

## Besoins de formation en santé et droits de l'homme : une enquête dans six pays d'Afrique Francophone

Mpinga EK<sup>1</sup>, Klohn AM<sup>1</sup>, Zesiger V<sup>1</sup>, Freigburghaus F<sup>2</sup>, Jeannot E<sup>1</sup>, Chastonay P<sup>1</sup>

1. Institut de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Genève et Ecole suisse de santé publique, Suisse

2. Direction Suisse d'aide à la coopération et au développement, Berne, Suisse

*Med Trop* 2010; **70** : 497-504

**RÉSUMÉ** • *Objectif.* Cette étude avait pour objectifs d'identifier les besoins de formation perçus par les professionnels de santé (PS) et les non professionnels de santé (NPS) de six pays d'Afrique Francophone dans le but de concevoir et mettre en œuvre un programme de formation dans le domaine de la santé et de droits de l'homme. *Méthodes.* Une enquête par questionnaire auto-administré a été menée en mars et novembre 2007 auprès de 360 PS et NPS du Tchad, République du Congo, République Démocratique du Congo, Mali, Burkina-Faso et Côte d'Ivoire. Résultats. Deux cents quarante-deux questionnaires ont été retournés (67%). Les répondants plébiscitent les connaissances des outils de planification de la santé (87%), des types de violations de droits humains dans les systèmes de santé (85%), des déterminants et facteurs de risque de ces violations en santé publique (80%), des systèmes et mécanismes de protection de droits de l'homme (80%), des techniques du monitoring de ces droits (74%). Ils préfèrent les méthodes d'enseignement mixtes et participatives (60%), et la réalisation des projets concrets comme moyen de validation de la formation (65%). Une homogénéité est observée entre les besoins exprimés par les PS et les NPS. *Conclusion.* Ces résultats suggèrent que les PS et les NPS ont besoin des connaissances et compétences qui leur permettent de prévenir et/ou identifier les problèmes de droits de l'homme survenant dans les systèmes de santé et d'y apporter des réponses adéquates. Les programmes de formation aux droits de l'homme dans les systèmes de santé devraient tenir compte de ces besoins.

**MOTS-CLÉS** • Evaluation. Besoins. Formation. Santé. Droits de l'homme.

### NEED FOR HEALTH AND HUMAN RIGHTS TRAINING: SURVEY IN SIX FRENCH-SPEAKING AFRICAN COUNTRIES

**ABSTRACT** • The purpose of this study was to assess the need of healthcare and non-healthcare professionals for training in the field of health and human rights as a basis for developing relevant education programs. In 2007 a self-administered survey questionnaire was sent to 360 health professionals and human rights activists in Chad, the Democratic Republic of the Congo, the Republic of the Congo, Mali, Burkina-Faso, and Ivory Coast. The response rate was 67% (242/360). The most common training needs involved planning tools (87%), types of human rights violations in health systems (85%), risk factors for human rights violations (80%), and human rights monitoring tools (74%). The preferred training approaches were mixed and participative methods (60%) and practical applications as a means of validation (65%). There was a high degree of homogeneity between the needs expressed by the healthcare and non-healthcare professionals. The findings of this survey indicate that healthcare and non-healthcare professionals wish to obtain the knowledge and skills necessary to prevent and/or identify human rights issues in healthcare systems and to provide adequate responses. Training programs dealing with human rights in healthcare systems should reflect these needs.

**KEY WORDS** • Needs. Assessment. Training. Health and human rights.

L'importance de l'éducation aux droits de l'homme comme une des stratégies de leur protection et promotion est reconnue tant à travers les instruments juridiques internationaux, les programmes de leur mise en œuvre que les activités de plusieurs institutions nationales et internationales (1, 2).

Proclamée en 1993, la décennie des Nations Unies pour l'éducation aux droits de l'homme, achevée en 2004, a conduit à la mise en place du programme mondial de l'éducation aux droits de l'homme (3-5).

Dans ce contexte plusieurs initiatives et programmes de formation aux droits de l'homme ont vu le jour au sein des facultés de médecine, des écoles de santé publique, des facultés de droit et les organisations non gouvernementales (6-8).

Les contenus pédagogiques de ces initiatives, leur niveau d'organisation, les publics visés, les compétences attendues, et leur adéquation aux besoins de terrain n'ont fait l'objet à notre connaissance, ni d'évaluation préalable, ni de validation ultérieure.

Réalisée comme première étape à la mise en place d'un programme de formation des formateurs en santé et en droits humains comprenant des professionnels de santé (PS) et des défenseurs de droits

humains (DDH) de 10 pays d'Afrique Francophone, la présente étude avait pour objectifs d'identifier les besoins en formation ressentis par ces deux catégories de professionnels dans le but de concevoir les modules de formation, choisir les méthodes d'enseignement et définir les modalités d'organisation matérielle de ce programme.

Inspiré des travaux de Monette, le concept de besoins de formation en Santé et Droits de l'homme renvoie à un ensemble de connaissances spécifiques, d'aptitudes et d'attitudes particulières considérées comme importantes à l'accomplissement des fonctions ou des activités de protection et promotion de la santé et des droits de l'homme (9).

En matière d'éducation, et surtout de celle des adultes, l'identification de besoins est une étape cruciale dont les résultats influencent le développement, la pertinence et l'efficacité des programmes (11-14).

### Méthodes

Partant de la définition des besoins de formation ci-dessus, un questionnaire auto-administré a été élaboré avec des éléments relatifs aux compétences nécessaires à la pratique éthique en santé publique (15) selon le modèle de Thomas et la description indicative des rôles, fonctions et activités des défenseurs des droits de

• Correspondance : emmanuel.kabengele@unige.ch

• Article reçu le 02/10/2009, définitivement accepté le 24/09/2010.

l'homme établie par le Haut Commissariat aux Nations Unies aux droits de l'homme (16).

Outre les caractéristiques sociodémographiques des répondants, le questionnaire comporte six parties consacrées aux fonctions jugées importantes dans les activités de santé publique et des droits de l'homme, aux connaissances nécessaires à un meilleur accomplissement de ces tâches, aux aptitudes à développer, aux attitudes à avoir ainsi qu'aux publics cibles pouvant être concernés par ce programme.

La sixième partie porte sur les modalités pédagogiques d'un tel programme à travers des questions relatives aux méthodes d'apprentissage, aux lieux et modalités d'organisation, aux types de formateurs souhaités et à la validation des acquis.

Chaque partie du questionnaire renferme une quinzaine de propositions de réponses.

L'importance du besoin est appréciée à l'aide d'une échelle de Lickert allant de « sans importance » à « extrêmement important » pour chaque proposition.

Le questionnaire a été testé auprès de 36 étudiants du Certificat de santé communautaire de l'Université de Genève et des corrections de fond et de forme ont été apportées à la version initiale. Son administration a été effectuée *via* les responsables des organisations de DDH et des associations de soignants lors de deux missions d'études effectuées dans 6 pays d'Afrique centrale et occidentale (Tchad, République du Congo, République Démocratique du Congo, Mali, Burkina-Faso et Côte d'Ivoire) en mars et novembre 2007.

L'existence d'un réseau d'organisations de DDH, les contacts antérieurs avec les associations de soignants, l'état de droits humains et des systèmes de santé constituent les trois critères principaux utilisés dans le choix de ces pays.

L'analyse de données a été effectuée en trois étapes :

D'abord, les fréquences de réponses aux items ont été regroupées en deux catégories selon qu'elles ont été jugées « sans importance, pas nécessaires et nécessaires » d'une part ; ou « très important, extrêmement important, très nécessaires, extrêmement nécessaires » d'autre part. Ensuite, ces fréquences ont été additionnées et classées en ordre d'importance. Un cut off de plus de 70 % de réponses a été fixé afin de sélectionner les propositions de réponses jugées pertinentes.

Le logiciel Epiinfo 6.04 a servi à construire la base de données. Cette dernière a été exportée vers une nouvelle base de données créée avec l'aide du logiciel Stata 10. Le test de khi carré avec un degré de significativité de 0,05 a été utilisé pour comparer les fréquences observées.

## Résultats

Sur 360 formulaires du questionnaire distribués, 242 (67 %) nous ont été retournés parmi lesquels 4 ont été jugés inexploitable pour diverses raisons (profil incomplet, nombreuses réponses manquantes). L'analyse a porté sur 238 formulaires.

Tableau 1, Profil socio démographique des répondants.

Variabes	Effectifs (%)	Prof santé (%)	Non Prof santé (%)	P
<b>Pays</b>				
Burkina Faso	22 (9,3)	16 (10,6)	6 (6,9)	0,1713
Congo Brazzaville	33 (13,9)	18 (11,9)	15 (17,2)	0,8737
Congo Démocratique	53 (22,4)	42 (27,8)	11 (12,6)	0,0034
Côte d'Ivoire	49 (20,6)	33 (21,9)	16 (18,4)	0,2623
Mali	31 (13,0)	18 (11,9)	13 (14,9)	0,7476
Tchad	49 (20,7)	23 (15,2)	26 (29,9)	0,9965
ND	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0,0)	
<b>Sexe</b>				
Masculin	140 (58,8)	86 (57)	54 (62,1)	0,78
Féminin	97 (40,8)	64 (42,4)	33 (37,9)	0,2504
ND	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0,0)	
<b>Age</b>				
35 ans	68 (28,5)	37 (24,5)	31 (35,6)	0,9664
36-45ans	79 (33,1)	52 (34,4)	27 (31,0)	0,2957
46-55 ans	68 (28,5)	46 (30,5)	22 (25,3)	0,1973
56 ans et +	13 (5,5)	12 (7,9)	1 (1,1)	0,0131
ND	10 (4,2)	4 (2,6)	6 (6,9)	0,9421
<b>Etat civil</b>				
Marié	138 (58)	97 (64,2)	41 (47,1)	0,005
Célibataire	78 (32,8)	41 (27,2)	37 (42,5)	0,9925
Veuf	13 (5,5)	9 (6,0)	4 (4,6)	0,328
Divorcé	8 (3,3)	4 (2,6)	4 (4,6)	0,7891
ND	1 (0,4)	0	1 (1,1)	
<b>Confessions religieuses</b>				
Chrétienne	181 (76)	119 (78,8)	62 (71,3)	0,0946
Musulmane	46 (19,3)	25 (16,6)	21 (24,1)	0,9231
Autres (animiste, athée)	11 (4,6)	7 (4,6)	4 (4,6)	0,4946
<b>Expérience professionnelle</b>				
< 1 an	8 (3,3)	6 (4,0)	2 (2,3)	0,245
1-10 ans	96 (40,3)	54 (35,8)	42 (48,3)	0,971
11-20 ans	65 (27,3)	47 (31,1)	18(20,7)	0,0409
21-30 ans	51 (21,4)	38 (25,2)	13 (14,9)	0,0324
ND	18 (7,7)	6 (4,0)	12 (13,8)	0,9971
<b>Lieu de vie</b>				
Capitale	233 (98)	146 (96,7)	87 (100)	0,8472
Intérieur	5 (2)	5 (3,3)	0 (0)	

## Caractéristiques sociales et démographiques des répondants

Elles sont synthétisées dans le tableau 1.

Il s'agit d'une population majoritairement jeune (41 ans en moyenne) composée pour 60 % environ de personnes de sexe masculin. La même proportion est mariée et est de confession chrétienne. Six sur dix (63 %) environ sont des professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires) ; le reste comprend des non professionnels de santé défenseurs de droits de l'homme (magistrats, avocats, journalistes, spécialistes en sciences humaines et sociales). Leur expérience professionnelle est en moyenne de 13,4 ans ( $\pm$ ). La quasi-totalité vit dans les capitales de leur pays.

Quelques différences sont perceptibles dans la composition de ce groupe entre les deux catégories. Alors que moins de la moitié (47,1 %) des NPS sont mariés, cette proportion est de 64,2 % en ce qui concerne les PS. De même, la proportion de personnes disposant d'une longue expérience professionnelle (11-20 ans) est de 25,2 % parmi les PS contre 15 % dans le groupe des NPS.

## Fonctions importantes, connaissances nécessaires, aptitudes et attitudes à développer

Dix-huit propositions avaient été soumises aux répondants. Elles portent sur la planification des activités, la détermination des besoins, la communication, la négociation avec les acteurs concernés, la gestion des structures, la réhabilitation des victimes, la recherche, la collaboration avec des structures nationales et internationales.

Les réponses fournies montrent une concentration de l'intérêt des répondants aux fonctions de :

- planification des activités en vue de déterminer les besoins de santé publique (87,4 %) et de priorités de protection des droits humains (87,2 %);
- formation aux stratégies et techniques d'intervention (75,1 %);
- réhabilitation des victimes de violations de droits humains (75,2 %).

Afin d'accomplir ces fonctions, certaines connaissances sont nécessaires. Dix-sept propositions portant sur les théories générales en santé publique et droits de l'homme, les systèmes et mécanismes de protection de droits de l'homme, les déterminants et facteurs de risque de problèmes de santé et de droits de l'homme, la pédagogie des adultes, le monitoring des droits humains, les techniques de négociation ont été présentées aux répondants. Ces derniers privilégient les connaissances sur :

- les violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé (85 %);
- les déterminants et facteurs de risque en santé publique (80,2 %);
- les systèmes et mécanismes de protection de droits humains (79,9 %);
- les méthodes de collecte et analyse des données (76,1 %);
- les déterminants et facteurs de risque en droits de l'homme (73,7 %);
- le monitoring de l'état de santé et des droits de l'homme (74,1 %);
- la planification des projets de santé et des droits de l'homme (68,4 %).

Au delà de ces connaissances, des aptitudes, c'est-à-dire des capacités à conduire, réaliser ou évaluer des tâches sont requises. Treize propositions formulées en verbes d'action ont été élaborées.

Elles concernent les capacités à prévenir les risques d'atteinte aux droits humains, à utiliser ces derniers comme des outils de promotion de la santé, à utiliser les données sanitaires dans la promotion des droits humains, à élaborer et mettre en œuvre des projets, à rechercher, critiquer, analyser et publier les informations, évaluer les pair(e)s et /ou s'auto-évaluer.

Les répondants ont mis l'accent sur les capacités à :

- prévenir les risques d'atteintes aux droits de l'homme dans les systèmes de santé (80,3 %);
- diagnostiquer l'état des droits humains / et les situations de santé (79,3 %);
- identifier et utiliser les sources de financement (76,2 %);
- utiliser les droits humains comme outil de promotion santé (73,8 %).

Comme dans d'autres domaines d'activités humaines, les seules compétences techniques et les connaissances théoriques ne suffisent pas à rendre les actions pertinentes ou efficaces. Des manières d'être, de penser, de prendre position, de réagir face à un événement, à un objet ou à un fait spécifiques sont autant utiles que nécessaires.

Quinze propositions parmi lesquelles l'humilité, l'esprit de justice, l'esprit de sacrifice, le sens d'organisation, la tolérance, la persuasion ont été soumises à l'opinion des répondants.

Dans l'ensemble, les opinions formulées mettent en exergue :

- l'esprit de justice (85,4 %);
- l'équité (77,5 %);
- la responsabilité (72,4 %);
- la droiture (72,4 %);
- l'amour de la vérité (71,3 %).

Enfin, une autre question a porté sur les publics cibles auxquels un tel programme de formation pourrait s'adresser. A côté des PS et des DDH, d'autres groupes (les autorités judiciaires, les parlementaires, les associations des patients, les assureurs, les guérisseurs, les journalistes...) avaient été proposés aux répondants. Leur avis est qu'une formation en santé et droits humains s'adresse prioritairement aux défenseurs de droits humains (93,4 %) et aux professionnels de santé (85,6 %).

Le tableau 2 présente l'ensemble de ces résultats.

## Modalités pédagogiques d'un programme de formation en santé et droits humains

Hormis son contenu, le succès d'un programme de formation dépend aussi des conditions d'organisation. Celles-ci concernent les méthodes d'apprentissage, le profil des formateurs, les lieux du déroulement des activités, la validation des acquis etc.

Les répondants à cette enquête souhaitent les méthodes mixtes (60,5 %), l'apport combiné des experts locaux et internationaux (92,9 %), l'alternance de sites de formation (69,3 %) et la réalisation d'un projet concret dans le domaine de la santé et de droits humains (65,5 %) comme mode de validation des acquis.

## Opinions des professionnels et des non professionnels de santé

Globalement, les résultats de l'étude montrent une homogénéité des opinions exprimées par les deux groupes (tableau 2).

Les rares différences d'opinion statistiquement significatives ( $p=0.0445$ ) portent sur le fait que les professionnels de santé sont plus demandeurs des connaissances sur les déterminants et facteurs

Tableau 2, Fonctions importantes, connaissances nécessaires, aptitudes et attitudes à développer dans le domaine de la santé et de droits de l'homme,

	Ensemble	Professionnels de santé	Non Professionnels de santé	P values
			Taux en %	
<b>Fonctions jugées importantes</b>				
Détermination des besoins de santé publique	87,4	88,7 %	86,2 %	0,2853
Identification des priorités de protection/santé	87,2	89,4 %	85,0 %	0,159
Détermination des besoins de protection des dh	80,9	76,8 %	83,9 %	0,9039
Formation aux stratégies et techniques	75,1	76,8 %	73,5 %	0,2841
Réhabilitation des victimes	75,4	72,8 %	78,1 %	0,8176
<b>Connaissances jugées nécessaires</b>				
Violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé	85,0	82,7 %	87,3 %	0,8268
Déterminants et facteurs de risque en santé publique	80,2	84,7 %	75,8 %	0,0445
Systèmes et mécanismes de protection des ddh	79,9	79,5 %	80,4 %	0,5662
Méthodes de collecte et analyses des données	76,1	74,1 %	78,1 %	0,7554
Déterminants et facteurs de risque en droits de l'homme	73,7	77,4 %	70,1 %	0,106
Monitoring de l'état de santé et des ddh	74,1	74,8 %	73,5 %	0,4125
Planification des projets de santé et des ddh	68,4	74,8 %	62,0 %	0,0189
<b>Aptitudes à développer</b>				
Diagnostiquer l'état des ddh/ situation de santé	79,3	82,8 %	75,9 %	0,0988
Prévenir les risques d'atteintes aux ddh en SP	80,3	76,8 %	83,9 %	0,9039
Identifier et utiliser les sources de financement	76,2	78,8 %	73,6 %	0,1797
Utiliser les ddh comme outil de promotion santé	73,8	74,1 %	73,6 %	0,4663
<b>Attitudes à développer</b>				
Esprit de justice	85,4	83,4 %	87,4 %	0,7965
Equité	77,5	76,8 %	78,2 %	0,5981
Responsabilité	73,3	75,5 %	71,2 %	0,2334
Droiture	72,4	74,8 %	70,1 %	0,2156
Amour de la vérité	71,3	66,9 %	75,8 %	0,9258
<b>Public cibles</b>				
Défenseurs de droits de l'homme	93,4	92,7 %	94,2 %	0,6715
Professionnels de santé	85,6	81,5 %	89,7 %	0,9538
<b>Méthodes de travail</b>				
<b>Méthodes (une seule réponse)</b>				
Combinaisons des méthodes	60,3	60,9 %	59,8 %	0,4336
Séminaires et ateliers	18,0	19,9 %	16,1 %	0,2336
Apprentissage par résolutions de problèmes	5,7	7,9 %	3,5 %	0,0891
Etude de cas	5,3	7,3 %	3,4 %	0,1089
Exposés magistraux	2,5	2,7 %	2,3 %	0,4253
Sans opinion	0,6	1,3 %	0,0 %	
<b>Lieux et modalités d'organisation (plusieurs réponses)</b>				
Localement et à l'étranger de manière alternée	68,5	71,5 %	65,5 %	0,1669
A l'étranger auprès des institutions Internationales	36,3	35,8 %	36,8 %	0,5614
Localement	24,7	31,1 %	18,4 %	0,0162
Uniquement par les Nouvelles technologies de communication	13,4	7,3 %	19,5 %	0,9976
Sans opinion	0,9	0,7 %	1,2 %	0,6544
<b>Formateurs (une seule réponse)</b>				
Experts locaux et internationaux	92,9	92,7 %	93,1 %	0,5459
Experts internationaux uniquement	5,6	6,6 %	4,6 %	0,2636
Experts locaux uniquement	0,5	0,0 %	1,1 %	
Sans opinion	0,8	0,6 %	1,1 %	0,0254
<b>Validations des Acquis (plusieurs réponses)</b>				
Réaliser un projet de protection Santé et DH	64,7	67,5 %	62,0 %	0,195
Rédiger un défendeur un mémoire	34,4	34,4 %	34,5 %	0,5062
Réussir un examen final	28,1	25,2 %	31,0 %	0,8332

de risque en santé publique que les non professionnels de santé (75,8 %) et de celles nécessaires à la planification des projets (74,8 % contre 62 %,  $p=0,0189$ ). L'on observe aussi à propos des lieux de formation que les NPS sont moins nombreux (18,4 %) que les PS (31,1 %) à soutenir l'idée d'un programme de formation organisé localement ( $p=0,0162$ ).

### Facteurs explicatifs des opinions exprimées

Si les résultats présentés ci-dessus ont permis d'identifier les besoins de formation tels qu'exprimés par ce collectif, il reste utile de s'interroger sur les effets des caractéristiques personnelles des répondants sur leurs opinions. Celles-ci ne semblent pas être influencées ni par le sexe ni par l'âge des répondants dans l'ensemble.

En revanche, l'on observe que :

- Parmi les répondants demandeurs des connaissances sur la détermination des besoins de protection en droits de l'homme, les PS totalisant 11-20 ans d'expérience sont plus nombreux (36,6 %) que les NPS (17,8 %) de même catégorie ( $p=0,0011$ );

- Les PS de confession chrétienne (88 %) sont davantage intéressés par les connaissances dans le domaine de la réhabilitation des victimes de violations des droits de l'homme que les NPS de même confession (78,9 %,  $p=0,0266$ );

- Cependant, la confession religieuse déterminerait moins les opinions des répondants quant aux aptitudes à développer et attitudes à acquérir dans un programme de formation en santé et droits de l'homme. Tant auprès des répondants musulmans que chrétiens, les différences d'opinion exprimées paraissent dépendre plus de leur catégorie socioprofessionnelle que de leur confession (tableau 3).

---

## Discussion

---

Les résultats de cette étude montrent d'abord une concentration des besoins de formation exprimés autour d'outils de santé publique et des connaissances en droits humains qui permettent (a) d'identifier les atteintes aux droits humains dans les systèmes de santé, (b) d'en analyser les causes (c) d'y répondre par des projets concrets.

L'intérêt marqué des répondants pour les connaissances et utilisation des outils de planification résulterait du poids relativement dominant des professionnels de santé dans ce groupe (59,7 %) d'une part et du rôle prépondérant de la fonction et des activités de planification stratégique dans la conduite des projets d'autre part. L'expérience Sud africaine dans ce domaine indique que la capacité à planifier des projets est reconnue comme une des compétences importantes dans les curricula de formation des infirmières aux droits de l'homme (17).

Ensuite, la forte homogénéité observée est une autre caractéristique des opinions exprimées. Elle découlerait de l'exposition des répondants aux mêmes réalités tant dans les systèmes de santé que dans le domaine de droits humains. Les systèmes de santé de ces pays sont marqués par le poids de mêmes pathologies et celui de l'héritage colonial, l'absence de mécanismes de sécurité sociale, la typologie de soins, les volontés programmatiques, l'empreinte des institutions internationales, la dépendance financière aux budgets des Etats, le même modèle de formation de professionnels de santé, et le recours aux médecines traditionnelles (18-20).

Quant à l'état des droits humains, il est jugé préoccupant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du continent (21, 22).

Enfin, les caractéristiques personnelles des répondants semblent n'avoir pas d'effet discriminant sur les opinions exprimées à l'exception de l'appartenance religieuse et de l'expérience professionnelle pour certaines connaissances, aptitudes et attitudes attendues.

Dans une étude des attitudes des médecins et étudiants en médecine face aux soins à prodiguer aux patients immigrés, Hudelson *et al.* soutiennent le fait que ces attitudes sont associées aux caractéristiques personnelles des répondants et à leur expérience professionnelle (23). Etudiant les facteurs qui influencent les attitudes des médecins suisses vis-à-vis du secret médical, Elger constate que les médecins totalisant plus de 20 ans d'expérience professionnelle identifiaient plus facilement les violations de ce secret que ceux qui en étaient dépourvus (24).

La catégorie professionnelle (PS ou NPS) constitue le facteur discriminant des attitudes des répondants de même confession. Les différences des attitudes et perceptions entre professionnels et autres catégories de population sont largement connues tant au plan clinique qu'en santé publique. L'étude de Garson *et al.* rapporte des différences de perception de la qualité de soins entre médecins et parents des patients des services de cardiologie pédiatrique dans 9 pays occidentaux (25). De même, Furlow *et al.* concluent à l'existence des différences d'attitudes concernant l'efficacité des médecines complémentaires et alternatives entre médecins et patients à partir de données d'une enquête menée dans les services de gynécologie et obstétrique dans le Michigan. Les médecins ont une attitude plus positive vis-à-vis de ces médecines que les patientes (26). Dans le domaine de la santé et de droits de l'homme, une enquête menée en 2003 met en évidence les différences de perceptions entre PS et défenseurs de droits de l'homme concernant la gravité des problèmes de droits de l'homme pouvant affecter la santé. Dans cette étude, les discriminations, violences et intolérances sont perçues comme causes des problèmes de santé par 81,3 % des médecins contre 66 % des défenseurs des droits de l'homme (27).

L'influence de la religion sur les perceptions et attitudes des professionnels de santé ne fait pas l'objet d'unanimité. Pour les uns, la religion influence ces attitudes en particulier devant les décisions touchant à l'avortement ou à la fin de vie, tandis que pour d'autres, elle n'affecterait de telles décisions, pas plus qu'elle n'expliquerait l'engagement des médecins à œuvrer auprès des personnes défavorisées (28-30).

Les modalités pédagogiques souhaitées (méthodes, sites, facilitateurs) indiquent un double besoin : l'ancrage de la formation dans les réalités sociales vécues et le besoin d'ouverture au contexte international. Le rejet des exposés magistraux comme méthode d'apprentissage au profit de l'apprentissage par résolution des problèmes, études de cas et séminaires ateliers semble traduire un choix orienté vers la participation et l'activité. En éducation des adultes, soutient-on, la méthode active est la méthode de choix. L'adulte apprend dans la mesure où il est actif, où on fait appel à ce qu'il connaît et à ses expériences, et où le contexte dans lequel il apprend ressemble au contexte qui sera le sien lorsqu'il utilisera ce qu'il aura appris, où l'enseignant se soucie non pas de ce qu'il enseigne mais de ce que l'apprenant apprend (31).

Au-delà de sa nature exploratoire, cette étude souffre de trois principales limites.

Sur le plan méthodologique, relevons deux biais possibles de représentativité dus au mode d'administration du questionnaire et à la concentration urbaine des répondants. Si le recours aux responsables d'associations de PS et de DDH a eu pour avantage

Tableau 3. Facteurs explicatifs de besoins et attitudes des répondants (I).

	Variables explicative	Professionnels de santé	Non Professionnels de santé	P values
		Taux en %	Taux en %	
<b>Fonctions jugées importantes</b>				
Propositions				
Détermination des besoins de santé publique	Masculin	63,0 %	57,3 %	0,1927
	Féminin	37,0 %	42,7 %	0,8073
Identification des priorités de protection/santé	Masculin	55,2 %	59,5 %	0,7405
	Féminin	44,8 %	40,5 %	0,2595
Détermination des besoins de protection des dh	exper prof '1-10 ans	41,4 %	43,6 %	0,6409
	11-20 ans	36,6 %	17,8 %	0,0011
	21-40 ans	22,1 %	38,6 %	0,9968
Réhabilitation des victimes	Chrétienne	88,0 %	78,9 %	0,0266
	Musulmane	12,0 %	21,1 %	0,9697
<b>Connaissances jugées nécessaires</b>				
Systèmes et mécanismes de protection des ddh	Masculin	53,8 %	58,6 %	0,7635
	Féminin	46,2 %	41,4 %	0,2365
Planification des projets de santé et des ddh	Chrétienne	86,0 %	79,5 %	0,096
	Musulmane	14,0 %	20,5 %	0,904
<b>Aptitudes à développer</b>				
Identifier et utiliser les sources de financement	Chrétienne	87,0 %	74,6 %	0,0077
	Musulmane	13,0 %	25,4 %	0,0154
Utiliser les ddh comme outil de promotion santé	Chrétienne	87,5 %	76,2 %	0,0121
	Musulmane	12,5 %	23,8 %	0,0177
<b>Attitudes à développer</b>				
Droiture	Marié	73,3 %	57,1 %	0,0051
	Célibataire	26,7 %	42,9 %	0,0158
Amour de la vérité	Marié	70,2 %	54,2 %	0,0065
	Célibataire	29,8 %	45,8 %	0,0131

Tableau 3. Facteurs explicatifs de besoins et attitudes des répondants (II)

	Professionnels de santé	Non Professionnels de santé	P values
	Taux en %	Taux en %	
<b>Fonctions jugées importantes</b>			
Détermination des besoins de santé publique	88,7 %	86,2 %	0,2853
Identification des priorités de protection/santé	89,4 %	85,0 %	0,159
Détermination des besoins de protection des dh	76,8 %	83,9 %	0,9039
Formation aux stratégies et techniques	76,8 %	73,5 %	0,2841
Réhabilitation des victimes	72,8 %	78,1 %	0,8176
<b>Connaissances jugées nécessaires</b>			
Violations des droits de l'homme dans les systèmes de santé	82,7 %	87,3 %	0,8268
Déterminants et facteurs de risque en santé publique	84,7 %	75,8 %	0,0445
Systèmes et mécanismes de protection des ddh	79,5 %	80,4 %	0,5662
Méthodes de collecte et analyses des données	74,1 %	78,1 %	0,7554
Déterminants et facteurs de risque en droits de l'homme	77,4 %	70,1 %	0,106
Monitoring de l'état de santé et des ddh	74,8 %	73,5 %	0,4125
Planification des projets de santé et des ddh	74,8 %	62,0 %	0,0189
<b>Aptitudes à développer</b>			
Diagnostiquer l'état des dh/ situation de santé	82,8 %	75,9 %	0,0988
Prévenir les risques d'atteintes aux dh en SP	76,8 %	83,9 %	0,9039
Identifier et utiliser les sources de financement	78,8 %	73,6 %	0,1797
Utiliser les ddh comme outil de promotion santé	74,1 %	73,6 %	0,4663
<b>Attitudes à développer</b>			
Esprit de justice	83,4 %	87,4 %	0,7965
Equité	76,8 %	78,2 %	0,5981
Responsabilité	75,5 %	71,2 %	0,2334
Droiture	74,8 %	70,1 %	0,2156
Amour de la vérité	66,9 %	75,8 %	0,9258
<b>Public cible</b>			
Défenseurs de droits de l'homme	92,7 %	94,2 %	0,6715
Professionnels de santé	81,5 %	89,7 %	0,9538

Tableau 4. Structure et contenu d'un programme de formation en santé et droits de l'homme.

Besoins Exprimés	Modules de formation	Perspectives d'analyses	Méthodes de travail
Identifier les violations de ddh dans les systèmes de santé	- Introduction générale aux ddh - Historique de santé et de ddh - Problèmes majeurs de ddh dans les systèmes de santé	Globale, régionale et locale Globale, régionale et locale Globale, régionale et locale	Exposés et lectures dirigées
Prévenir, protéger et promouvoir les droits de l'homme dans les systèmes de santé	- Systèmes et mécanismes de protection de ddh - Institutions nationales de protection de ddh - Stratégies de prévention et protection des ddh	Globale, régionale et locale	Exposés et lectures dirigées Visite guidées d'une IND
Analyser les déterminants et facteurs de risque en santé publique et droits de l'homme	- Liens entre santé et droits de l'homme - Epidémiologie appliquée aux ddh - Dimensions socio culturelles de la santé et ddh	Globale, régionale et locale	Exposés et Etudes de cas
Monitoring des droits de l'homme	- Méthodes de recherche en santé et ddh - Indicateurs de mise en œuvre des ddh	Globale, régionale et locale Globale, régionale et locale	Lectures dirigées et travaux de groupe
Identifier les besoins en santé et ddh	- Planification, mise en œuvre et évaluation des projets	Locale	Travaux de groupe et Etudes de cas
Attitudes à développer en santé et ddh	- Ethique – santé et ddh - Déontologie professionnelle	Globale Globale	Exposés et Etudes de cas Exposés et Etudes de cas
Communiquer en santé publique et en ddh*	- Rédaction scientifique et correspondance	Globale et locale	Etudes de cas (journal club)
Négocier avec les acteurs (autorités, partenaires..)*	- Techniques de négociation	Globale, régionale et locale	Exposés, Jeux de rôle
Valider les acquis	- Stage professionnel - Rédaction d'un mémoire	Régionale, locale Locale, régionale, globale	Observation, analyse critique A choix selon le sujet
Evaluer le programme			Enquête auprès des personnes formées et de leurs institutions

\* Compléments.

d'identifier les participants à l'enquête, il a pour inconvénient le fait que les ces derniers soient déjà sensibles à la problématique étudiée ; leurs opinions pourraient dès lors s'écarter de celles d'autres professionnels de santé.

L'absence des PS et NPS vivant à l'intérieur des pays confinerait les résultats de cette étude aux besoins de répondants urbains. Une telle assertion mérite d'être relativisée en raison d'un déséquilibre connu dans la répartition du personnel de santé entre les milieux urbains et ruraux. Au Burkina-Faso par exemple, une étude de la Banque mondiale estime que 54 % des médecins, 59 % pharmaciens sont concentrés dans les deux principales villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) qui comptent 10 % de la population (32).

Une seconde limite est relative à l'outil de collecte d'informations utilisé. Les résultats obtenus par une enquête transversale servent à identifier les besoins perçus par les répondants, ils n'apportent pas une compréhension approfondie des motivations justificatives des choix opérés. D'autres études de type qualitatif (focus group, entretiens semi-dirigés, etc.) pourraient apporter ce genre d'éclairages. Rappelons aussi que comme dans d'autres situations, les besoins de formation et l'importance qui leur est accordée peuvent varier selon le groupe de population, tels les experts, décideurs politiques, et surtout les victimes (33, 34).

A l'inverse, le caractère systématique du processus d'élaboration du questionnaire est l'un des points forts de ce travail. La démarche utilisée a tenu compte des étapes exigées pour l'évaluation de besoins de formation à savoir l'identification des fonctions et tâches, de compétences nécessaires, des attitudes à développer et des modalités d'organisation pédagogique et matérielle du programme (30).

Par ailleurs, une autre contribution qu'apporte cette étude réside dans la mise à disposition de l'outil d'évaluation des besoins de formation dans le domaine de la santé et de droits humains. Son application à d'autres contextes permettra de l'affiner, de le généraliser et ainsi le valider.

## Contenu d'un programme de formation en santé et droits de l'homme

L'intérêt pédagogique de l'évaluation des besoins est d'élaborer ou de proposer une structure et un contenu de programme de formation basé sur ces besoins ou susceptible d'y répondre. Le tableau 4 présente une proposition d'un tel programme dont la structure comprend :

- les types de besoins ;
- les unités d'enseignements regroupées en modules et se rapportant à chaque type de besoins,
- les perspectives à prendre en compte dans les analyses et activités pédagogiques ;
- les méthodes de travail ;

A titre d'exemple, le besoin de connaissances utiles à la prévention, à la protection et à la promotion des droits de l'homme exige des apports théoriques, des lectures dirigées et des visites auprès des institutions nationales ou internationales de protection des droits de l'homme.

Les enseignements portant sur les systèmes et mécanismes de protection des droits de l'homme ; sur la nature, le rôle des institutions nationales de droits de l'homme et sur les stratégies de protection de ces droits apporteront des connaissances utiles aux apprenants.

La flexibilité dans l'organisation (calendrier, volume horaire des activités) doit être encouragée. Les différences de deux cultures scientifiques et professionnelles (sciences juridiques et sciences de la santé) sur lesquelles repose le programme peuvent induire des difficultés dont il faut tenir compte dans la mise en œuvre d'un tel programme.

## Conclusion

Les résultats de cette étude traduisent l'existence d'énormes besoins de formation dans le domaine de la santé et de droits de

l'homme auprès des PS et NPS en Afrique francophone. Ils suggèrent l'inexistence d'enseignements de ce type aussi bien dans les programmes de formation de base que dans la formation continue de ces professionnels. Ils plaident pour une intégration des professionnels de santé dans les programmes nationaux de protection et promotion de droits de l'homme.

Les ordres nationaux et associations des PS et NPS ont une responsabilité sociale dans l'organisation, la motivation à la participation de leurs membres et la reconnaissance des acquis de ce type de formation. Les États devraient stimuler et ou soutenir de tels programmes en réponse à leurs obligations nationales et internationales de prévenir, protéger et promouvoir les droits de l'homme.

## Références

- Préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.
- Une approche de l'éducation pour tous, fondée sur les droits de l'homme. Rapport, Unesco-Unicef, Paris- New York, 2007, 159 p.
- Nations Unies. Assemblée générale. Conférence mondiale sur les droits de l'homme. Déclaration et programme d'action de Vienne. A / Conf 157/23 du 12 juillet 1993.
- Nations Unies. Assemblée générale. Plan d'action. Programme mondial en faveur de l'éducation aux droits de l'homme. Première phase. Res 59/113 Bdu 14 juillet 2005.
- Nations Unies. Assemblée générale. Décennie des Nations Unies pour l'éducation dans le domaine des droits de l'homme (1995-2004) A/55/360.
- Cotter EL, Chevrier J, El-Nachef WN, Radhakrishna R, Rahangdale L, Weiser SD *et al.* Health and human rights education in US schools of medicine and public health: current status and future challenges. *PLoS One* 2009 ; 4 : e4916.
- Iacopino V. Teaching human rights in Graduate Health Education. Health and Human Rights Curriculum Project. APHA- CFXB, Boston 2002.
- Claudot F, Van-Baaren Baudin AJ, Chastonay P. Enseignement de l'éthique et des Droits de l'Homme en Europe. *Sante Publique* 2006 ; 1 : 85-90.
- Monette ML. The concept of educational need : analysis of selected literature. *Adult Education Quarterly* 1977 ; 27 : 116-27.
- Lapointe. JJ. La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation : une approche systémique. PUQ ed, 1992, Sillery Québec, 307 p.
- Guilbert JJ Vers une formation pertinente des personnels de santé, pourquoi cela prend-t-il du temps ? *Pedagogie Medicale* 2003 ; 4 : 35-41.
- Winfred A Jr, Winston B Jr. Effectiveness of training in organizations: A meta-analysis of design and evaluation features. *J Appl Psychol* 2003 ; 88 : 234-45.
- Bartee TR, Winnail SD, Olsen SE, Diaz C, Blevens JA. Assessing competencies of the public health workforce in a frontier state. *J Community Health* 2003 ; 28 : 459-69.
- Knox LM, Spivak H. What health professionals should know: core competencies for effective practice in youth violence prevention? *Am J Prev Med* 2005 ; 29 : 191-9.
- Thomas JC. Skills for the ethical practice of public health. *J Public Health Manag Pract* 2005 ; 11 : 260-1.
- Les défenseurs des droits de l'Homme: protéger le droit de défendre les droits de l'homme. Genève : Haut Commissariat aux droits de l'homme, 2004, fiche d'information n°29, 56 p.
- London L, Baldwin-Ragaven L. Human rights and health: challenges for training nurses in South Africa. *Curationis* 2008 ; 31 : 5-18.
- Gobbers D, Pichard E. L'organisation du système de santé en Afrique de l'ouest. *ADSP* 2000 ; 30 : 35-42.
- Canone F. Transferts Nord-Sud et adéquation des apprentissages professionnels. *Sante Publique* 2007 ; Sup 1 : S97-106.
- Richard V. Le financement de la santé en Afrique Sub-saharienne le recouvrement des coûts. *Med Trop* 2004 ; 64 : 337-40.
- Union Interfricaine des Droits de l'Homme. Les droits de l'homme en Afrique. Rapport 2004-2005, Ouagadougou 2006.
- Amnesty International. La situation des droits humains dans le monde. Rapport 2006.
- Hudelson P, Perron NJ, Prneger TV. Measuring physicians and medical students attitudes toward caring for immigrant. *Eval Health Prof.* 2010 en cours de publication.
- Elger BS. Factors influencing attitudes towards medical confidentiality among Swiss physicians. *J Med Ethics* 2009 ; 35 : 517-24.
- Garson A Jr, Yong MC, Yock CA, McClellan MB. International differences in patient and physician perceptions of « high quality » healthcare: a model from pediatric cardiology. *Am J Cardiol* 2006 ; 97 : 1073-5.
- Furlow ML, Patel DA, Sen A, Liu JR. Physician and patient attitudes towards complementary and alternative medicine in obstetrics and gynaecology. *BMC Complement Altern Med* 2008 ; 8 : 35.
- Mpinga EK, Chastonay P Santé et droits humains : perceptions de leurs défenseurs et des professionnels de santé. *Sante Publique* 2005 ; 17 : 371-83.
- Marshall SL, Gould D, Roberts J. Nurses' attitudes towards termination of pregnancy. *J Adv Nurs* 2006 ; 20 : 567-76.
- Wenger NS, Carmel S. Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt Sinai J Med* 2004 ; 71 : 335-43.
- Curlin FA, Dugdale LS, Lantos JD, Chin MH. Do religious physicians disproportionately care for the underserved. *Ann Fam Med* 2007 ; 5 : 353-60.
- Jean P Pour une planification méthodique des activités de formation. *Pédagogie médicale* 2001 ; 2 : 101-7.
- Banque Mondiale, Santé et pauvreté au Burkina-Faso. Rapport. Washington DC, 2003.
- Curran VR, Keegan D, Parsons W, Rideout G, Tannenbaum D, Dumoulin N *et al.* A comparative analysis of the perceived continuing medical education needs of a cohort of rural and urban Canadian family physicians. *Can J Rural Med* 2007 ; 12 : 161-6.
- Gould D, Kelly D, Goldstone L, Maidwell A. The changing training needs of clinical nurse managers: exploring issues for continuing professional development. *J Adv Nurs* 2001 ; 34 : 7-17.