturelle (étiologie) et de la répartition des principaux problèmes de santé, de leur effet sur l'activité de l'individu, de la famille et de la communauté et des méthodes disponibles pour les prévenir, les traiter et les maîtriser. Elle montre également qu'il existe une grande variété de stratégies pour enseigner tous les éléments des soins de santé primaires. Lorsque les professeurs et leurs collègues des servi-

Fig. 2. Modèle de soins de santé communautaires et primaires

1. Etat de santé	2. Niveau de prévention	3. Groupes de population	4. Lieu d'administration des soins
Bon état général	Prévention primaire hygiène alimentation correcte planification familiale vaccination approvisionnement en eau saine évacuation des déchets salubrité de l'environnement pour l'accouchement gestion du stress, etc.	Groupes à haut risque femmes enceintes nourrissons adolescents personnes âgées individus « stressés » pauvres, etc.	Communauté domicile école industrie centre de soins, etc.
Maladies/traumatismes courants	Prévention secondaire dépistage repérage des cas/diagnostic traitement précoce correction des anomalies prévention de l'incapacité, etc.	Individus, familles et communautés	
Maladies/traumatismes moins courants			Hôpitaux hôpitaux généraux hôpitaux spécialisés, etc.
Maladies/incapacités chroniques	Prévention tertiaire prévention des complications ergothérapie soutien en phase terminale, etc.	Individus, familles et communautés	Communauté domicile école maison de santé centre de soins, etc.

**Fig. 3. Schéma pour l'étude de la répartition des maladies et autres problèmes de santé et des interventions des services de santé**



ces essayent ensemble d'étudier les diverses options possibles, il est alors possible d'organiser le contenu des cours de façon à ce que tous les éléments essentiels de soins viennent s'inscrire dans le programme selon une progression logique. Ces discussions aideront à déterminer le matériel pédagogique (manuels, autres sources de références, équipement, etc.) nécessaire qui pourra être partagé entre plusieurs cours, les installations disponibles ou à développer et les moyens financiers à obtenir pour mener à bien le plan de changement.

**Stratégies d'enseignement et méthodes d'apprentissage**

Le cadre où a lieu la formation pratique est d'une importance capitale pour le processus d'apprentissage. Non seulement il influe sur la nature des connaissances acquises, mais il joue un rôle important dans le choix des schémas de prestation des soins, dans la formation des attitudes et des conceptions et dans la détermination des objectifs des soins. Les modèles de croissance et de développement infantiles ne s'apprennent pas uniquement auprès d'enfants malades ou anormaux, mais plutôt en examinant des bébés bien portants et leur famille chez eux ou au sein de leur communauté. De même, il faut enseigner les soins de santé primaires là où le besoin s'en fait davantage sentir, c'est-à-dire là où les maladies et les traumatismes courants se rencontrent le plus souvent et sont généralement traités, là où une prévention primaire et un traitement précoce sont possibles et là où les tensions de la vie de tous les jours et leurs effets sur la santé sont évidents.

Par conséquent, avant de décider de l'enseignement théorique et pratique à dispenser dans le cadre d'un cours, il faut réfléchir au choix des

lieux et des environnements qui sont les plus propices à l'acquisition des connaissances. Les enseignants s'apercevront que de nouvelles perspectives s'offrent alors à eux et qu'ils peuvent utiliser une multitude de contextes jusque-là négligés ; c'est ainsi que le domicile même des patients, les dispensaires, les centres de santé ruraux, les entreprises et les projets communautaires, notamment, entrent dans le cadre des soins de santé primaires et offrent aux élèves la possibilité d'acquérir une expérience.

Il convient en même temps d'examiner les moyens de développer et d'étendre l'expérience pratique traditionnelle afin de donner le plus d'importance possible aux soins de santé primaires et aux soins infirmiers communautaires. Le fait d'aider les hôpitaux à étendre leurs services dans la communauté (par exemple, en assurant le suivi des patients et en recherchant les populations à haut risque à des fins de prévention primaire et de dépistage et de traitement précoces des maladies courantes) a un triple effet : les élèves peuvent acquérir une expérience privilégiée dans des centres de formation établis ; l'hôpital étend son rôle en tant que base de la santé communautaire et met ses services à la disposition de la communauté ; et les infirmières diplômées peuvent trouver un travail dans lequel elles utiliseront leurs compétences pratiques en matière de soins communautaires.

Une fois que l'on aura choisi les cadres de la formation pratique et pris les dispositions nécessaires pour que les élèves acquièrent bien l'expérience souhaitée, il conviendra de le préciser dans le descriptif et le programme des cours.

A ce stade, l'énumération des objectifs des cours, ainsi que des expériences théoriques et pratiques que comporte le module d'étude montrera dans quelle mesure l'enseignement répond aux

**Tableau 7. Objectifs d'un cours de protection maternelle et infantile et contenu théorique et pratique du cours en égard à chacun de ces objectifs**

Objectifs du cours	Contenu	Pratique	Commentaires
Rendre l'infirmier capable :			
(a) de comprendre la croissance et le développement de l'individu, ainsi que les facteurs sociaux, culturels et biologiques influant sur la SMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anatomie et physiologie humaines</li> <li>- cadres sociologiques du développement et du comportement humains</li> <li>- santé de la famille en fonction de la génétique, du mode de vie et de l'environnement</li> <li>- épidémiologie de la santé et de la maladie chez les mères et les nourrissons ; taux de natalité, de morbidité et de mortalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- observation de deux communautés</li> <li>- dialogue avec plusieurs mères dans ces communautés à propos de leur état de santé pendant la grossesse et des soins dispensés aux nourrissons</li> <li>- participation au travail d'un centre de santé, recherche des antécédents familiaux et médicaux et mesure et pesage des nourrissons</li> <li>- résumé et analyse des statistiques concernant les mères et les nourrissons dans une communauté</li> <li>- aide aux mères dans les soins à donner aux enfants bien portants, observation de la façon dont elles les nourrissent, les lavent et les élèvent</li> </ul>	
(b) de se servir de données épidémiologiques pour assurer des soins préventifs, comprendre les normes de soins et fixer des priorités afin d'améliorer la SMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- épidémiologie des maladies courantes chez la mère et l'enfant et mesures de prévention et de traitement</li> <li>- pratiques locales en matière de soins</li> <li>- incidence/prévalence des caractéristiques démographiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccinations et tests de dépistage appropriés aux conditions observées dans les foyers et les dispensaires</li> <li>- aide aux familles pour soigner à domicile les nourrissons malades en leur apprenant les méthodes de prévention et de promotion de la santé</li> <li>- discussion des problèmes avec un petit groupe de la communauté ; planification de la prévention, dépistage et traitement précoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quand leur transport et leur logement sont possibles, en compagnie des accoucheuses, les élèves devraient aller voir les mères au village</li> </ul>

objectifs visés et fera ressortir les lacunes ou les failles éventuelles du module. Les plans d'élargissement du contenu des cours qui n'ont pas encore pu être mis en application sont également notés. C'est ce que montre le tableau 7, toujours en prenant l'exemple de la protection maternelle et infantile.

Le schéma d'enseignement des soins de santé primaires/communautaires influe aussi sur l'acquisition des connaissances par les élèves. Dans certaines écoles, on enseigne la théorie avant d'initier les élèves à la pratique. Ailleurs, la pratique précède la théorie. Cette séparation de la théorie et de la pratique se produit généralement lorsque les professeurs sont avant tout chargés de l'enseignement théorique et lorsque le personnel des services organise et surveille les travaux pratiques ou, lorsque le personnel enseignant est peu nombreux et les maîtres sont responsables de tous les aspects de l'enseignement dans plus d'un domaine clinique. Il est toutefois généralement admis que l'enseignement gagne en efficacité lorsque la théorie et la pratique vont de pair et que le rôle du professeur se confond avec celui du moniteur de travaux pratiques. Tous les membres du corps enseignant sont alors en mesure d'aider les élèves à comprendre les concepts en les appliquant. En assurant eux-mêmes certains soins, en prodiguant un soutien, en donnant des consultations et en participant aux démonstrations et aux projets d'étude, les professeurs entretiennent leur propre savoir-faire technique tout en continuant à dispenser un enseignement stimulant et pertinent. L'idéal serait d'encourager la réciprocité des rôles du maître et de

l'élève, le maître, pris comme modèle de rôle, apprenant avec les élèves et à leur contact. Ensemble, ils pourraient alors expérimenter des façons nouvelles d'étendre les soins aux groupes sous-desservis, tester les différentes approches à l'égard de la prévention primaire et analyser les réactions de la population afin de trouver les moyens de promouvoir l'auto-assistance en matière de santé.

Les écoles qui n'auraient pas prévu un tel élargissement du rôle des instructeurs, mais qui l'envisageraient, devront préparer à la fois le corps enseignant et les chargés de travaux pratiques à leurs nouvelles responsabilités. Les enseignants qui dispensent un enseignement théorique se sentent généralement mal à l'aise dans des situations pratiques ; et, de leur côté, les instructeurs de travaux pratiques peuvent ne pas être vraiment informés des bases théoriques sur lesquelles reposent ces travaux. Il faudra aider les uns et les autres à renforcer leurs connaissances par un programme de formation continue planifié afin qu'ils puissent combiner sans peine et efficacement leur rôles d'enseignants en salle de classe et de moniteurs de pratique clinique.

## Conception des méthodes d'évaluation

Dès le début de la mise en œuvre du plan de changement, il faut élaborer une méthode d'évaluation qui puisse être utilisée pour surveiller les progrès des élèves et l'efficacité des cours (voir phase 4, p. 42).

## Evaluation des connaissances acquises par les élèves

Cette évaluation répond à deux objectifs :

- montrer à quel point la compétence des élèves en matière de soins de santé primaires est conforme aux attentes et aux objectifs définis ;
- trouver des moyens d'améliorer le processus d'enseignement/apprentissage des soins de santé primaires, ce qui améliorera l'efficacité/l'efficience de l'acquisition des connaissances.

L'évaluation est un processus continu à tous les stades de l'enseignement et une fois le cours terminé. Elle comporte traditionnellement des examens écrits et oraux, la présentation de cas précis, une discussion sur les moyens de résoudre les problèmes et des épreuves pratiques. Le fait de permettre aux élèves d'apprécier leurs propres progrès donne une importante dimension supplémentaire à cette évaluation. Celle-ci reflète alors les attentes des élèves concernant leurs propres aptitudes et le programme d'études, l'évolution de leurs intérêts, de leurs attitudes et de leur opinion à l'égard des soins infirmiers, de la santé communautaire et du système de santé et leur degré de confiance en eux-mêmes et de sens des responsabilités dans la prestation des soins. Mais si l'on veut que cette auto-évaluation soit vraiment utile, il faut que les élèves soient bien informés des objectifs du cours et des méthodes d'enseignement prévues pour atteindre ces objectifs. Il faut les encourager à signaler les côtés positifs ou négatifs de cet enseignement et à donner systématiquement des preuves à l'appui de leurs observations. Ainsi conçues, ces auto-évaluations peuvent beaucoup aider les professeurs à adapter le contenu de leurs cours aux besoins particuliers des élèves, à discerner les faiblesses du programme et à proposer des moyens d'améliorer l'ensemble de l'expérience d'apprentissage et son impact possible sur la santé et les services de santé de la communauté.

Comme on l'a vu plus haut, les moyens utilisés pour évaluer les connaissances acquises sont directement tirés des objectifs des cours et du programme. Lors de l'élaboration de chaque objectif principal, les professeurs et les instructeurs de travaux pratiques responsables du programme devraient se demander quelles seraient pour eux les preuves que les élèves ont réellement atteint l'objectif visé. Le tableau 8 illustre ce problème par quelques exemples.

Ces premiers indicateurs des connaissances acquises doivent être liés au contenu des cours et à l'enseignement dispensé. Dans certains cas, il n'a

peut-être pas été possible d'établir comme prévu la base conceptuelle et théorique, les lieux originellement prévus pour la formation pratique des élèves n'étaient pas prêts ou la mise en œuvre du programme ne s'était pas déroulée comme on s'y attendait. Avant chaque phase d'évaluation, les enseignants devraient donc revoir le contenu du cours et l'enseignement dispensé afin de s'assurer que les méthodes utilisées pour examiner le travail des élèves et les critères choisis pour juger de leur succès sont toujours valables. Il convient ensuite d'effectuer les modifications indiquées et d'informer les élèves de leur incidence sur les méthodes d'évaluation et les cours.

Des évaluations périodiques des élèves sont indispensables si l'on veut arriver à discerner ceux qui ont besoin d'un soutien particulier pour comprendre les concepts des soins de santé primaires et/ou pour acquérir une expérience pratique. Il est généralement possible de découvrir l'origine des problèmes grâce à une entrevue des élèves avec les professeurs ou avec l'aide d'un conseiller pédagogique, du chef de département ou du conseiller de l'école. Il est alors possible, en collaboration avec les élèves, de trouver des moyens de résoudre ces problèmes. Il faudra peut-être pour cela revoir le travail assigné aux élèves, donner des directives détaillées ou des explications supplémentaires ou assurer aux élèves l'appui de leurs professeurs et de leurs camarades pendant les périodes difficiles. Cette individualisation des programmes d'études est importante si l'on veut que tous les élèves parviennent à un niveau de compétences acceptable dans chaque unité d'étude, les préparant ainsi à suivre les cours ultérieurs et, en définitive, à assurer des services infirmiers dont l'efficacité réponde aux besoins de la communauté et du pays.

## Evaluation du cours

Bien que ces évaluations soient utiles pour les élèves et puissent même entraîner des changements dans le plan d'études, il faut se garder de généraliser et d'étendre à tous les difficultés rencontrées par certains. L'évaluation des réactions de la classe est le meilleur moyen de juger de l'adéquation du contenu du cours. On y parvient en additionnant tous les résultats obtenus pour chaque grand domaine d'étude et en analysant les résultats de manière à savoir combien d'élèves parviennent à un niveau satisfaisant et combien se situent en dessous du niveau acceptable. La réussite dépendra de l'expérience et des antécédents des élèves, des dimensions de la classe et d'autres facteurs du même ordre. Toutefois, d'une façon générale,

**Tableau 8. Exemples d'objectifs de cours et de questions pour l'évaluation des compétences des élèves**

Objectifs du cours	Questions concernant les soins de l'individu et de la famille	Questions concernant les groupes à haut risque et la santé communautaire
Permettre à l'élève : (a) d'apprécier l'état de santé et l'état fonctionnel en se basant sur l'épidémiologie de la maladie/santé	L'élève sait-il : - relever les antécédents médicaux et procéder à des observations objectives et à des mesures compatibles avec les normes de croissance, de développement et de capacité fonctionnelle selon le sexe et l'activité journalière de l'individu ? - déterminer les risques individuels et familiaux en égard aux maladies courantes et aux autres problèmes de santé dominants, en recherchant les facteurs de risques biologiques, sociaux et autres ? - montrer de la compréhension à l'égard des différences individuelles et familiales dans l'évaluation du comportement en matière de santé et des structures de soins ? - faire preuve de compétence et de sensibilité dans l'analyse des données susmentionnées afin d'identifier les besoins individuels et familiaux et d'établir des plans de soins ?	L'élève sait-il : - utiliser les statistiques démographiques, les données de morbidité et de mortalité appropriées et les mesures normalisées afin de comparer l'état de santé des divers groupes ? - établir les taux d'incidence et de prévalence des maladies et décrire les facteurs de risque ? - faire le rapport entre les types de maladies et les comportements afin de déterminer les populations les plus exposées aux problèmes de santé courants ? - faire participer les groupes concernés dans la communauté (par ex., les représentants des secteurs sanitaires et connexes) à l'analyse des problèmes de santé communautaires et à la recherche de solutions ? - utiliser une méthode scientifique pour résoudre les problèmes ?
(b) de mettre en pratique les concepts d'auto-soins et d'indépendance dans la planification et l'évaluation des stratégies d'intervention	- faire participer le malade, la famille et les groupes apparentés à l'élaboration du plan de soins et de santé et au suivi des problèmes identifiés ? - utiliser l'éducation du malade/de sa famille (en interprétant la cause et la nature des problèmes identifiés et les options thérapeutiques offertes) comme moyen premier de prévention ? - aider les malades/leur famille à exploiter les ressources communautaires pour améliorer leur état de santé de façon sage et efficace ?	- élaborer des stratégies afin d'améliorer la santé des groupes à haut risque et des autres groupes concernés ? - prendre l'initiative et assumer sa part de l'éducation de la communauté en ce qui concerne les principales maladies et affections invalidantes ; exposer leurs causes profondes et enseigner les méthodes permettant de le prévenir, de les traiter et de les combattre ? - s'assurer de la participation de la communauté au développement des ressources nécessaires à l'établissement d'un programme de santé ?
(c) d'assurer les soins de santé primaires en se fondant sur des stratégies de prévention	- assurer des soins préventifs sûrs, appropriés et efficaces (vaccinations, conseils en matière de nutrition, planification familiale, traitement des maladies et des blessures, etc.) au foyer, dans les dispensaires et à l'hôpital ? - adapter les protocoles thérapeutiques et les soins aux besoins physiques et psychosociaux du malade en tenant compte du milieu et des ressources disponibles ? - faire preuve du sens des responsabilités en ce qui concerne les soins aux patients et aux familles, en agissant auprès des autres secteurs communautaires et en contribuant à développer les ressources et les moyens communautaires nécessaires pour des services de santé complets ?	- contribuer à étendre les soins de santé primaires aux groupes sous-desservis en assurant un service élargi, en formant et guidant les agents de santé communautaires et en prenant directement en charge les individus à risque ? - comprendre et faire comprendre l'importance de la nutrition et de la distribution des produits alimentaires, en tant que stratégie de prévention de base ? - faire preuve de sa capacité à travailler efficacement avec les équipes de santé interdisciplinaires et multisectorielles dans les centres de santé locaux ? - se montrer capable d'évaluer l'efficacité des services en utilisant des méthodes et des mesures appropriées pour juger les résultats ?

quelle que soit la matière considérée, si le quart des résultats de la classe est à peine moyen ou inférieur au niveau voulu, le professeur devra rechercher les insuffisances éventuelles du plan d'études qui pourraient expliquer la faiblesse de ces résultats. Si les lacunes dans l'acquisition des connaissances se manifestent dès le début du cours, cela peut vouloir dire que les élèves devraient être mieux préparés à aborder la matière en question et ont besoin de mieux maîtriser les éléments de base. Cela peut également signifier qu'il faut établir des rapports plus étroits entre le cours et les unités d'étude antérieures de manière à supprimer les hiatus ou les incohérences dans l'enseignement dispensé. Si des problèmes surgissent plus tard pendant le cours, cela peut signifier qu'il faut renforcer le contenu du cours ou rendre

les concepts plus explicites lors de la mise en pratique. Ces problèmes peuvent également refléter une certaine confusion entre la nouvelle orientation des soins infirmiers et l'orientation traditionnelle. Les services dispensés dans les centres de soins traditionnels risquent d'être très différents de ceux que les élèves seront appelés à assurer dans un système reposant sur les soins de santé primaires. Et même si ces divergences ont fait l'objet de discussions avec les élèves, les contradictions observées dans la pratique réelle des soins peuvent poser des problèmes aux élèves et gêner l'apprentissage.

Pour interpréter correctement les réactions de la classe et se faire une idée des améliorations à apporter éventuellement au cours, il est indispensable que le professeur et le moniteur de travaux pratiques discutent des résultats de l'évaluation

avec les élèves. Grâce à ces discussions, la classe peut acquérir une connaissance plus complète du sujet, les malentendus peuvent être dissipés et les objectifs du cours se trouvent clarifiés. Par la même occasion, les professeurs peuvent se rendre compte des aspects du cours qui ont été bien présentés et des points qui demandent à être renforcés. Les questions et les commentaires des élèves révèlent les lacunes des connaissances acquises et peuvent aussi suggérer les moyens de corriger les idées fausses les plus courantes.

De plus, s'ils sont mieux à même de comprendre l'orientation et la finalité du cours, les élèves peuvent participer à son déroulement, en concevant d'autres approches à l'égard des soins de santé primaires et en collaborant avec le professeur pour affiner encore ces notions.

La contribution des élèves est particulièrement précieuse pour le professeur dans les évaluations auxquelles il se livre à la fin du cours. A la fin de chaque unité d'étude, les professeurs doivent, en effet, procéder à une révision générale du cours avant de se préparer à accueillir un autre groupe d'élèves. Au cours de cette révision finale, il serait bon que les élèves résumant ce qu'ils ont appris, donnant ainsi à la révision une perspective nouvelle, celle de l'« enseigné ». De cette façon, chaque classe nouvelle peut bénéficier de l'expérience des précédentes.

Ces évaluations des cours ont encore un autre but. Elles fournissent un point de départ pour juger de la mesure dans laquelle les divers départe-

ments ont atteint leurs objectifs et de l'efficacité du programme de formation dans son ensemble. Ces questions vont être examinées plus loin (phase 4).

## Résumé

Pour mettre en œuvre le plan de changement, il faut développer de façon systématique le contenu du cours, les expériences d'apprentissage et l'appréciation et l'évaluation inhérentes au cours. Avant de déterminer le contenu du cours, il faut définir et préciser par écrit les objectifs pédagogiques, indiquant tous les comportements que l'on attend des élèves au terme de ce cours, et plus particulièrement ceux qui concernent les soins infirmiers communautaires dans le cadre des soins de santé primaires. Il faudra développer les expériences d'apprentissage offertes aux élèves afin de les aider à atteindre les objectifs définis, et les professeurs devront sans doute adopter à cet effet des façons de procéder auxquelles ils n'étaient peut-être pas habitués jusque-là.

L'appréciation des résultats des élèves et l'évaluation du cours sont indispensables à la structuration systématique des cours. Il faut veiller à ce que l'appréciation des élèves montre bien dans quelle mesure les objectifs prévus ont été atteints et à ce que cette évaluation se traduise par une amélioration de l'enseignement et de l'apprentissage des soins de santé primaires et des soins infirmiers communautaires.

# Evaluation du plan de changement

L'évaluation du programme d'enseignement infirmier consiste à déterminer le degré d'efficacité et d'efficience de l'enseignement dispensé et la mesure dans laquelle il répond aux besoins en matière de soins de santé. D'après Katz, l'évaluation est « la formulation de jugements éclairés sur la *nature* et la *qualité* d'un programme ou de certains de ses éléments ».<sup>1</sup>

Plus précisément, l'évaluation a pour objet :

- de mesurer les progrès réalisés dans le sens des objectifs définis pour le programme ;
- de déceler et de résoudre les contradictions et les incohérences dans le programme de formation ;
- de fournir des indications pour permettre une meilleure utilisation des ressources disponibles ;
- de fournir des informations de base pour les évaluations ultérieures ;
- d'accroître l'efficacité et l'efficience du programme ;
- de permettre aux administrateurs des centres d'enseignement et aux autres responsables du programme d'études de mieux comprendre la responsabilité de ce programme dans la formation du personnel infirmier à la pratique des soins de santé primaires pour la communauté.

C'est en général à la commission du programme ou à une sous-commission d'évaluation qu'incombe la responsabilité de procéder à l'évaluation. Comme on l'a vu plus haut, c'est la commission du programme qui est chargée de réviser le plan d'études pour l'orienter davantage vers les soins de santé primaires et communautaires. Cette commission surveille également la mise en œuvre du programme et doit régulièrement en évaluer l'efficacité. Le processus systématique « planification-mise en œuvre-évaluation » est essentiel pour le développement constant du programme.

<sup>1</sup> KATZ, F.M. *Directives pour évaluer un programme de formation des personnels de santé*. Genève, OMS, 1978, p. 5 (OMS, Publication Offset, N° 38).

De nombreuses méthodes décrites dans l'élaboration du nouveau programme (phases 1 et 2) peuvent également servir à évaluer l'orientation communautaire de ce programme. Ce qui diffère, c'est que les professeurs et les autres responsables qui ont participé aux phases précédentes seront mieux préparés à remplir leur rôle lors de l'évaluation. Ils connaîtront mieux les buts du programme, seront plus aptes à critiquer les stratégies proposées et pourront mettre à profit leur expérience et les résultats des évaluations des cours dans la mise en œuvre du programme ainsi révisé.

La *fréquence* et le moment des évaluations dépendent du stade d'élaboration du programme et des changements survenus dans la santé de la communauté. Quand des changements importants sont apportés au programme et touchent à un grand nombre et quelquefois même à la totalité de ses éléments, il faut procéder à des évaluations à intervalles réguliers. De même, des changements dynamiques dans la santé de la communauté — par exemple, touchant le type ou la nature des problèmes qui prévalent ou les stratégies proposées pour mieux prévenir et combattre ces problèmes — accroissent la nécessité d'évaluations fréquentes du programme. Dans les deux cas, il s'agit de faire en sorte que l'ensemble du programme d'enseignement infirmier soit en rapport avec les besoins de la communauté et les efforts des services de santé. Aux évaluations de routine devraient, par ailleurs, s'ajouter des contrôles ponctuels des cours par les départements et unités d'étude respectifs.

## Critères d'évaluation du programme

Dans l'évaluation de l'orientation communautaire du programme, on cherche à répondre à trois questions fondamentales, qui toutes soulèvent d'autres questions concernant le programme d'enseignement et la définition de critères permet-

tant de juger du succès des modifications apportées au programme.

La première question qui se pose est la suivante :

*Les changements jugés indispensables pour atteindre les objectifs en matière de santé communautaire et de soins de santé primaires ont-ils bien été opérés ?*

Il ne suffit pas ici de déterminer si les changements ont bien été effectués ; il faut aussi se demander :

- si cette opération s'est faite, à peu de choses près, dans les limites de temps prévues ;
- quels sont les facteurs qui semblent avoir facilité ces changements ;
- quels sont les facteurs qui ont gêné les efforts de changement ;
- ce qui, dans l'expérience acquise à ce stade, pourrait, à l'avenir, faciliter de nouveaux changements ;
- si tous les cours figurant dans le programme type ont bien été développés ou modifiés comme prévu ;
- où se situent les lacunes et comment les éliminer ;
- comment affiner les objectifs en fonction de ces expériences.

C'est aux professeurs, aux superviseurs des centres de soins, aux élèves et à ceux qui sont chargés de la mise en œuvre des concepts de soins de santé primaires et communautaires dans les programmes qu'il appartient de répondre à ces questions en se fondant sur les résultats des contrôles du processus de changement effectués à la fin de chaque trimestre et de chaque année d'étude.

La deuxième question fondamentale est la suivante :

*Les changements prévus dans les connaissances des élèves, leurs attitudes et leurs compétences se sont-ils vraiment produits ?*

Pour répondre à cette question, il faut tenir compte des estimations de la compétence des élèves réalisées pendant et à la fin de chaque trimestre, à la fin des unités d'études et avant l'obtention du diplôme. Cette question représente la première étape du processus visant à déterminer l'efficacité du programme, car elle cherche à déterminer si ce programme prépare effectivement le personnel infirmier à répondre aux besoins de la communauté conformément aux objectifs du programme de formation. Elle traduit également un

souci de l'« efficacité » dans la réalisation des objectifs.

### Contrôle des compétences des élèves

Le contrôle des compétences des élèves comporte les étapes suivantes :

- Une appréciation globale des rapports sur les contrôles systématiques des connaissances auxquels les élèves sont soumis dans les cours, avec examens écrits et oraux, discussions et observations sur les résultats des travaux pratiques et auto-évaluation par les élèves tout au long des études. Tous ces mécanismes d'appréciation permettent de savoir si les élèves ont acquis la compréhension, les valeurs et le savoir-faire technique attendus d'eux selon les objectifs définis pour chaque cours. On trouve une description de la façon de procéder dans la partie intitulée « Evaluation du cours » (Phase 3, page 34).
- Une révision des progrès des élèves par rapport aux objectifs du programme. Les critères mis au point pour contrôler les connaissances sont généralement inclus dans les différentes unités d'étude. Ils supposent l'utilisation des connaissances et des compétences acquises dans les diverses unités d'étude et témoignent de l'aptitude des élèves à faire la synthèse des différentes expériences d'apprentissage et à les mettre en pratique de façon appropriée. Divers moyens sont utilisés à cet effet : études de cas, rapports d'enquêtes, résolution de problèmes et participation à des démonstrations et à des projets de recherche. Les résultats font l'objet d'un rapport séparé, considéré comme faisant partie intégrante de l'évaluation des cours, et sont examinés par le corps enseignant du département qui s'efforce d'apprécier les connaissances acquises par les élèves, leur prise de conscience de leur rôle, leur créativité et leur sérieux ; les professeurs s'efforcent, en même temps, de déceler les lacunes existantes chez les élèves et de leur trouver des explications possibles afin d'essayer d'y remédier et d'améliorer l'efficacité du programme.
- Des rapports rédigés par les professeurs et destinés à la commission du programme sur les progrès accomplis par les élèves. Ces rapports récapitulent les résultats évoqués plus haut, y compris les notes obtenues pour chaque cours, l'évaluation des connaissances pratiques des élèves et d'autres indices montrant que la formation des élèves progresse bien dans le sens des objectifs définis.

### Contrôle du contenu des cours

La révision du contenu des cours se fait selon le processus suivant :

- Révision de chaque cours par rapport au calendrier des changements prévus et énoncés dans le plan d'études. Là encore, il faut se servir du modèle du tableau 5 pour vérifier que le contenu du cours est bien conforme aux objectifs fixés dans le cadre de la santé communautaire et des soins de santé primaires. On peut alors établir des comparaisons avec les révisions effectuées précédemment et les calendriers de changement proposés, afin de faire ressortir à la fois les éléments manquants et les progrès réalisés.
- Révision des progrès réalisés dans les unités d'étude par les professeurs et les adjoints d'enseignement. A cette fin, il faut rassembler toutes les données obtenues ci-dessus pour tous les cours de l'unité en question (Tableaux 3 et 4) et analyser les résultats de l'ensemble des cours pour voir s'ils correspondent au programme.
- Rapports rédigés par le corps enseignant et destinés à la commission du programme, faisant état des efforts entrepris, des réussites enregistrées, des expériences d'acquisition des connaissances et des projets futurs.

Ces rapports fournissent les données de base voulues pour évaluer le contenu et la structure du programme. Les membres de la commission du programme devront les étudier afin de déterminer quels changements ont été effectués et quels sont ceux qui restent à mettre en œuvre dans les différents départements et dans le programme. De plus, il faudra organiser des entretiens avec le corps enseignant, individuellement et en groupe. Grâce à ces contacts, l'évaluateur pourra s'assurer que les rapports de contrôle sont étudiés dans la perspective voulue et que les professeurs sont conscients de l'importance de leurs expériences pour l'ensemble du programme.

### Contrôle de l'efficacité du programme

L'analyse des données contenues dans les rapports des professeurs, à laquelle viennent, là encore, s'ajouter des entretiens avec les élèves et les responsables de la formation, permet de tirer des conclusions quant à l'efficacité du programme d'enseignement. Ces entretiens sont importants pour obtenir confirmation de la justesse des appréciations portées sur les résultats des élèves au vu des rapports écrits (où il est fait état des réactions aussi bien négatives que positives des élèves et des

autres personnes concernées) et pour affiner les critères et les méthodes utilisées afin de déterminer l'évolution des comportements. Ils sont également utiles pour évaluer la façon dont le processus d'acquisition des connaissances est perçu par les élèves, les professeurs et tous ceux qui peuvent avoir une influence quelconque sur ce processus et ils aident à déterminer si les cours ont réussi à faire de chaque élève une personne à part entière, apte à dispenser des soins de santé judicieux.

Les diplômés des écoles infirmières ayant reçu une formation orientée vers les soins de santé primaires devraient donner des preuves plus fréquentes et plus variées de leur aptitude aux soins infirmiers communautaires que ceux issus des programmes de formation traditionnels.

Une étude longitudinale sur le comportement des élèves après obtention du diplôme permettra de juger de l'efficacité du programme. Les diplômés formés dans le cadre du programme révisé devraient par exemple :

- se montrer plus actifs dans l'extension des soins de santé primaires aux groupes sous-desservis ;
- être plus souvent employés en dehors du cadre hospitalier ;
- s'occuper plus souvent de prévention ;
- se montrer plus aptes à utiliser des méthodes épidémiologiques pour la planification et l'analyse des soins ;
- participer davantage, personnellement et professionnellement, à encourager les efforts communautaires pour améliorer la santé.

La troisième question fondamentale est la suivante :

*Les objectifs de l'école, en ce qui concerne la santé communautaire et les soins de santé primaires, ont-ils été atteints ?*

Etant donné les innombrables facteurs qui peuvent influencer sur les services de santé communautaire et de soins de santé primaires, il est compréhensible que les responsables de la formation des personnels de santé hésitent à poser cette question. C'est pourtant l'une des questions les plus importantes pour l'évaluation du programme puisqu'elle reflète la raison essentielle de l'application de ces concepts à l'enseignement infirmier. En même temps, il serait souhaitable que la commission du programme fasse preuve de prudence dans sa définition des éléments inhérents à cette question et dans sa recherche des réponses. Si de telles questions doivent être posées, il faudrait demander l'aide technique d'experts en évaluation des pro-

grammes, afin de s'assurer que les méthodes adoptées sont valables, pertinentes et utilisables et qu'elles permettront de porter des appréciations fondées et fiables.

Afin de faciliter la réponse à la question précédente, Katz a suggéré de poser les questions subsidiaires suivantes et indiqué les sources possibles d'informations utiles à cet effet :

1. Les objectifs du programme correspondent-ils à ce que l'on sait des besoins de santé de la population à laquelle ce programme est destiné ?

Sources : résultats des études épidémiologiques ; plan national de santé ; exposé des objectifs du programme ; entrevue avec le directeur.

2. Les caractéristiques et les compétences du corps enseignant correspondent-elles aux besoins du programme ?

Sources : entrevues avec le personnel ; observations en salle de classe.

3. Quel est le coût total du programme ?

Source : analyse budgétaire.

4. Le programme a-t-il eu des effets imprévus ? Les élèves ont-ils, par exemple, senti un fossé se creuser entre eux et la communauté ou ont-ils été déçus par le rôle qui les attendait à la fin de leurs études ?

Sources : entrevues et observations.

5. Le programme a-t-il bénéficié d'un soutien officiel accru ?

Sources : entrevues avec des fonctionnaires du ministère de la santé ; analyse des plans.

Lorsque l'on cherche à savoir dans quelle mesure le programme révisé est parvenu à résoudre les problèmes de santé de la communauté, il ne faut pas oublier que certains besoins sont plus faciles à satisfaire que d'autres, que certains se

prêtent mieux aux soins infirmiers et que certains aussi sont plus faciles à mesurer. Il sera donc nécessaire de sélectionner les éléments qui serviront d'*indicateurs des effets du programme*. Une fois ce choix opéré, il est possible de mettre sur pied une étude d'évaluation.

La planification d'une telle étude doit commencer par l'élaboration du plan d'enseignement et constituer une étape importante de la mise en œuvre des changements à apporter dans les cours et dans le programme. Les hypothèses concernant les effets possibles sur la santé communautaire sont implicites dans le raisonnement dont s'inspire le plan, dans la définition des objectifs pédagogiques et dans le choix des matières à enseigner pour atteindre ces objectifs.

## Résumé

L'évaluation du programme d'enseignement infirmier est le processus qui vise à déterminer la mesure dans laquelle la formation dispensée est efficace et efficiente et contribue notablement à répondre aux besoins en soins de santé.

Pour déterminer l'efficacité et l'efficience du programme de formation, il faut suivre en permanence le travail des élèves et s'assurer de la mesure dans laquelle les stratégies pédagogiques adoptées contribuent à une meilleure formation des élèves et à la réalisation des objectifs du programme. Il est également nécessaire de veiller constamment à l'adaptation des objectifs du programme aux soins infirmiers communautaires et au concept des soins de santé primaires. Ce dernier aspect de l'évaluation ne peut se réaliser qu'à long terme et est étroitement lié à l'évaluation de la contribution du programme au système de soins de santé. La nécessité d'une telle évaluation à long terme ne devrait toutefois pas empêcher le réexamen et l'évaluation du programme dans le laps de temps disponible.

# Bibliographie

---

- ALLEN, M. *Evaluation des programmes d'enseignement infirmier*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977.
- ANDERSON, E. T. ET AL. *The development and implementation of a curriculum model for community nurse practitioners*. Hyattsville, MD, Department of Health, Education and Welfare, 1977.
- DURANA, I. *Teaching strategies for primary health care, a syllabus*. New York, NY, Rockefeller Foundation, 1980.
- FÜLÖP, T. & ROEMER, M. I. *Evolution internationale de la politique des personnels de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984 (OMS, Publication offset N° 61).
- GUILBERT, J.-J. *Guide pédagogique pour les personnels de santé, Edition révisée*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (OMS, Publication offset N° 35).
- KATZ, F. M. *Directives pour évaluer un programme de formation des personnels de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (OMS, Publication offset N° 38).
- MANGAY MAGLACAS, A. ET AL. *L'enseignement infirmier : son évolution en Indonésie. Chronique OMS, 30 : 513-516* (novembre 1976).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Genève, 1981 (« Santé pour Tous », N° 3).
- OMS, Série de Rapports techniques, N° 558, 1974 (*Les services infirmiers des collectivités*, Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires*. Genève, 1978 (« Santé pour Tous », N° 1).

# Protocoles d'application des processus de soins aux individus, aux familles et aux groupes communautaires à risque dans le cadre des soins de santé primaires

## 1. Appréciation de l'état de santé

	Individus	Familles	Groupes communautaires à risque
<b>A. Données permettant de définir les besoins et d'organiser les soins de santé</b>	<p>(1) Caractéristiques : âge, sexe, race, situation de famille, groupe ethnique, situation financière, niveau d'éducation, profession, mode de vie, etc.</p> <p>(2) Antécédents médicaux, conceptions et attitudes relatives à la santé et à la maladie, habitudes, sources de soins, priorités.</p> <p>(3) Antécédents médicaux de la famille : besoins, système d'assistance, preuves de maladies à transmission génétique, etc.</p> <p>(4) Etat physique : état de la peau, nutrition, développement musculaire, sensoriel et neurologique, fonctions reproductives et vitales, etc.</p> <p>(5) Etat affectif, sens du réel, apparence et comportement, état d'esprit, connaissances.</p> <p>(6) Relations avec la famille, avec la société, performance et satisfaction.</p>	<p>(1) Données démographiques : composition par âge et par sexe, nombre de membres, situation socio-économique, niveau d'instruction, profils professionnels, etc.</p> <p>(2) Antécédents médicaux, problèmes touchant la santé et le fonctionnement de la famille en tant que groupe, ressources en soins de santé.</p> <p>(3) Qualité de l'environnement physique et affectif, maladies/incapacités chez certains membres, facteurs liés aux maladies/affections invalidantes les plus courantes.</p> <p>(4) Conception de la santé, comportement de la famille et de ses membres en matière de santé ; utilisation des ressources communautaires.</p> <p>(5) Relations familiales, rôles/responsabilités.</p> <p>(6) Stratégies de prise de décisions concernant la santé et les soins.</p>	<p>(1) Caractéristiques démographiques : âge, sexe, race, groupe ethnique, répartition socio-économique ; taux de natalité et de mortalité, espérance de vie, etc.</p> <p>(2) Environnement : logement, hygiène, approvisionnement en eau et en nourriture, possibilités de formation et d'emploi, climat, etc.</p> <p>(3) Ressources : situation économique, écoles, industries, forces économiques et sociales ; cohésion de la communauté ; système de soins, praticiens autochtones, etc.</p> <p>(4) Etat de santé : principales causes de maladies, de traumatismes et de décès ; répartition démographique et géographique ; croissance et développement des nourrissons et des enfants ; taux de fécondité ; état de nutrition, etc.</p> <p>(5) Soins de santé primaires : possibilité de bénéficier des services de base, facilité d'accès pour la population, détermination des groupes à haut risque.</p> <p>(6) Comportement des populations et sous-groupes en matière de santé ; valeurs, croyances, conceptions, utilisation des services de santé.</p>
<b>B. Méthodes de collecte des données</b>	<p>(1) Observation directe, étude générale de l'état de santé et du comportement de l'individu.</p> <p>(2) Entretiens avec les malades et leur entourage, relevé des antécédents médicaux, conceptions en matière de santé.</p> <p>(3) Examen et évaluation de l'état physique, vérification des antécédents médicaux, facteurs de problèmes et de risque.</p> <p>(4) Epreuves normalisées de dépistage et de diagnostic, radiographies et examens de laboratoire nécessaires pour la présentation du ou des problèmes et l'élaboration du cadre des soins, maladies courantes.</p>	<p>(1) Etude des dossiers médicaux disponibles et des statistiques démographiques de la famille.</p> <p>(2) Observation directe du mode de vie familial.</p> <p>(3) Antécédents médicaux et entretiens avec le chef de famille et les autres personnes responsables.</p> <p>(4) Entretiens avec chaque membre de la famille ; dépistage.</p>	<p>(1) Utilisation des informations déjà disponibles : résultats des recensements, statistiques de morbidité et de mortalité, informations sur les hospitalisations et les consultations externes, rapports sur des études communautaires, etc.</p> <p>(2) Observation directe des conditions sanitaires des zones avoisinantes et de la région, comparaisons des groupes selon les risques de maladie et d'incapacité.</p> <p>(3) Utilisation de techniques d'enquête pour travailler sur les données disponibles.</p> <p>(4) Entretiens avec des groupes sélectionnés : responsables communautaires, personnes chargées d'organiser et d'assurer les services de santé, groupes à haut risque, etc.</p> <p>(5) Mécanismes d'auto-étude communautaire.</p>
<b>C. Analyse des données</b>	<p>(1) Enumérer les maladies/incapacités existantes et supposées.</p> <p>(2) Envisager les causes et les sources possibles des problèmes identifiés, y compris les données génétiques et le contexte social et environnemental.</p>	<p>(1) Enumérer les problèmes de santé existants dans les familles examinées : déterminer leur ampleur à l'échelon communautaire et leurs conséquences sur la santé de la communauté.</p> <p>(2) Etudier les facteurs d'ordre social, culturel et environnemental qui influent sur la santé de la famille et les problèmes identifiés.</p>	<p>(1) Examiner les études sociales et épidémiologiques sur les principaux problèmes de santé dans les différents groupes démographiques et sociaux et dans la communauté dans son ensemble.</p> <p>(2) Présenter les données sous une forme analytique : diagrammes, profils de populations et tableaux statistiques selon la répartition des maladies et de la mortalité et selon les caractéristiques de la population associées à un mauvais état de santé.</p>

Individus	Familles	Groupes communautaires à risque
<p>(3) Déterminer le degré de vulnérabilité aux maladies et les problèmes de santé les plus répandus, selon l'âge, le sexe et les autres caractéristiques personnelles et familiales.</p>	<p>(3) Considérer les dangers potentiels pour la santé de chaque groupe (âge, sexe, etc) représenté dans la famille ; indiquer les meilleures méthodes de prévention.</p>	<p>(3) Définir les besoins sociaux et sanitaires de la communauté, c'est-à-dire les principaux problèmes de santé et les tendances, indiquer les carences dans les services de soins primaires, les stratégies d'extension des services et de prévention, les intérêts et la participation de la communauté aux soins.</p>
<p>(4) Définir les pratiques en matière de santé eu égard aux besoins actuels ou futurs de soins ; fixer les priorités selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la gravité de l'état et l'effet possible sur la famille et la communauté ;</li> <li>- les ressources disponibles, les incidences sur le plan de l'action communautaire ;</li> <li>- les possibilités de prévention, de croissance et de développement, de guérison et de retour à une vie indépendante.</li> <li>- les incidences sur le plan de la participation d'autres personnels de santé.</li> </ul>	<p>(4) Définir les pratiques en matière de santé en égard aux besoins de soins ; étudier l'urgence des problèmes identifiés et leur effet sur la santé de la famille.</p>	<p>(4) Etudier les liens entre les maladies courantes et les caractéristiques de la population ; confirmer la réalité des besoins ressentis par les différents groupes de la communauté, indiquer les groupes cibles.</p>
	<p>(5) Définir les ressources communautaires nécessaires pour assurer des soins préventifs et promouvoir la santé de la famille.</p>	<p>(5) Tirer les conclusions pour l'orientation des services vers des stratégies de prévention ; définir les responsabilités du personnel infirmier dans le cadre des soins de santé primaires : formation des agents de santé communautaires, soins, action intersectorielle, etc.</p>

## 2. Elaboration et mise en place de plans de prévention primaire, secondaire et tertiaire

	Individus	Familles	Groupes communautaires à risque
A. Planification en collaboration avec les individus ou les groupes concernés et avec l'équipe de soins de santé	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Etudier la nature des problèmes, les risques de maladies ou d'affections invalidantes courantes et la nécessité de confirmer les diagnostics.</li> <li>(2) Etudier les thérapies conseillées pour les affections et les risques identifiés, les ressources nécessaires, les meilleurs cadres de soins et le pronostic.</li> <li>(3) Elaborer des stratégies de prévention en rapport avec des objectifs à court et à long terme, en utilisant l'auto-prise en charge, l'éducation sanitaire et les techniques de soutien.</li> <li>(4) Définir les responsabilités de l'individu et de la famille, ainsi que celles des membres de l'équipe de soins.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Etudier la nature des caractéristiques, les risques, et la dynamique de la famille intéressant la santé de la famille dans son ensemble.</li> <li>(2) Etudier les ressources et les thérapies nécessaires à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.</li> <li>(3) Elaborer des objectifs de santé et définir des priorités et des stratégies pour la famille et les membres de l'équipe de soins ; tirer les conclusions pour l'action communautaire.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Déterminer l'aptitude de la communauté à comprendre le problème.</li> <li>(2) Définir les objectifs et les priorités en matière de santé pour les groupes à risque concernés et pour la communauté en général.</li> <li>(3) Etudier les solutions éventuelles en fonction des données scientifiques et des prérogatives communautaires ; adapter les stratégies de prévention aux groupes de population.</li> <li>(4) Analyser la couverture en soins de santé primaires, indiquer les ressources disponibles et à développer et définir les autres services sanitaires et para-sanitaires nécessaires.</li> <li>(5) Choisir le plan d'action le plus facile à réaliser capable de remédier aux problèmes de santé courants et d'améliorer la santé de la communauté, en ayant recours à des approches interdisciplinaires et intersectorielles.</li> </ol>
B. Exécution du plan	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Prendre des dispositions pour assurer les services prévus dans le plan de soins.</li> <li>(2) Participer au plan de soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>— en aidant le malade et sa famille à comprendre et à assurer leurs responsabilités et en adaptant le plan selon les besoins pendant les soins ;</li> <li>— en assurant/prenant des dispositions pour assurer la prise en charge, le traitement et le suivi du patient dans des cadres appropriés.</li> <li>— en organisant des consultations spécialisées et des services d'orientation, de recours et de réadaptation selon les besoins et en aidant à coordonner les soins de multiple provenance ;</li> <li>— en travaillant avec les organismes, les institutions, les groupes de citoyens et les autres groupes à développer les services communautaires indispensables pour répondre aux besoins des individus en soins de santé primaires et autres.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Aider la famille à contacter les personnes et les organismes chargés d'assurer les services nécessaires, définir clairement pour la famille le plan et le calendrier des soins et la coordination des services.</li> <li>(2) Participer à la mise en œuvre du plan en : <ul style="list-style-type: none"> <li>— en éduquant les membres de la famille et en leur apportant un appui sur le plan sanitaire afin qu'ils comprennent et assument leurs responsabilités ;</li> <li>— en assurant/prenant des dispositions pour assurer des stratégies de prévention et la collecte de données permettant d'évaluer l'efficacité du plan ;</li> <li>— en adaptant à la situation familiale les procédures types de suivi ;</li> <li>— en se faisant l'interprète de la famille et en l'aidant à utiliser les ressources communautaires et en aidant la communauté à comprendre les besoins de la famille.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Définir clairement les fonctions des services de santé et des services apparentés avec les organismes concernés.</li> <li>(2) Déterminer les responsabilités des autres groupes communautaires, y compris les agents de soins de santé primaires et leurs services de soutien.</li> <li>(3) Aider à développer les ressources nécessaires pour la réalisation du plan, y compris les soins de santé, et les services d'orientation/recours.</li> <li>(4) Participer à l'exécution du plan, en appliquant les concepts des soins de santé primaires aux groupes à haut risque et à la communauté dans son ensemble : <ul style="list-style-type: none"> <li>— en travaillant directement avec les groupes cibles pour assurer et étendre les services de soins de santé primaires ;</li> <li>— en participant aux campagnes de vaccinations et de dépistage ;</li> <li>— en enseignant aux groupes cibles diverses questions : protection maternelle, planification familiale, croissance et développement de l'enfant, nutrition, conditions de vie saines, prévention des maladies courantes, etc. ;</li> <li>— en collaborant aux programmes de formation des agents de santé communautaires et des praticiens indigènes ;</li> <li>— en travaillant avec les écoles et les chefs d'entreprises à des projets concernant la santé.</li> </ul> </li> </ol>

## 3. Evaluation du plan de soins

	Individus	Familles	Groupes communautaires à risque
A. Sélection et collecte des données pour l'évaluation	<p>(1) Définir les informations voulues pour mesurer les progrès de l'état de santé de l'individu/du malade : différence de poids, guérison, reprise d'une activité normale, etc.</p> <p>(2) Choisir les éléments permettant de mesurer les progrès accomplis dans les comportements grâce au plan de soins individuel.</p> <p>(3) Décider des critères à utiliser pour évaluer les soins dispensés par les personnes chargées d'assurer les soins de santé primaires.</p> <p>(4) Organiser la collecte des données avec les individus, les familles et les dispensateurs de soins.</p>	<p>(1) Choisir des indicateurs de l'amélioration de l'état de santé de la famille par rapport aux problèmes mis en évidence et aux résultats escomptés des soins : état de nutrition de la famille, productivité, vaccins administrés, etc.</p> <p>(2) Choisir les éléments permettant de mesurer le processus : comportements influant sur la santé de la famille et la capacité d'auto-soins (meilleure alimentation, stérilisation de l'eau, recours à des méthodes de planification familiale, etc.).</p> <p>(3) Définir les normes en rapport avec ce plan de soins de la famille, (type, fréquence et lieu des contacts, etc.) à utiliser pour évaluer les soins.</p> <p>(4) Prendre les dispositions nécessaires pour recueillir et enregistrer les données pertinentes.</p>	<p>(1) Sélectionner les éléments permettant de mesurer les résultats obtenus dans le sens d'une amélioration des problèmes communautaires : pourcentage de femmes enceintes recevant des soins avant le troisième trimestre de leur grossesse, taux de fécondité, pourcentage d'enfants ayant une croissance normale, baisse du pourcentage de mortalité par diarrhée, choléra ou autre maladie évitable.</p> <p>(2) Choisir les éléments permettant d'évaluer l'exécution du plan de soins : couverture des soins de santé primaires, pourcentage de participation des familles aux projets communautaires, taux d'utilisation des services, par exemple pourcentage de femmes enceintes recevant des soins avant le troisième trimestre de leur grossesse, etc.</p> <p>(3) Déterminer quelles sont les données communautaires pertinentes disponibles en permanence.</p> <p>(4) Organiser la collecte des informations nécessaires avec le concours de la communauté et des dispensateurs de soins.</p> <p>(5) Envisager le recours à des enquêtes communautaires pour recueillir les données qui ne sont pas normalement enregistrées.</p>
B. Examen des données recueillies	<p>(1) Etudier les dossiers des services et interroger les personnes concernées pour déterminer si les soins ont été assurés comme prévu ; noter les modifications apportées au plan.</p> <p>(2) Vérifier la complétude des données recueillies, noter les lacunes éventuelles et les moyens possibles d'y remédier.</p> <p>(3) Envisager les conséquences que des données incomplètes ou inexactes et d'éventuelles modifications du plan de soins pourraient avoir sur l'évaluation.</p>	Même démarche que pour les soins à l'individu.	<p>(1) Réunir et étudier les statistiques de santé pertinentes tirées des rapports établis à l'échelon communautaire, régional et national.</p> <p>(2) Vérifier que les informations contenues dans les dossiers des services sont complètes, exactes et valables.</p> <p>(3) Noter les données non disponibles ou inutilisables et adapter l'évaluation en conséquence.</p>
C. Analyse des données avec les groupes concernés et avec l'équipe de soins pour évaluer l'efficacité des soins	<p>(1) Etudier les réactions de l'individu/du malade afin de voir si les modifications anticipées dans l'état de santé et le comportement des individus, se sont bien produites dans les délais prévus.</p> <p>(2) Voir dans quelle mesure les services dispensés ont abouti aux résultats observés et quels autres facteurs ont pu y contribuer.</p> <p>(3) Tirer les conclusions de l'expérience ainsi acquise pour les soins infirmiers et de santé aux autres individus, aux familles et à certains groupes à risque.</p>	<p>(1) Même démarche que pour les individus, mais en axant l'analyse sur la famille en tant qu'unité.</p> <p>(2) Chercher à établir des rapports pour mesurer les changements intervenus dans l'état de santé et le comportement, c'est-à-dire le nombre d'individus réagissant comme souhaité par rapport au nombre total de membres de la famille.</p>	<p>(1) Examiner les changements survenus dans les paramètres permettant d'évaluer l'état de santé afin de déterminer l'ampleur des progrès dans les groupes cibles et dans la communauté.</p> <p>(2) Etudier la communauté en vue de l'extension ou de la mise en place des services de santé primaires et de services de soutien correspondant aux besoins communautaires et aux plans.</p> <p>(3) Rechercher les influences qui ont facilité ou, au contraire, gêné les changements espérés/l'action communautaire. Etudier les relations possibles directes ou indirectes entre l'action entreprise et ses effets sur la santé.</p> <p>(4) Utiliser les résultats et les diverses expériences enregistrées pour renforcer l'impact des soins sur les problèmes de santé communautaires.</p>

## Annexe 2

### Exemple d'utilisation du guide

*Le présent rapport qui a été réalisé par un comité de projet montre comment une école infirmière a utilisé ce guide pour réviser son programme de base. Le texte en a été légèrement abrégé, sauf en ce qui concerne les étapes du processus de révision et les recommandations.*

#### Phase 1

Après avoir lu avec la plus grande attention la documentation préliminaire, nous avons organisé une première réunion avec l'ensemble du corps enseignant de l'école afin de présenter les notions de base sur lesquels reposent les changements de programme souhaités et de juger de ses réactions au projet. La figure 1, qui se trouve à la page 12 de ce guide et qui s'intitule « Comparaison entre l'orientation traditionnelle et l'orientation communautaire dans la pratique infirmière », résumait

parfaitement le changement d'orientation prévu et s'est révélé être à la fois un très bon point de départ pour de plus amples discussions et un excellent outil pédagogique.

La réussite de cette première réunion a dépassé nos espérances, car l'ensemble du corps enseignant s'est montré vivement intéressé par le projet et très désireux d'y participer.

Nous avons beaucoup réfléchi au problème de savoir qui devait participer à la première phase, en accord avec les suggestions exposées à la page 17 de ce guide. Les directeurs de tous les programmes de formation ont, dès le début, apporté leur active participation au projet, faute de quoi celui-ci aurait été voué à l'échec.

Nous avons présenté le projet aux élèves qui étaient en fin d'études et nous avons été ravis de constater qu'ils semblaient vivement s'y intéresser et qu'ils posaient de nombreuses questions. Quand

**Tableau A1. Résultats de l'examen des objectifs de l'école en fonction des caractéristiques des soins infirmiers dans le cadre des soins de santé primaires**

Caractéristiques	Enoncées explicitement	Enoncées implicitement	Absentes
1. Problèmes de santé dominants dans la région		X	
2. Méthodes élémentaires de prévention, de traitement et de contrôle des problèmes dominants, y compris l'étiologie, l'épidémiologie et la pathologie de ces problèmes	X		
3. Protection de la mère, du nourrisson et de l'enfant, croissance et développement de l'individu et de la famille, planification des naissances	X		
4. Méthodes d'évaluation, de thérapie et de rétablissement de la santé convenant à la pratique des soins infirmiers dans cette région	x		
5. Evaluation des soins aux individus, aux familles et aux groupes communautaires	X		
6. Cadres cliniques/pratiques permettant aux élèves d'améliorer leur formation pratique au sein de la communauté	X		
7. Education sanitaire des individus, de la famille et de la communauté		X	
8. Adaptation des soins de santé aux divers groupes sociaux, culturels et économiques dans la population	X		
9. Expériences pluridisciplinaires	X		
10. Moyens d'évaluer et de modifier les structures d'utilisation des services par différents groupes		X	
11. Formation en vue de promouvoir l'initiative personnelle en matière de soins			X
12. Formation des agents de santé communautaires et collaboration avec eux			X
13. Formation en vue de promouvoir la participation de la communauté aux soins de santé			X
14. Formation en vue de la participation à la formulation des politiques sanitaires et à la prise des décisions dans le cadre des soins de santé primaires		X	



cette évaluation improvisée concordait avec la nôtre, faite selon les règles, comme on le verra plus loin).

Nous avons tout d'abord analysé la philosophie de l'école et ses objectifs, en utilisant les listes figurant à la page 18 de ce guide comme base de réflexion, en y apportant toutefois quelques modifications (voir tableau A1). Toutes les caractéristiques ont été classées soit comme « explicitement énoncées », soit comme « implicitement énoncées » (si tous les membres de l'équipe participant au projet étaient d'accord), soit encore comme « absentes ». Nous avons trouvé que les caractéristiques 11, 12 et 13 dans le tableau A1 ne figuraient pas parmi les objectifs de l'école, c'est-à-dire que les questions d'auto-surveillance, de formation des agents de soins de santé primaires et de participation communautaire n'étaient pas abordées.

Notre tâche suivante fut d'établir une fiche de collecte des données, en prenant comme base la liste de la page 21 de ce guide (voir tableau A2). Nous y avons apporté les modifications suivantes :

1. Nous avons pensé qu'il ne suffisait pas de vérifier si la formation théorique était bien dispensée dans les divers domaines, mais qu'il était important d'accorder une attention particulière à certains éléments de la théorie en rapport avec les soins de santé primaires et communautaires. Nous avons donc divisé la rubrique « théorie » en cinq parties :

- (a) incidence et répartition du problème de santé ou du sujet (groupes à risque) ;
- (b) promotion de la santé ;
- (c) prévention ;
- (d) soins ;
- (e) réadaptation.

Nous avons décidé que pour la partie (a), il était essentiel que la théorie comporte l'épidémiologie de la santé et de la maladie (comme il est stipulé dans la note en bas du tableau 1, p. 21) et que l'incidence et la répartition des divers problèmes et états de santé fassent l'objet d'un enseignement spécifique, de telle sorte que la pratique des soins infirmiers tienne compte de ces facteurs quand il faudra recenser les groupes à risque et établir les priorités. C'est pourquoi l'on a jugé bon d'inclure certains éléments d'épidémiologie dans la partie théorique et l'épidémiologie a également été incorporée dans les sujets d'étude de la rubrique intitulée « Besoins et participation de la communauté ».

Nous avons également pensé qu'il était impor-

tant d'étudier la place faite à la prévention dans chaque domaine d'étude. Prenons l'exemple des cardiopathies coronariennes qui font partie des problèmes de santé les plus courants : un enseignement théorique des soins à apporter à la victime d'un infarctus du myocarde n'a que peu de rapport avec la santé primaire et communautaire. Il serait bon que cet enseignement théorique comporte des informations sur l'incidence et l'importance de ce genre de maladie, ses facteurs de risque et l'utilité d'une intervention préventive à tous les niveaux. Ainsi, en recherchant ces divers aspects dans le programme, nous avons pu déterminer plus clairement si l'enseignement théorique était bien adapté à l'approche souhaitée et il nous a été plus facile de déceler les points faibles du contenu théorique de ce programme.

2. Nous avons également modifié la rubrique intitulée « Pratique à l'échelon communautaire » dans la fiche de collecte des données.

Nous avons pensé qu'il était important de savoir si les élèves avaient la possibilité d'exécuter chaque étape de l'appréciation, de la mise en œuvre et de l'évaluation avec les individus, les familles et les groupes (nous préférons utiliser le mot « groupes » plutôt que le mot « communautés », car il nous semble moins ambigu).

Nous savons que ces modifications compliquent la fiche de collecte des données, mais nous pensons aussi qu'elles permettent de mieux souligner les domaines spécifiques intéressant les soins infirmiers primaires et communautaires qui ne sont pas suffisamment traités dans le programme et qui doivent être développés.

Certains membres de notre comité ont émis des réserves quant à l'adéquation de ces rubriques aux divers domaines d'étude figurant sur la fiche. Ces réserves se sont révélées particulièrement utiles dans le cas des problèmes de santé courants, de la protection maternelle et infantile et de la protection de l'adulte, mais peu adéquates dans le cas de la protection de la famille, des besoins et de la participation de la communauté, des soins dispensés en équipes et de la participation intersectorielle.

3. L'étape suivante a consisté à revoir la liste des problèmes de santé courants en fonction de notre situation locale. Nous l'avons fait en recherchant dans les statistiques démographiques nationales les causes majeures de mortalité et d'hospitalisation et en consultant des épidémiologistes, des spécialistes de la protection maternelle et infantile, des experts en soins de santé primaires, etc...

4. Dans le domaine de la protection maternelle et infantile, nous avons ajouté l'allaitement, les anomalies congénitales et la surveillance médicale scolaire.

5. Dans le domaine de la protection sanitaire de l'adulte, nous avons ajouté la santé dans le cadre professionnel et les soins du 3<sup>e</sup> âge.

6. Dans le domaine de la protection sanitaire de la famille, nous avons changé l'expression « structure sanitaire de la famille » en « habitudes et dynamique de la famille » et nous avons ajouté le thème « culture et santé ». Notre société est composée de gens issus de milieux culturels différents et toute personne chargée d'assurer les soins de santé primaires doit être particulièrement attentive aux effets de la culture sur la santé et la maladie, ainsi que sur les conceptions et les pratiques en matière de santé.

7. Dans la rubrique « besoins et participation de la communauté », nous avons ajouté l'épidémiologie, la biostatistique et la démographie, car ces thèmes n'étaient mentionnés nulle part ailleurs et nous pensons qu'ils sont des composantes essentielles des soins de santé primaires et communautaires, quel que soit le cadre des soins.

8. Nous avons modifié les thèmes figurant dans la « participation intersectorielle » pour y introduire ceux qui semblaient le plus adaptés à notre situation, à savoir l'éducation, les services sociaux et les organismes bénévoles.

9. Nous avons modifié l'ordre des domaines d'étude pour en adopter un qui nous semblait plus logique : nous avons donc placé la protection maternelle et infantile et la protection de l'adulte après les maladies courantes et les avons fait suivre des sections concernant la famille et la communauté.

En collaboration avec plusieurs professeurs, il a été procédé à un essai préalable de la fiche de collecte des données qui a donné lieu à plusieurs petites modifications qui ne sont pas énumérées ici.

### Collecte des données

Pour recueillir les données, nous avons utilisé diverses méthodes qui s'inspiraient largement des modèles présentés aux pages 20-24 du guide. On a quelquefois eu recours à des entretiens individuels, mais la majeure partie des données proviennent de rapports présentés directement par les professeurs. Lors d'une réunion, nous avons distribué les fiches et répondu à toutes les questions qui se posaient.

Il a été dit aux professeurs que les membres du comité restaient à leur disposition pour répondre à toute question supplémentaire.

### Vérification des données

Nous avons revu les fiches qui nous étaient retournées en fonction des objectifs des cours et nous avons consulté les professeurs chaque fois que des écarts substantiels apparaissaient entre les objectifs et le contenu afin d'en déterminer l'origine.

### Résumé des données

Une fois les fiches remplies par les professeurs, l'équipe du projet s'est réunie à plusieurs reprises afin de se mettre d'accord sur la manière de récapituler et d'analyser les données. Il fut décidé d'accorder un point par rubrique cochée, ce qui donna un maximum de 5 pour les parties théoriques et de 9 pour les parties pratiques.

Le tableau A3 récapitule les résultats obtenus pour la théorie et la pratique dans chaque cours et montre le pourcentage obtenu par chaque cours et chaque domaine d'étude par rapport au maximum possible. Il est évident au premier coup d'œil qu'à de rares exceptions près, la théorie obtient un meilleur pourcentage que la pratique dans tous les domaines d'étude.

Nous avons eu recours à ce tableau lors des entrevues avec chaque professeur pour définir clairement les lacunes que l'on pouvait combler immédiatement. Par exemple, la rubrique 18 (Anomalies congénitales) n'est pas cochée pour le cours intitulée « Soins infirmiers à l'individu et à la famille dans la communauté », alors que nous savons qu'à l'échelon national, il existe un programme de dépistage et de prévention des anomalies congénitales et que ce sujet devrait donc faire partie du cours.

Il n'existe aucune rubrique qui ne soit pas cochée du tout, ce qui veut dire que chaque sujet considéré concernant les soins de santé primaires est traité, à un moment ou à un autre, dans un cycle d'études. Toutefois, ce tableau a révélé des faiblesses dans certains domaines ; par exemple la rubrique 1 « Cardiopathie coronarienne », l'un des problèmes majeurs de notre société, obtient un mauvais résultat sur le plan pratique et devrait certainement faire partie du cours de formation sanitaire et du cours sur les soins dispensés dans le cas de maladies graves et chroniques. Ceci s'applique également à la rubrique 6 (Gastro-entérite).

Tableau A3. Récapitulatif du contenu des cours adapté aux soins de santé primaires et communautaires

Élément du cours en rapport avec les soins de santé primaires et communautaires	Résultats pour chaque cours <sup>a</sup>																		
	Note maximum		Cours A		Cours B		Cours C		Cours D		Cours E		Cours F		Cours G		Cours H		
	T <sup>b</sup>	P <sup>b</sup>	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	
<b>Problèmes de santé courants</b>																			
1. Cardiopathie coronarienne			5	2	5		4	2	5	2	3		4	3				2	
2. Hypertension			5		5				5				4	3				2	
3. Blessures accidentelles			5				3	7	5				4	3				2	
4. Néoplasmes			5						5	3			4	3					
5. Pneumopathie			5		4				5	2			3						
6. Gastro-entérite			5		4				5	2			3					2	
7. Hépatite virale A			5				3	3	5				3					2	
8. Carie dentaire			5		4								3	3					
9. Diabète sucré			5				3	2	5	3	3		4	3					
10. Santé mentale			5		4						3		3	3	4	7			
11. Tabagisme			5				2	2	2		3		2	3				2	
12. Mode d'alimentation			5	2			4	2	5		3		2					2	
13. Sédentarité			5	2	4				2				2						
14. Abus de médicaments			5	2	4				4		3		2	3					
15. Infection des voies respiratoires supérieures			5	2				3	4	2			2						
16. Infection urinaire			5						5	2			2						
<b>Total : N°</b>	<b>80</b>	<b>144</b>	<b>80</b>	<b>10</b>	<b>38</b>		<b>23</b>	<b>23</b>	<b>62</b>	<b>16</b>	<b>18</b>		<b>47</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>14</b>		
<b>%</b>			<b>100</b>	<b>7</b>	<b>48</b>		<b>29</b>	<b>16</b>	<b>78</b>	<b>11</b>	<b>23</b>		<b>59</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>18</b>		
<b>Protection maternelle et infantile</b>																			
17. Protection pré et postnatale			5	2			4	6	5		5	2	3	3					
18. Anomalies congénitales			5	2					5										
19. Accouchement, protection du nourrisson			5				4	6	5		5								
20. Prématurité			5	2			4	6	5		5		3	3					
21. Croissance et développement			5	2			5	7	5	1			2	3					
22. Vaccinations			5	2			4	3	2				2					2	
23. Surveillance médicale scolaire			5		4		4	4	5				3	3					
24. Adolescence et développement sexuel			5		5		5		3				3	3					
25. Allaitement			5		4		4	6			5								
<b>Total : N°</b>	<b>45</b>	<b>81</b>	<b>45</b>	<b>10</b>			<b>34</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>15</b>			<b>2</b>		
<b>%</b>			<b>100</b>	<b>12</b>			<b>76</b>	<b>47</b>	<b>78</b>	<b>1</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>36</b>	<b>19</b>			<b>2</b>		
<b>Protection sanitaire de l'adulte</b>																			
26. Fonction, productivité			5		5		5	6			2		3	3					
27. Santé dans le cadre professionnel			5				5						3	3					
28. Maladie grave			5		5				5	4	4	2	2		5	5			
29. Maladie chronique			5		5				5	6	3	2	3	3	5	5			
30. Vieillesse			5		5		1				1		3	3	5	4			
31. Protection du 3 <sup>e</sup> âge			5	2	5		4	2	5	6	2		4	3	5	3			
<b>Total : N°</b>	<b>30</b>	<b>54</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>25</b>		<b>15</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>17</b>			
<b>%</b>			<b>83</b>	<b>4</b>	<b>83</b>		<b>50</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>60</b>	<b>28</b>	<b>66</b>	<b>31</b>			
<b>Protection sanitaire de la famille</b>																			
32. Habitudes et dynamique de la famille			5				4	6	4		5		1						
33. Relations sociales			5				4		4		1		1						
34. Culture et santé			5				4		4		5		1						
35. Planification des naissances			5				3	4	4		5								
<b>Total : N°</b>	<b>20</b>	<b>36</b>	<b>20</b>				<b>15</b>	<b>10</b>	<b>16</b>		<b>16</b>		<b>3</b>						
<b>%</b>			<b>100</b>				<b>75</b>	<b>28</b>	<b>80</b>		<b>53</b>		<b>15</b>						
<b>Besoins et participation de la communauté</b>																			
36. Épidémiologie, biostatistique, démographie			5		4		4		4				2	3					
37. Planification sanitaire			5						4		1		4	3					
38. Soins de santé primaires			5				4		4	4	3								
39. Salubrité de l'environnement			5		4								3	3	4	6			
40. Éducation sanitaire			5		4		1	6	4		3		4	3	4	6	5	6	
<b>Total : N°</b>	<b>25</b>	<b>45</b>	<b>25</b>		<b>12</b>		<b>9</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>7</b>		<b>13</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	
<b>%</b>			<b>100</b>		<b>48</b>		<b>36</b>	<b>13</b>	<b>64</b>	<b>9</b>	<b>28</b>		<b>52</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	
<b>Soins dispensés en équipe</b>																			
41. Équipe de soins infirmiers			5	2	4		6		4	6			4		5	9			
42. Équipe interprofessionnelle			5	2	4		6		4	6	4		4		5	9			
<b>Total : N°</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>8</b>		<b>12</b>		<b>8</b>	<b>12</b>	<b>4</b>		<b>8</b>		<b>10</b>	<b>18</b>			
<b>%</b>			<b>100</b>	<b>22</b>	<b>80</b>		<b>67</b>		<b>80</b>	<b>67</b>	<b>40</b>		<b>80</b>		<b>100</b>	<b>100</b>			
<b>Participation intersectorielle</b>																			
43. Développement communautaire			5												5				
44. Éducation			5		4		6		4										
45. Services sociaux			5		4		6		4										
46. Organismes bénévoles							2		4						4	1	4		
<b>Total : N°</b>	<b>20</b>	<b>36</b>	<b>15</b>		<b>8</b>		<b>14</b>		<b>12</b>						<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>		
<b>%</b>			<b>75</b>		<b>40</b>		<b>39</b>		<b>60</b>						<b>48</b>	<b>3</b>	<b>20</b>		

<sup>a</sup> Cours A : Introduction aux soins infirmiers ; communications ; éléments de base des soins infirmiers 1.  
Cours B : Éléments de base des soins infirmiers 2.  
Cours C : Soins à l'individu et à la famille dans la communauté.  
Cours D : Soins infirmiers en cas de maladie grave et chronique.  
Cours E : La femme dans son cycle de fécondité.  
Cours F : Soins infirmiers communautaires.  
Cours G : Soins infirmiers psychiatriques.  
Cours H : Enseignement et formation sanitaires.

<sup>b</sup> T — Théorie ; P — Pratique

Les bons résultats obtenus pour le cours A peuvent s'expliquer par le fait que ce cours élémentaire d'introduction n'aborde la plupart des sujets que superficiellement, et c'est là l'une des faiblesses de ce style de révision des programmes.

Le fait que la pratique ne figure que pour un seul cours de la rubrique « Protection sanitaire de la famille » s'explique probablement par le fait qu'elle fait partie d'autres domaines d'étude, tels que la protection maternelle et infantile et la protection de l'adulte.

Nous avons été fort surpris de constater que la rubrique 38 (Soins de santé primaires) n'avait obtenu que 4 points pour la partie pratique, ce qui nous a amenés à remettre en question la valeur de cette rubrique telle qu'elle est énoncée, car la plupart des expériences pratiques en dehors du milieu hospitalier se situent dans le cadre des soins de santé primaires.

Le tableau A3 est trop détaillé pour permettre une généralisation et a servi principalement à exposer les lacunes spécifiques qu'il est nécessaire de revoir avec chaque professeur. Les tableaux A4 et A5 étaient destinés à récapituler et approfondir ces informations.

Le tableau A4 montre les pourcentages obtenus pour la partie théorique et la partie pratique par

domaine d'étude. Les chiffres ont été calculés en additionnant les résultats obtenus pour chaque cours dans chaque domaine d'étude et en les divisant par le nombre de cours examinés (8). On remarque immédiatement la faiblesse de l'expérience pratique communautaire et il nous semble que les changements à effectuer en priorité doivent se situer au niveau de l'expérience pratique des problèmes de santé courants hors du milieu hospitalier, puisque ceci représente l'élément essentiel des soins de santé primaires. On a déjà exposé plus haut les raisons probables des mauvais résultats, en ce qui concerne la pratique de protection sanitaire de la famille, mais le contenu pratique dans les autres domaines d'étude (à l'exception peut-être des soins dispensés en équipe) demande aussi à être examiné de plus près et développé.

Le tableau A5 s'inspire du tableau 4 figurant à la page 25 de ce guide et récapitule les pourcentages obtenus par la partie théorique (dans tous les domaines d'étude), ainsi que ceux obtenus par la partie pratique et toutes ses composantes dans chaque cours. Il n'est guère possible de développer les composantes pratiques du cours d'introduction aux soins infirmiers et des deux cours de base (cours A et B) à cause de leur nature très spécifique. Le cours C obtient la note la plus élevée pour

**Tableau A4. Moyenne des pourcentages obtenus pour chaque domaine d'étude**

Contenu de cours en rapport avec les soins de santé primaires	Théorie	Pratique
Problèmes de santé courants	44,5	7,25
Protection maternelle et infantile	43,8	10,1
Protection sanitaire de l'adulte	54,1	14,4
Protection sanitaire de la famille	40,4	3,5
Besoins et participation de la communauté	47,5	11,1
Soins en équipe	60	31,9
Participation intersectorielle	30	5,3

**Tableau A5. Etendue de l'enseignement de la santé communautaire dans les cours**

Eléments d'enseignement	Rubriques traitées dans le cours	Note maximum possible	Notes obtenues par chaque cours							
			A <sup>a</sup>	B	C	D	E	F	G	H
Total pour la théorie	No.	230	220	91	96	164	82	105	51	25
	%		95,7	39,5	41,7	71,3	35,6	45,6	22,1	10,8
Total pour la pratique	No.	414	26		111	49	6	69	55	6
	%		6,2		26,8	11,8	1,4	16,6	13,2	1,4
Eléments de pratique										
	Appréciation des besoins	No.	138	26	0	39	14	4	23	21
%			18,8		28,2	10,1	2,8	16,6	15,2	1,4
Mise en œuvre	No.	138	0	0	34	19	2	23	18	2
	%				24,6	13,7	1,4	16,6	13	1,4
Evaluation	No.	138	0	0	38	16		23	16	2
	%				27,5	11,5		16,6	11,5	1,4

<sup>a</sup> Pour l'intitulé des cours, se reporter au tableau A3.

la partie pratique et maintient un bon équilibre entre les diverses composantes pratiques ; et il est, de ce fait, difficile de l'améliorer. Le cours D a besoin d'être renforcé dans le domaine de la pratique communautaire, et ceci pour toutes les composantes ; et une telle évolution semble possible. Le cours E ne comprend virtuellement pas de pratique communautaire, ce qui peut s'expliquer facilement. Dans l'infrastructure de services particulière au pays, les sages-femmes travaillent en milieu hospitalier et, étant donné que ce sont elles qui sont chargées de la plupart des accouchements, la grande majorité des accouchements ont lieu à l'hôpital. Le personnel infirmier de santé publique assure la surveillance prénatale et celle des bébés bien portants ; le cours C comporte donc une partie importante consacrée à la protection maternelle et infantile (voir tableau A3). Toutefois, il nous semble que l'on pourrait développer la pratique communautaire dans le cours E, peut-être en permettant aux élèves de suivre une famille dans la communauté après la naissance à l'hôpital.

Le cours F met l'accent sur l'appréciation d'un problème de santé au sein d'un groupe, l'intervention et l'évaluation et il n'y a aucune possibilité de développer la pratique communautaire, qui atteint déjà son niveau maximum. Une appréciation plus poussée du contenu pratique et théorique du cours G apparaît nécessaire. Nous avons été surpris devant les mauvais résultats obtenus pour le cours H, car l'on pouvait supposer que la formation et l'enseignement sanitaires comportaient un nombre

important d'éléments se rapportant aux soins de santé primaires, sachant que le professeur chargé de ce cours avait reçu une formation orientée vers la santé publique.

Les tableaux A6 et A7 montrent la distribution relative des parties pratiques et théoriques. Ces chiffres ont été obtenus en divisant la note de chaque partie par la note globale obtenue en théorie et en pratique par le domaine d'étude considéré (par exemple, la partie théorique pour l'indidence et la répartition des problèmes de santé courants a obtenu 76 points ; ce résultat a été divisé par la note globale obtenue pour ce domaine d'étude (286), ce qui montre que 26% de la théorie enseignée dans ce domaine d'étude était consacrée à cette question).

La distribution relative de tous les résultats récapitulés dans le tableau A6 montre que c'est la partie « Incidence et répartition » qui obtient le meilleur résultat (24%), devançant de peu la partie « Prévention ». Le plus mauvais résultat (12,8%) concerne la partie « Réadaptation ». Cette tendance se retrouve également dans le domaine des problèmes de santé courants, de la protection maternelle et infantile et de la protection de la famille. Dans le domaine de la protection sanitaire de l'adulte, la partie « Promotion » devance légèrement la partie « Prévention », mais la tendance générale reste sensiblement la même. En revanche, les résultats d'ensemble sont quelque peu différents en ce qui concerne les trois autres domaines d'étude. Il est difficile d'en tirer des conclusions

**Tableau A6. Répartition des notes obtenues pour la théorie de la santé communautaire dans chaque grand domaine d'étude**

Domaine d'étude	Théorie	Répartition des risques	Promotion	Prévention	Soins	Réadaptation	Note globale
Problèmes de santé courants	No. %	76 26,6	55 19,2	73 25,5	48 16,7	34 11,8	286 100%
Protection maternelle et infantile	No. %	37 23,6	33 21	33 21	30 19,1	24 15,3	157 100%
Protection sanitaire de l'adulte	No. %	29 22,3	28 21,5	24 18,5	25 19,2	24 18,5	130 100%
Protection sanitaire de la famille	No. %	18 25,7	15 21,4	17 24,3	13 18,6	7 10	70 100%
Besoins et participation de la communauté	No. %	19 20	25 26,3	25 26,3	17 18	9 9,4	95 100%
Soins en équipe	No. %	11 22,9	11 22,9	11 22,9	11 22,9	4 8,3	48 100%
Participation intersectorielle	No. %	10 20,8	11 22,9	11 22,9	11 22,9	5 10,4	48 100%
Résultats d'ensemble	No. %	200 24	178 21,3	194 23,3	155 18,6	107 12,8	834 100%

**Tableau A7. Répartition des notes obtenues pour la pratique de la santé communautaire dans chaque grand domaine d'étude**

Domaine d'étude	Pratique	Appréciation				Intervention				Evaluation				Total
		Individu	Famille	Groupe	Total	Individu	Famille	Groupe	Total	Individu	Famille	Groupe	Total	
Problèmes de santé courants		15	8	11	34 40,9%	15	3	9	27 32,5%	11	2	9	22 26,5%	83 100%
Protection maternelle et infantile		14	11	7	32 48,4%	7	5	6	18 27,2%	6	5	5	16 24,2%	66 100%
Protection sanitaire de l'adulte		12	9	5	26 41,9%	3	6	5	20 32,2%	8	3	5	16 25,8%	62 100%
Protection sanitaire de la famille		2	2	—	4 40%	2	1	—	3 30%	2	1	—	3 30%	10 100%
Besoins et participation de la communauté		5	4	5	14 35%	5	4	5	14 35%	4	3	5	12 30%	40 100%
Soins en équipe		8	8	2	18 39,1%	6	6	2	14 30,4%	4	6	4	14 30,4%	46 100%
Participation intersectorielle		2	2	—	4 26,7%	3	3	1	7 46,7%	2	2	—	4 26,7%	15 100%
Résultats d'ensemble	No. %	58 18	44 13,7	30 9,3	132 41	47 14,6	28 8,7	28 8,7	103 32	37 11,5	22 6,8	28 8,7	87 27	322 100

car, comme il a été expliqué plus haut, il est très difficile d'évaluer chaque domaine d'étude particulier uniquement en fonction de ces éléments.

Le tableau A7 montre qu'en ce qui concerne la partie pratique, c'est l'« Appréciation » qui a obtenu les meilleurs résultats (41%) et l'« Evaluation » les plus mauvais. Ce schéma vaut pour tous les domaines d'étude, sauf pour celui de la « Participation intersectorielle ».

L'étude des subdivisions selon l'individu, la famille et le groupe montre que les meilleurs résultats se situent au niveau de l'individu. Pour ce qui est de l'« Intervention », les éléments consacrés à la famille et au groupe sont au même niveau, tandis que dans l'« Evaluation », le « Groupe » obtient de meilleurs résultats que la « Famille ». Il convient de noter que le domaine de la protection sanitaire de la famille ne comporte aucune partie pratique au niveau du groupe.

### Résumé de la phase I et remarques complémentaires

D'une façon générale, la révision a permis de faire les constatations suivantes :

1. Une révision des objectifs de l'école était nécessaire. La moitié seulement des caractéristiques souhaitées étaient exposées de façon explicite dans

la philosophie et les objectifs de l'école. Les domaines qui semblaient nécessiter le plus d'attention étaient l'initiative personnelle et la participation communautaire.

2. L'enseignement théorique en rapport avec les soins de santé primaires était relativement satisfaisant et les éléments de théorie semblaient bien équilibrés, y compris ceux concernant l'épidémiologie et les différents niveaux de prévention.

3. Un développement de l'expérience pratique en dehors du milieu hospitalier semblait nécessaire pour presque tous les domaines d'étude, et plus particulièrement pour ce qui était des soins primaires des problèmes de santé courants. C'est la partie pratique de l'« Evaluation » qui s'est révélée être la plus faible et l'expérience pratique au niveau du groupe avait également besoin d'être développée.

Il a été possible de recenser les cours individuels qui semblaient se prêter davantage au changement. Mais il ne faut pas oublier que cela n'a pas pu se faire uniquement en tenant compte des données figurant dans les tableaux. Il a également fallu considérer chaque cours en fonction de l'ensemble du cycle d'études. Finalement, il a été possible de déterminer les possibilités de changement immédiat en discutant des résultats de la révision avec chaque professeur et chaque coordonnateur.

Il peut être utile aussi de remarquer que le processus de révision peut en lui-même entraîner certaines modifications au niveau de chaque cours, les professeurs prenant de plus en plus conscience de ce qu'ils doivent enseigner.

## Phase II : Elaboration du plan de changement

Nous n'avons pu terminer la phase II et nous ne pouvons donc faire état que des premières mesures prises. Dans cette deuxième phase, nous n'avons pas suivi le guide aussi minutieusement que dans la première, car la révision du cycle d'études nous a donné un élan que nous avons jugé bon de suivre.

Les professeurs ont pris conscience des lacunes que comportaient certains cours et certains changements à ce niveau-là sont déjà en route. A l'heure actuelle, les entretiens avec les professeurs se poursuivent, afin d'étudier toutes les possibilités de changement au niveau des cours à partir des résultats de la révision.

Comme il s'est avéré que ce qu'il y avait de plus important était de développer l'expérience clinique dans la communauté, et plus particulièrement dans le domaine des problèmes de santé courants, il a été décidé de donner aux élèves de dernière année la possibilité d'acquérir une expérience clinique dans les centres de soins primaires, car à ce stade, ils sont capables de faire preuve d'une certaine indépendance. Le personnel des services a accueilli les élèves avec empressement, car il savait que

cette présence rehaussait leur prestige, les aidait à améliorer leur service et pouvait servir à attirer des diplômés frais émoulus de l'école.

Le premier groupe d'élèves a récemment terminé cette partie du cours et le rapport présenté à la dernière réunion des professeurs était pleinement satisfaisant. Les élèves ont clairement fait savoir qu'ils avaient le sentiment de pouvoir davantage mettre en pratique ce qu'ils avaient appris que lors d'expériences cliniques antérieures. Une fois de plus, cela montre le fossé qui existe entre la théorie et la pratique, problème qui a été souligné par la révision. Les élèves ont également eu l'impression qu'il aurait été utile, pendant cette période, de suivre une famille donnée et il a été décidé d'accepter cette suggestion, d'autant que la révision montrait que l'élément « famille » avait besoin d'être développé.

Il a également été décidé d'ajouter une brève introduction théorique à cette expérience, ce qui permettra d'intégrer, et de renforcer, les aspects du programme consacrés aux soins de santé primaires.

Nous avons entrepris de coopérer avec les services de soins primaires afin d'élever le niveau des personnels infirmiers en activité grâce à des séances de formation continue en cours de service. On peut espérer que ce processus, assorti d'une formation plus poussée, permettra à certains personnels en activité de guider et d'encadrer les élèves dans les divers contextes de soins de santé primaires.