

# Etude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé pour une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de santé

*Study on management and development of human resources for health for a better adequacy between training and expected competences of health professionals*

**F. Parent**

Unité de Promotion Education Santé (U.L.B.-PROMES), Département d'Epidémiologie et Promotion de la Santé, Ecole de Santé Publique, U.L.B.

## RESUME

*L'adéquation des programmes à leurs contextes d'application et le renforcement des compétences des professionnels sont les questions centrales posées par cette recherche à travers la mise en œuvre de l'approche par compétences et des pédagogies actives.*

*Les finalités sont la mise en évidence des mécanismes, facteurs et visions nécessaires à l'amélioration de la formation (initiale et continuée) des professionnels de santé d'une part et la promotion d'un " enseignement - apprentissage " favorable à l'intégration des critères de qualité des soins visés par la santé publique et les principes d'actions de promotion de la santé d'autre part.*

*D'entrée de jeu, on sait que la problématique des ressources humaines en santé est complexe. C'est ainsi que cette recherche développe des cadres conceptuels pour décoder la réalité et cerner les limites de ses actions. L'analyse des différents niveaux d'adéquations, entre formation, normes et réalités vécues par les professionnels est questionnée tandis que la formation est appréhendée comme voie d'entrée à l'innovation, elle-même levier de changements dans la gestion des ressources humaines en santé. L'importance du processus et de la représentativité des acteurs concernés par le changement est analysée, mettant en évidence plus particulièrement la nécessité d'une appropriation dès le départ de la construction d'un cadre de référence (référentiel de compétences) et de sa mise en œuvre par les enseignants et les équipes de directions aux différents niveaux institutionnels.*

*Rev Med Brux 2008 ; 29 : 46-53*

## ABSTRACT

*The adequacy of programs to their context of application and the reinforcement of professionals' competences are the central questions proposed in this research through the setting up of competency-based approach and active pedagogies. The finality is to evidence the mechanisms, factors and necessary visions for the improvement of the training (initial and on-going) of health professionals and the promotion of a «teaching-learning» approach favourable to the integration of quality criteria for care in public health and principles of action in health promotion. On the other hand, the complexity of the problematic of human health resources is well known. This is why the development of a conceptual frame is proposed in order to understand the field reality and the limit of ones actions. The analysis of the different levels of adequacy, between training, norms and field reality as seen by the health professionals, is being questioned. Health education and training is seen as giving access to innovation, lever for change in the management of human resources for health. The importance of the process and of all the actors concerned by this change is being analysed showing more specifically the necessity for an appropriation right from the beginning of the construction of a frame of references (competence referential) and of its instalment by the trainers and management teams at all institutional levels.*

*Rev Med Brux 2008 ; 29 : 46-53*

*Key words : process of change, competency-based approach, medical education and training, health promotion, quality of care, public health, human resources for health*

## INTRODUCTION

La définition du secteur d'expertise dans lequel s'est développée cette réflexion pédagogique est un premier préalable. En effet, dans le secteur de la formation en santé, nous pouvons entendre parler de concepts tels que " ressources humaines en santé ", " éducation thérapeutique du patient ", " éducation à la santé ", " ingénierie de la formation " ou " ingénierie des compétences ", etc. Pour les personnes novices du débat pédagogique, il est probable que de tels termes ne facilitent pas la compréhension et le changement. Cet article n'est cependant pas une vulgarisation des processus actuellement en cours dans le secteur de l'innovation pédagogique et médicale mais une synthèse d'un travail de thèse de doctorat en santé publique. Afin d'en faciliter la lecture, un lexique est proposé en fin de document.

Le secteur d'expertise auquel cette recherche se réfère est celui de l'" ingénierie de la professionnalisation dans les systèmes de santé ". Il est en effet apparu nécessaire d'intégrer les dimensions de l'ingénierie de la formation (activités de formation en classe, en stage, etc.) avec celles de l'ingénierie des compétences qui se centrent sur les activités réalisées par les professionnels de santé dans leurs pratiques quotidiennes. Ces deux dimensions nécessitent d'être intégrées à un contexte institutionnel et environnemental donné, celui des besoins en santé des populations et des capacités de l'organisation. Il est ainsi nécessaire de parler d'ingénierie de la professionnalisation dans les systèmes de santé afin d'intégrer de manière la plus globale possible ces trois dimensions. C'est la référence à Guy le Boterf qui est la plus proche de cette délimitation du cadre d'expertise pour cette recherche<sup>1</sup>.

Un second préalable est de clarifier le postulat de cette recherche. Comme nous allons le démontrer, les changements proposés sont conséquents et il est essentiel de préciser sans ambiguïté de quelles finalités en santé nous parlons. " Les changements de paradigme en perspectives sont radicaux, ils ne peuvent se concrétiser que sous l'éclairage de finalités définies sans ambiguïté " <sup>2</sup>. Ceci est d'autant plus nécessaire que les approches pédagogiques faisant référence à l'approche par compétences peuvent être critiquées dans leur éventuelle logique " utilitariste ". Les finalités en santé auxquelles nous nous référons se basent sur les principes d'actions en promotion de la santé<sup>3</sup> ainsi que sur ceux de la santé publique qui visent l'intégration, la continuité et la qualité des soins et services. Il s'agit d'avoir " des professionnels de la santé compétents dans une visée de cohérence collective et globale " <sup>4</sup>. Pour cela, les institutions de formation (facultés de médecine entre autres) et les responsables de santé publique doivent assurer une meilleure adéquation des personnels formés en intégrant les développements pédagogiques dans ce sens<sup>5</sup>. Le questionnement de recherche est celui de savoir : comment amener le changement dans la formation des professionnels de santé afin de favoriser

un apprentissage plus proche des réalités et sous quelle forme ce changement peut-il avoir un effet sur la qualité des soins et des services ? De ces questions découle l'hypothèse de recherche suivante : l'innovation pédagogique et ses implications individuelles et systémiques sont des leviers potentiels au changement dans l'institution Educative et de Santé et plus spécifiquement sont porteuses d'une meilleure adéquation entre formation et prestations de soins. L'objectif de cette recherche est d'étudier comment mettre en place des réformes (*curriculum*, plans de formation) dans le secteur de la formation en santé qui assurent une meilleure adéquation entre les attendus de la société et les acquis en formation.

## MATERIEL ET METHODE

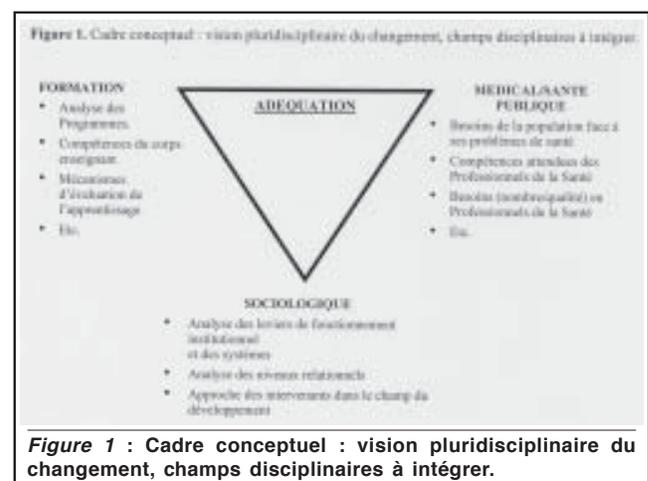
La méthodologie utilisée fait référence à plusieurs éléments : un cadre conceptuel, un cadre de recherche et des modèles de références, des terrains d'action et de recherche et des publics cibles privilégiés.

### Le cadre conceptuel

Celui-ci fait référence à une vision pluridisciplinaire du changement, c'est ainsi qu'il présente les champs disciplinaires à intégrer, tels que proposés sur la figure 1.

### Le cadre de recherche et les modèles de référence

C'est d'une part le système de santé et de l'autre le système éducatif et de formation qui représentent les cadres de recherche pour chacun des contextes d'application abordés. Les modèles de référence font appel à un modèle issu du monde de la Promotion de la Santé, à savoir le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter<sup>6</sup>, adapté à un cadre de projet de formation. D'autre part, la recherche se base sur un paradigme issu du monde de l'Education, à savoir celui du constructivisme faisant référence de manière plus précise au modèle de la pédagogie de l'intégration<sup>7-8</sup>. Des précisions sur les aspects méthodologiques peuvent être accessibles dans le document de référence dont cet article est une synthèse<sup>4</sup>.



## Les terrains d'action et de recherche

La recherche a tiré des enseignements à partir de six contextes différents, à la fois dans le champ de la formation initiale et dans celui de la formation continuée des professionnels de la santé. Ces contextes se situent en Belgique, au Sénégal, au Tchad, en RDC et au Rwanda. Une expérience en réseau, dans le cadre d'un projet d'échange à distance, a également permis d'établir certaines conclusions. La focalisation sur les contextes du sud est liée à une urgence d'amélioration de la qualité des soins et des services dans ces contextes, néanmoins les résultats sont transférables au secteur de la santé publique de manière générale. Cette recherche se focalise en priorité sur la nécessité de développer des cadres conceptuels et opérationnels de référence en matière de formation et ressources humaines en santé ainsi que sur l'analyse des processus et méthodes en lien avec la mise en œuvre d'un projet de formation ou bien l'élaboration d'objectifs pédagogiques d'un programme d'enseignement dans le cadre d'approches par compétences.

## Les publics cibles prioritaires

Dans une vision systémique, qui est celle préconisée à travers l'ensemble de la recherche, nous retrouvons un certain nombre d'acteurs qui devraient tous, d'une manière ou d'une autre, être impliqués dans les processus de changements pédagogiques visés. Il s'agit à la fois des enseignants et encadreurs de stage, des équipes de directions d'école et d'institutions de formation<sup>9</sup>, des professionnels de la santé, des apprenants eux-mêmes, de la population, des niveaux ministériels intermédiaires et centraux, des bailleurs de fonds dans le cas où nous nous trouvons dans des contextes de pays économiquement pauvres.

A ce stade, une clarification du point de vue épistémologique apparaît importante. Ce travail intègre des informations tant qualitatives (approche participative et représentative ; approche systémique ; méthodes de récoltes qualitatives telles que les entretiens d'explicitations, etc.) que quantitatives (normes ; validation des productions ; changements de pratiques, etc.) afin de valoriser une démarche de chercheur "constructiviste" étant entendu que "le chercheur constructiviste veille surtout à produire de l'intelligibilité, c'est-à-dire à proposer une interprétation cohérente de faits observés dans leur environnement spécifique"<sup>10</sup>.

## RESULTATS

Les résultats de cette recherche se présentent en plusieurs parties. Chacune des parties se focalise sur un aspect de la mise en œuvre d'un processus de changement en formation.

### Analyser la problématique et ses acteurs

Il importe, avant de se lancer dans l'action

proprement dite, d'analyser de la manière la plus exhaustive qui soit, la problématique réelle. Afin de s'assurer à la fois de l'exhaustivité, mais aussi du respect des relations entre les différents problèmes rencontrés, nous avons donc utilisé un modèle de référence pour l'analyse systémique qui est celui de Green et Kreuter. Ce modèle a été adapté dans le cadre de cette recherche afin d'une part de répondre aux besoins du secteur de la formation, et de l'autre, d'intégrer l'ensemble des acteurs concernés par le processus de changement envisagé. La figure 2 présente les éléments clés de ce type d'analyse.

On observe sur ce schéma à droite la nécessité de clarifier d'un commun accord la problématique spécifique sur laquelle nous voulons agir. Ensuite il s'agit, de droite à gauche, de préciser qui sont les acteurs concernés par le changement voulu (c'est-à-dire la réponse à la problématique principale ou spécifique). Le diagnostic comportemental va à la fois préciser les acteurs concernés par le changement effectif, mais aussi leurs comportements qui viennent renforcer la problématique spécifique. C'est ainsi qu'il est alors possible de rechercher les déterminants de ces comportements, aussi bien en lien avec les facteurs éducationnels (différents types de savoirs), qu'institutionnels (par exemple l'existence d'un programme par objectifs *versus* un programme par compétences ; l'existence ou non de normes d'accréditation pour les institutions de formation, etc.) ou environnementaux (par exemple l'accessibilité aux technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE), à des outils d'auto-formation et d'évaluation, etc.). Au total, il importe à la fois d'avoir une vision de l'ensemble des acteurs à considérer dans la mise en œuvre du processus de changement et des activités qu'il faudra inclure dans le plan d'actions afin de rester cohérent à la complexité des relations entre chacun des niveaux de problématiques. Pour exemple, il ne sert à rien d'envisager de développer un *curriculum* par compétences avec les enseignants si le programme établi par objectifs n'est pas modifié à un niveau institutionnel ou bien si les enseignants et formateurs ne sont pas eux-mêmes formés aux méthodes en

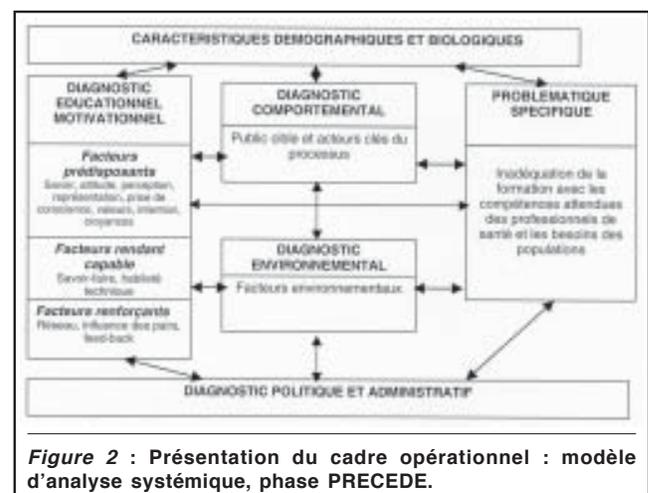


Figure 2 : Présentation du cadre opérationnel : modèle d'analyse systémique, phase PRECEDE.

pédagogies actives et approche par les compétences<sup>11</sup>, etc. Il nous faut donc saisir cette “ image globale ” afin de mieux guider l’action<sup>12</sup>.

### Planifier le projet pédagogique dans ses différents axes stratégiques

C’est bien au départ de cette analyse de la situation qu’on peut se projeter sur le processus et l’action. Il importe tout d’abord d’avoir une très bonne vision de la problématique et de ses acteurs avant de progresser sur un chemin aussi complexe que celui d’une réforme en éducation dans le secteur de la santé. Cette seconde partie des résultats se focalise sur la mise en processus du changement par une implication de tous les acteurs (représentativité) tant dans l’élaboration du plan de travail que dans celui de la construction des outils pédagogiques propres à la réforme. Il importe aussi de considérer l’implication des divers acteurs dans l’évaluation du processus et de la réforme pédagogique proprement dite. La figure 3 présente ce concept de gestion de cycle du projet qui insiste sur la dimension participative et systémique.

C’est à une équipe pédagogique de préférence pluridisciplinaire en référence au cadre conceptuel de départ et ayant pour mandat d’amener le changement, d’organiser la mise en œuvre d’un tel processus. Ce type d’engagement peut apparaître pour certains trop complexe, voire inutile. Il est cependant essentiel de rappeler l’importance des mécanismes d’appropriation et d’ancrage auprès des acteurs eux-mêmes dans la mise en œuvre d’un changement. Ceci vaut également en termes de durabilité du changement. Sans cela, le “ coût bénéfique ” sera faible proportionnellement aux résultats attendus. Néanmoins, il importe de bien réaliser l’énergie et les ressources à prévoir quant à la mise en œuvre d’un processus de réforme basé sur la volonté d’un changement réel tel que le passage à un *curriculum* par compétences.

Outre l’importance à accorder aux jeux des acteurs et à leurs implications selon des modalités propres à définir dans chacun des contextes, il importe également d’avoir une vision de l’action. Cette vision émane d’une analyse systémique de la problématique telle que déjà présentée (Figure 2). La figure 4 montre les liens qui existent entre une analyse systémique d’une problématique et les axes stratégiques d’intervention auxquels il faut nécessairement penser.

Il est important, dans la mise en œuvre d’une réforme, d’envisager le changement dans toutes ses dimensions et en fonction de tous ses acteurs. Nombreuses sont les réformes qui ont échoué parce qu’un ou plusieurs axes avaient été sous-estimés. A titre d’exemples, on citera le manque d’importance accordé à la formation des formateurs ou l’absence d’un développement environnemental cohérent en termes de ressources pédagogiques ou l’absence d’un cadre juridique soutenant le changement,... Ce manque de vision systémique de l’action affaiblit le changement et induit facilement un retour aux habitudes

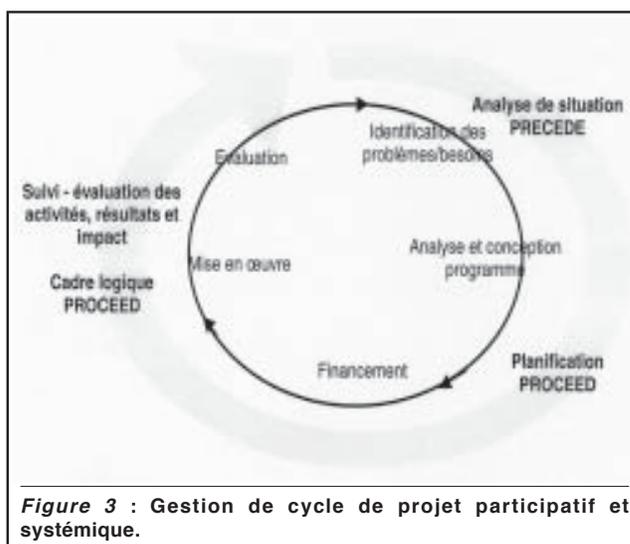


Figure 3 : Gestion de cycle de projet participatif et systémique.

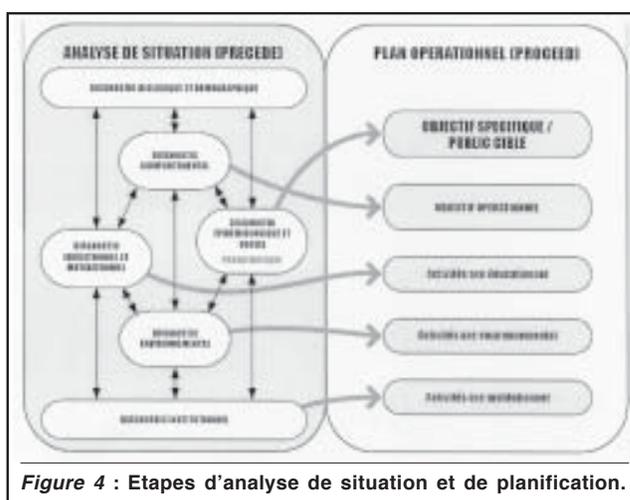


Figure 4 : Etapes d’analyse de situation et de planification.

pédagogiques préalables notamment suite aux frustrations multiples renforcées par le manque de cohérence. La vision systémique est un facteur de durabilité du changement. Nous insistons ici sur la nécessité de développer un cadre de référence rigoureux pour l’action qui tienne compte de tous les acteurs et de l’ensemble des actions qui devraient prendre place de manière structurée et cohérente pour faire face à une problématique commune (problématique spécifique). L’existence d’un cadre cohérent n’est pas en contradiction avec une dimension de flexibilité et d’ouverture, base d’une approche par compétences qui se construit en référence au paradigme du socioconstructivisme.

La figure 5 présente une vision synthétique des activités qui devraient prendre place dans le cadre d’un changement de *curriculum* qu’il s’inscrive dans une institution de formation ou à un niveau plus global (réforme nationale par exemple)<sup>13</sup>.

Nous insisterons à ce stade sur un certain nombre de faits qui seront complétés sur base des résultats globaux de cette recherche. Il s’agit notamment d’observer une stabilité du changement par

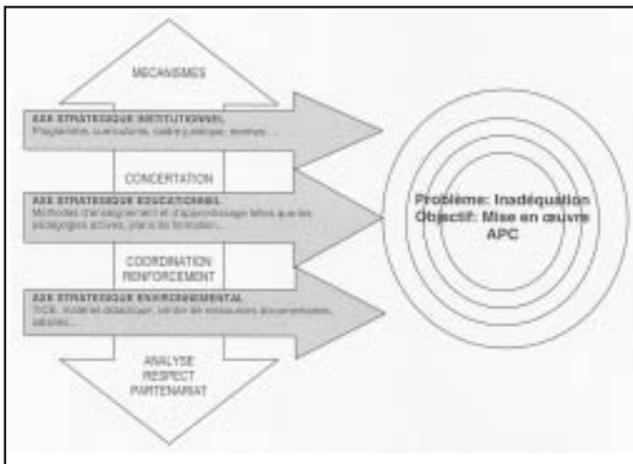


Figure 5 : Axes stratégiques pour la mise en œuvre d'une réforme basée sur l'approche par compétences (APC).

un ancrage institutionnel multiple et de mettre en avant que ce sont les productions communes qui font le nid d'une appropriation à la fois individuelle et collective de la réforme. Par ailleurs, il est également nécessaire de noter pour certains acteurs une facilité au déni des processus de gestion de la qualité alors même que la question du sens, de la pertinence et du développement des expertises de tous est bien prise en compte ce qui renforce l'avancée. La question de la cohésion des acteurs est aussi à considérer. Ces deux dernières observations soulignent la nécessité d'inclure de manière négociée dès le départ la question de la gestion de la qualité à long terme (équipe pédagogique pluridisciplinaire) dans le processus de changement, tout en précisant ses limites temporelles.

### Mettre en place un *curriculum* par compétences

En premier lieu, il importe de clarifier à quelle définition des compétences on se réfère. L'approche par compétences peut être différente selon les écoles et/ou auteurs auxquels on fait référence. Dans cette recherche, la compétence fait explicitement référence à " un savoir agir en situation ". L'approche par compétences consiste à former à des savoirs agir correspondant aux activités requises dans les différentes situations rencontrées. Une formation professionnalisante devrait être en lien avec les exigences du terrain, qu'il s'agisse de la demande en soin ou du contexte socio-économique.

Un autre élément de clarification nécessaire dans le cadre de la présentation méthodologique de l'élaboration d'un *cursus* ou plan de formation par compétences est celui du choix même de l'approche par compétences au-delà de sa définition. Il s'agit de revenir sur un des deux modèles auquel nous faisons référence dans ce travail, à savoir le constructivisme ou socioconstructivisme, c'est-à-dire à un cadre de référence qui s'appuie sur de nombreuses théories telles que la pédagogie de la découverte, les pédagogies de type incitatif et associatif, etc. Parmi les idées clés qui sous-tendent ce modèle de construction de savoir figure le fait que le savoir se construit dans

l'action, dans la confrontation cognitive pour soi et entre pairs, dans le " chercher, inventer, créer " de De Vecchi<sup>14</sup>. Le socioconstructivisme fait référence à l'*hypothèse constructiviste* qui précise que c'est l'individu lui-même qui construit ses connaissances contrairement à l'*hypothèse ontologique* où les connaissances sont transmises à l'individu<sup>15</sup>.

Dans le cadre de cette recherche, un certain nombre d'articles ont été publiés dont un qui présente la méthodologie de construction d'un référentiel de compétences<sup>13</sup>. Nous reprenons ci-dessous les étapes clés de cette construction. La figure 6 devrait permettre de mieux cerner la progression dans ces étapes.

La première question à laquelle nous sommes confrontés est de savoir sur quel profil de métier nous allons travailler. Qu'il s'agisse d'une réforme curriculaire pour les médecins ou les infirmiers, il est nécessaire de clarifier sur quel(s) profil(s) de fonction(s) ou de métier nous ciblons (médecin généraliste ou spécialiste, infirmière hospitalière ou de soins à domicile, etc.). La question des organisations de santé est également présente et il s'agit de renforcer une vision de la professionnalisation. Cette première étape peut déjà amener à préciser les familles de situations relatives à un métier plutôt qu'à un autre. Cette démarche est nécessaire afin de cerner avec plus de précision le profil de fonction (et les grandes fonctions) sur lequel nous allons travailler.

L'étape suivante est d'assurer un relevé des activités réalisées dans ses différents lieux d'exercices professionnels pour le profil de métier analysé. Nous voulons former aux compétences mais il s'agit dans un premier temps de les identifier. Cette récolte d'informations va se faire par des visites sur le terrain d'action des professionnels de la santé, des interviews

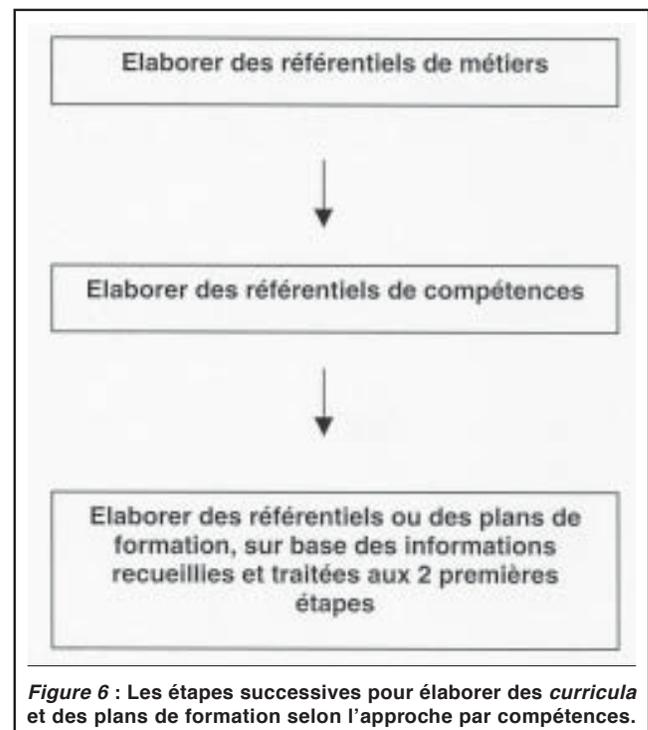
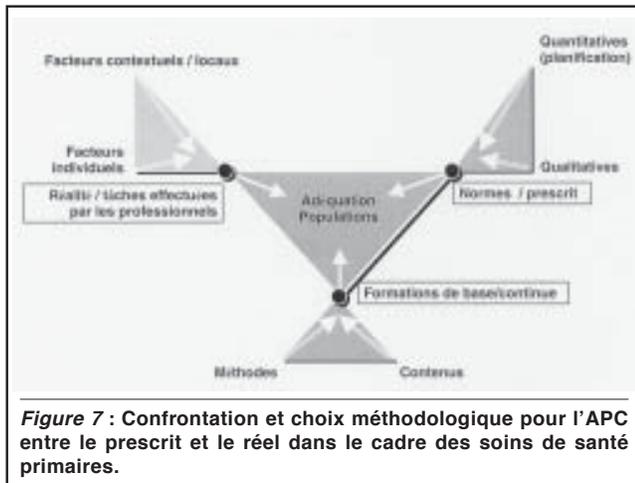


Figure 6 : Les étapes successives pour élaborer des *curricula* et des plans de formation selon l'approche par compétences.

et des entretiens d'explicitation, des échanges avec des panels d'experts, et enfin par l'analyse des normes sanitaires quand elles existent et surtout quand elles sont mises à jour. Une difficulté rencontrée sera dans la confrontation entre les éléments (activités et tâches professionnelles) prescrits et ceux réellement réalisés par les professionnels. Des choix devront être faits sur base de consensus entre les différents acteurs. La figure 7 présente de manière conceptuelle cet antagonisme.



Ensuite, à partir du relevé de l'ensemble des activités quotidiennes du professionnel de santé visé, un travail de " traduction didactique " est amorcé. Il fait partie de l'ingénierie pédagogique nécessaire. Il s'agit de catégoriser les verbes d'action de toutes ces activités professionnelles dans des catégories de savoirs qui font appel, dans cette étude, à la catégorisation de Philippe Charlier<sup>16</sup>. Nous en dégagons alors les grandes compétences ainsi que leurs composantes que nous nommons paliers de compétences ou encore capacités. Un parallélisme est ainsi en partie assuré entre le métier et la formation. Le découpage du métier en fonctions, activités, tâches, opérations et gestes, nous amène à construire un référentiel de compétences " en miroir ", dans lequel nous trouvons les familles de situations, les compétences, les capacités ou paliers de compétences, les critères et indicateurs.

Le travail en ingénierie pédagogique assuré à ce niveau doit garantir le passage des savoirs savants et des savoirs pratiques aux savoirs enseignés<sup>17</sup>. Il va s'agir alors d'élaborer de manière cohérente à notre cadre de référence constitué par le référentiel de compétences, le référentiel de formation et celui d'évaluation. En formation initiale, les dispositifs pédagogiques à privilégier sont d'évidence ceux des pédagogies actives et ce tant pour l'enseignement théorique (cours) que pour l'enseignement pratique (situations d'intégration, stages) et ce dans une perspective de construction des apprentissages auprès du public apprenant. En formation continuée, on pourra faire appel au concept de bilan de compétences afin d'identifier avec précision les besoins de formation dans

un contexte réel de pratiques d'évaluation formative. La mise en œuvre structurée et cohérente aux objectifs pédagogiques définie dans un cadre de référence tel qu'un référentiel de compétences, est loin d'être aisée aussi bien pour des questions méthodologiques, techniques qu'à un niveau de processus. L'évaluation dans un cadre d'approche par compétences est un champ, actuellement, en fort développement. Il est utile d'insister à ce niveau sur l'importance accordée, dans le cadre des approches par compétences, au développement d'outils d'évaluation critériée dans l'évaluation et la formation. Il est à noter que des étapes de validation du programme et des outils, tant quantitatives que qualitatives, viennent ponctuer l'ensemble du processus de construction<sup>13</sup>. La mise en place d'une approche par compétences dans les *curricula* nécessite de travailler en même temps le développement des capacités pédagogiques des enseignants à mettre en place des dispositifs de formation et d'évaluation basés sur des logiques d'apprentissage et non plus d'enseignement. Il s'agit en effet de permettre aux pédagogies actives et aux pratiques réflexives de s'introduire progressivement dans l'institution avec le support des enseignants et formateurs. C'est à ce niveau que le changement réel va s'opérer, secondé par un cadre de référence cohérent.

## DISCUSSION

Avant d'en venir à une discussion relative aux résultats de ce travail, il est utile de rappeler le lien entre l'élaboration de référentiels et de profils de compétences en formation et le champ plus vaste de la gestion des ressources humaines en santé. L'existence de référentiels de compétences peut offrir des outils également utiles et opérationnels dans le cadre de la mobilité et du recrutement des personnels de santé. Notons à ce propos l'importance d'un recours " prudent " à ces outils dans le cadre de la gestion des ressources humaines. Le renforcement de compétences éducatives dans le domaine de l'évaluation formative est indispensable afin de prévenir un usage utilitariste voire de type contrôle lui-même en opposition au paradigme constructiviste dans lequel nous nous inscrivons.

Les résultats obtenus dans le cadre de ces travaux font référence à la mise en œuvre effective de référentiels de compétences, de référentiels de formation et d'évaluation et d'outils de bilans de compétences dans différents contextes. La modélisation de la méthodologie par une analyse de la démarche de construction dans chacun des contextes a permis d'établir une méthodologie propre, plus particulière au secteur de la santé. Des adaptations importantes au modèle de départ ont dû être opérées. La nécessité de construire des familles de situations intégrant plusieurs compétences, ainsi que le choix de joindre au référentiel de compétences les critères et indicateurs, sont des décisions validées sur le terrain d'application du secteur médical et de la santé. Cette appropriation par le secteur de la santé d'une ingénierie des compétences qui lui

est propre doit continuer à se développer afin de toujours mieux rejoindre ses propres finalités. Si ceci n'empêche pas un travail de proximité avec les experts en éducation, cela exige de développer au sein de son propre secteur une maîtrise de l'ingénierie des compétences car celle-ci porte en elle les finalités de la profession. Le développement du champ de la pédagogie médicale est un lieu d'évolution de cette ingénierie des compétences en santé. De plus, l'approche méthodologique qui a été préconisée afin d'assurer la construction des référentiels, approche basée sur le constructivisme participatif, amène au constat d'un développement d'une masse critique d'experts praticiens en approche par compétences dans les différents contextes travaillés et à une mise en œuvre concrète du changement. Outre ces premiers points, la discussion abordera à la fois la question de l'intégration et de l'adéquation. La question de l'intégration fait référence au fait qu'un *curriculum* construit selon cette méthodologie peut inclure l'ensemble des attendus de la société, ceci d'autant plus si le processus a impliqué tous les acteurs concernés par la qualité des ressources humaines en santé dans un contexte d'organisation de santé donné. Ce choix pédagogique permet aux institutions de formation d'avoir un cadre de référence qui stipule bien leurs responsabilités sociales (cohérence avec les besoins de la société). Dans la mesure où de nouveaux programmes, tels que les programmes verticaux ou spécialisés en Afrique, veulent développer leurs propres *curricula* au risque de voir les programmes de formation se parcellariser, une approche intégrative telle que l'approche par compétences permet de s'opposer à ce type d'inadéquation peu efficace à long terme. De la même façon, certaines spécialisations complémentaires de type promotion de la santé ou santé communautaire peuvent être très bien intégrées dans un *curriculum* par compétences à partir du moment où nous avons clarifié les activités réellement opérées par le professionnel et que nous en avons assuré la transposition didactique dans un référentiel de formation cohérent à son métier (à sa réalité professionnelle et institutionnelle). Ce concept d'intégration fait directement appel à celui d'adéquation car il importe aussi, dans la définition d'un profil de compétences, de préciser le profil de fonction dans l'organisation. Une meilleure adéquation entre formations en santé au sens large pourrait être renforcée et ainsi éviterait une multiplication de nouvelles formations sans avoir au préalable questionné les profils attendus des formations déjà existantes et leur propre adéquation en matière de formation. Cette question de l'adéquation entre profils soignants avec les besoins des organisations montre l'importance de travailler l'innovation pédagogique de manière intersectorielle<sup>18</sup> en renforçant les rôles pédagogiques spécifiques et complémentaires des écoles de santé publique, des facultés de médecine et des institutions de formation des soignants au sens large. En terme de conclusion et afin de rester en proximité avec ce concept d'adéquation, il est intéressant de noter la cohérence méthodologique des paradigmes du constructivisme et de la promotion de la santé.

## Remerciements

Cette recherche entre dans le cadre d'une thèse de doctorat en sciences de la santé publique de l'École de Santé Publique de l'U.L.B., présentée en juin 2006. Les remerciements vont à l'ensemble des équipes des différents projets et aux membres du comité d'accompagnement, plus particulièrement J.-M. De Ketele, M. Garant, Y. Coppieters, D. Piette, S. Louryan et A. Levêque. Merci à C. Lejeune pour avoir assuré une relecture finale de l'article.

## Lexique

**Approche par compétences** : approche pédagogique qui se construit à partir des activités et des tâches du professionnel à former. L'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être à mobiliser de manière intégrée constitue les compétences du professionnel en question. Elle vise la maîtrise par les apprenants des compétences professionnelles requises, mais aussi la construction chez eux d'une identité personnelle et professionnelle positive et durable.

**Bilan de compétences** : fait de recueillir des informations diverses sur une personne en situation en vue de constater, par le biais d'une série de productions, sa capacité à mobiliser des compétences.

**Critères** : qualités d'une production et d'un travail exprimées en un substantif éventuellement assorti d'un complément (exemples : pertinence, précision, structure, respect des règles, etc.). Le critère n'est pas directement observable et doit être accompagné d'indicateurs spécifiques qui le précisent.

**Famille de situations** : ensemble de situations professionnelles courantes auxquelles le professionnel de santé doit faire face en mobilisant ses différentes compétences. Une famille de situations est un ensemble de situations proches l'une de l'autre.

**Palier de compétence** : étape vers l'acquisition d'une compétence. Ensemble des activités à mener pour prouver sa maîtrise de la compétence en situation d'évaluation. Ensemble des ressources à mobiliser pour la mise en œuvre d'une compétence.

**Pédagogie de l'intégration** : une pédagogie de l'intégration permet aux apprenants d'intégrer les connaissances dans des situations concrètes où elles apparaîtront comme d'indispensables outils qu'ils structureront progressivement avec leurs connaissances personnelles de départ. Les composantes de l'intégration sont notamment l'interdépendance des éléments regroupés en systèmes (*le tout est supérieur à la somme des parties*) et la coordination en vue d'un fonctionnement harmonieux.

**Principes d'actions en promotion de la santé** : les principes sont : adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé ; intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé ; promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées ; développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel ; développer des procédures d'assurance de qualité ; augmenter les compétences et les capacités d'action par l'éducation permanente et la formation ;

articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique.

**Promotion de la santé** : la notion de promotion de la santé comprend l'amélioration des modes de vie et des conditions de vie importants pour la santé. La promotion de la santé inclut non seulement des actions visant à renforcer les connaissances et les capacités des individus mais aussi des actions ayant pour but de modifier des conditions (déterminants) sociales, économiques et environnementales de telle manière qu'elles aient un effet positif sur la santé individuelle ainsi que sur celle de la population. L'*empowerment* et la participation de la population en sont des constituants essentiels, ainsi que la réorientation des services (de santé en priorité) et les politiques publiques saines (prise en compte de l'impact sur la santé de toute politique publique quel que soit le domaine considéré).

**Référentiel de compétences** : peut être défini comme un document qui précise les compétences nécessaires correspondant à un métier ou une fonction particulière (c'est-à-dire pour réaliser les activités et les tâches décrites).

**Référentiel de fonction/métier** : une " description de fonction " ou un " référentiel de métier " est essentiellement un document qui énumère les activités et les tâches constitutives d'un métier ou d'une fonction particulière. Il s'agit d'un ensemble d'activités et de tâches attendues des professionnels de santé en référence à un système de santé défini.

**Référentiel de formation** : ou *curriculum* de formation. Il comprend toute l'architecture du programme par année d'études.

**Transposition didactique** : académiquement, il s'agit du passage des savoirs savants aux savoirs enseignés. Pour d'autres, il s'agit d'une démarche plus globale qui inclut le passage des savoirs pragmatiques aux savoirs savants et part donc des tâches professionnelles, du référentiel de métier et de la description de fonction.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Le Boterf G : Ingénierie et évaluation des compétences. Paris, Ed. d'Organisation, 2002
2. Jonnaert P, Barrette J, Boufrah S, Masciotra D : Contribution critique au développement des programmes d'études compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation* 2004 ; 30 : 667-96
3. World Health Organization : The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986
4. Parent F : Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Etude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique. Bruxelles, Ecole de Santé Publique/U.L.B. D/2007/Florence Parent, Auteur-Editeur
5. Boelen C : L'éducation médicale vue par un expert international en santé publique. *Pédagogie Médicale* 2007 ; 8 : 44-50
6. Green LW, Kreuter MW : Health promotion planning. An educational and ecological approach. London, Mayfield Publishing Company, 3<sup>rd</sup> edition, 1999
7. Roegiers X : Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. Paris-Bruxelles, De Boeck Université, 2000
8. Parent F, Ndiaye M, Coppieters Y *et al.* : Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne. *Pédagogie Médicale* 2007 ; 8 : 156-76
9. Garant M : Gérer la formation en termes de compétences. *Education Permanente* 2003 ; 3 : 10-4
10. Dupriez V : La régulation dans les établissements et les systèmes scolaires. Analyse du cadre institutionnel et des écoles d'enseignement secondaire en Belgique francophone. Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 2002
11. De Ketele JM, Chastrette M, Cros D, Mettelin P, Thomas J : Guide du formateur. Bruxelles, De Boeck Université, 2001
12. Parent F, Kahombo G, Bapitani J *et al.* : A model for analysis, systemic planning and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo : a vision for action. *Human Resources for Health* 2004 ; 2 : 16
13. Parent F, Lemenu D, Lejeune C *et al.* : Présentation du référentiel de compétences infirmier en République Démocratique du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé. *Santé Publique* 2006 ; 18 : 459-73
14. De Vecchi G : Aider les élèves à apprendre. Nouvelles approches. Paris, Hachette éducation, 1992
15. Jonnaert P : Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique. Bruxelles, De Boeck, 2002
16. Charlier P : Elaborer une description de fonction et un profil de compétences. Séminaire de formation et de réflexion. Louvain-la-Neuve, BIEF, 2003
17. Perrenoud P : La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Revue des sciences de l'éducation* (Montréal) 1998 ; 3 : 487-514
18. Parent F, Fromageot A, Coppieters Y *et al.* : Analysis of adequacy levels for human resources improvement within primary health care framework in Africa. *Health Research Policy and Systems* 2005 ; 3 : 8

### Correspondance et tirés à part :

F. PARENT  
Ecole de Santé Publique, U.L.B.-PROMES  
Route de Lennik 808 CP 596  
1070 Bruxelles  
E-mail : florence.parent@ulb.ac.be

Travail reçu le 30 mars 2007 ; accepté dans sa version définitive le 21 août 2007