



 Open access • Journal Article • DOI:10.4000/RECHERCHESEDUCATIONS.1768

Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient — [Source link](#)

Marc Nagels, Aline Lasserre Moutet

Published on: 01 Oct 2013 - Recherches and Éductions (Société Binet Simon)

Share this paper:    

View more about this paper here: <https://typeset.io/papers/reflexions-critiques-sur-la-conception-d-un-referentiel-de-4i32km86zk>

Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient

Nagels Marc
Université européenne de Bretagne – Rennes 2 (CREAD, EA 3875)
Campus Villejean, Place du recteur Henri Le Moal, CS 24 307
35043 Rennes Cedex France
marc.nagels@free.fr

Lasserre Moutet Aline
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques
Hôpitaux Universitaires de Genève, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1211 Genève, Suisse
aline.lasserre@hcuge.ch

Résumé

La réflexion trouve son origine dans la conception récente d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Après tous les autres secteurs, la santé publique se dote aujourd'hui de référentiels dans le but de professionnaliser ses acteurs et fait évoluer au passage la conception des référentiels : il ne s'agit plus seulement de lister des tâches et des exigences que les professionnels devraient respecter ; la compréhension de l'activité des professionnels en situation est maintenant au cœur de la réflexion. Les référentiels les plus récents marquent un point d'étape dans ce lent processus de rénovation de l'ingénierie de formation. Cet article analyse, du point de vue de la didactique professionnelle, les avancées et les limites du référentiel des praticiens de l'éducation thérapeutique du patient.

Mots-clés

Référentiel de compétences, didactique professionnelle, éducation thérapeutique du patient.

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

Abstract

The recent frame of references for professionals in therapeutic patient education in France is more than a list of what the practioners would have to respect; the heart of this referential of competencies is the comprehension of the professional activity in doing as required by the news standards in French public health frame of references.

This article proposes to study the advances and the limits of this referential of competencies from the professional didactics point of view.

Key words

Referential competencies, professional didactic, therapeutic patient education.

L'exemple d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient

Les référentiels de compétences font aujourd'hui partie de la palette des outils indispensables à l'ingénierie des formations professionnelles. Les référentiels se veulent une tentative de définir précisément le métier et donc d'organiser les conditions d'acceptation dans le métier, que ce soit par la validation des acquis de l'expérience ou par le diplôme. En l'espace de quelques années, les réflexions dans le domaine éducatif (Chauvigné et Lenoir, 2010), notamment sur les modes de conception ont donné lieu à une littérature abondante. Les référentiels se sont multipliés en Europe et au-delà, traitant des compétences de base jusqu'aux compétences des métiers de l'enseignement supérieur. Les exemples ne manquent pas avec les enquêtes du *Programme for International Student Assessment* (PISA) sur les compétences en lecture dans quarante-trois pays, le programme de définition et de sélection des compétences clés de l'OCDE, les compétences de base en Europe, la France avec le socle commun de connaissances et des compétences en 2004, l'approche intégrative des compétences dans les programmes scolaires portugais, belges ou québécois, ou la réforme des *curricula* au Liban. Le métier de chercheur, lui-même, possède son référentiel établi en 2007 par la direction des ressources humaines du Conseil national de la recherche scientifique.

Les référentiels de compétences se sont imposés récemment dans le secteur des soins infirmiers. En santé, des travaux ont pu s'inspirer de l'ergonomie ou ont contribué à renouveler l'ingénierie pédagogique, no-

Rénover la conception des référentiels de compétences

tamment autour des apports de l'École des hautes études de santé publique en France (Chauvigné, Demillac, Le Goff, Nagels et Sauvaget, 2008).

Du point de vue des gestionnaires des ressources humaines et des ingénieurs de formation, l'usage d'un référentiel vise essentiellement à rationaliser l'évaluation individuelle des salariés. Les attentes et les exigences sont formulées avec un niveau de détails se rapportant aux tâches les plus élémentaires. La parcellisation du travail semble nécessaire pour objectiver l'évaluation individuelle et faciliter le déploiement des organisations : *the right man at the right place*. L'enjeu organisationnel est d'anticiper sur le développement des compétences individuelles et collectives avec l'aide de dispositifs. Le process formation s'empare alors du référentiel de compétences et le transforme en un référentiel de formation, orientant sur le plan didactique les apprentissages à réaliser.

La manière dont les référentiels sont conçus et rédigés peut encourager cette évolution. En effet, cherchant à réduire la complexité apparente du travail pour créer des outils dits « opérationnels », l'ingénierie de formation a produit de très nombreux référentiels de compétences qui établissent simplement des listes de tâches hiérarchisées, séquencées et détaillées. Nous pouvons citer l'exemple du référentiel de 2009 pour la formation des infirmiers et des autres référentiels issus de la réingénierie des formations paramédicales françaises ou celui du bachelier en soins infirmiers de l'Institut supérieur d'enseignement infirmier de Bruxelles. Ils obéissent à une volonté d'efficacité et d'efficience de type industriel. La standardisation, cause et conséquence de l'existence des référentiels de compétences, est devenue un objectif de l'ingénierie de formation, y compris dans les métiers de service où des humains agissent avec d'autres humains.

Un nouveau référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient

Dans le domaine des soins et de la santé, l'usage de la notion de compétence s'accompagne du développement de la gestion des ressources humaines et de l'ingénierie pédagogique. Chaque fois, il s'agit de rationaliser un peu plus les processus de production, d'adapter l'homme au travail, sinon le travail à l'homme.

Les référentiels de compétences restent des artefacts fréquemment utilisés au service de cette logique managériale même si une partie du « tra-

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). *Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient*. *Recherches et Éducatons*, (9).

vail réel» n'est pas contrôlable (Zarifian, 2009). Néanmoins, la réflexion critique sur les modes d'élaboration des référentiels commence à se faire jour, y compris en santé publique. C'est dans ce contexte qu'une série de référentiels de compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP) ont vu le jour en France (INPES, 2011a, 2011b), nous nous intéresserons tout particulièrement à l'un d'entre eux : le référentiel de compétences des praticiens (INPES, 2011c).

L'article 84 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) officialise l'ETP en France et érige celle-ci en politique nationale. La loi HPST constitue donc une incitation puissante à la construction de ce référentiel. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a piloté l'élaboration du référentiel pour répondre à une demande du ministère de la santé. Ce référentiel s'intéresse aux « compétences des acteurs intervenant dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient dans différents lieux et territoires (cabinet libéral, réseau, hôpital, unités transversales, associations, domicile, etc.) » (INPES, 2011d, p. 5).

Trois phases ont caractérisé la démarche d'élaboration. La première phase a été celle du repérage théorique et de l'identification des pratiques en vigueur. Les principaux contextes et situations significatives ont été rassemblés. Une phase d'enquête et d'analyse a ensuite été réalisée en France et dans quelques pays européens, dont la Suisse. Une fois la structure du référentiel établie, le référentiel provisoire a été soumis à concertation et à validation.

Un comité d'experts a été réuni par l'INPES. D'octobre 2009 à juillet 2011, le groupe a analysé les travaux des consultants chargés de la rédaction des versions successives et a émis un grand nombre d'avis et de recommandations. Trois grandes classes de situations ont été identifiées : le travail avec le patient, l'action avec les équipes transversale d'ETP et le pilotage de projets au sein d'un environnement territorialisé. En août 2011, l'INPES a mis en ligne quatre documents soumis à une large consultation : l'introduction et le mode d'emploi du référentiel, le référentiel des praticiens, le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient et le référentiel de compétences pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques ou des programmes d'ETP.

Les référentiels proposent des listes des tâches et des sous-tâches détaillées et exposent un certain nombre de représentations sociales de l'ETP rassemblées dans une période particulière, celle des années 2010 et

Rénover la conception des référentiels de compétences

dans une aire culturelle et politique donnée, la France et son contexte de réformes hospitalières récurrentes.

Vu d'ailleurs, de Suisse, quelles innovations ce référentiel nous propose-t-il ?

La critique du référentiel au regard des pratiques des pratiques d'ETP en Suisse

L'ETP est née en 1996, lorsque le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en officialisa la définition, les recommandations et les ambitions (OMS Europe, 1996). C'est donc une pratique récente mais qui a obtenu en France en 2010 le statut de politique nationale. Les suisses regardent cette évolution avec un mélange d'envie et de méfiance. C'est une reconnaissance importante pour les pionniers et pour les cliniciens qui accompagnent au quotidien des personnes vivant avec une maladie chronique. Les textes législatifs offrent un nouvel ensemble de règles venant circonscrire une pratique dont les caractéristiques principales furent la créativité et la recherche.

Pour Bernard Charbonnel, l'ETP en France vit depuis fin 2011 une nouvelle époque : « c'est sans doute la fin des pionniers ; si l'ETP reste un champ ouvert pour les théoriciens elle est, plus que jamais, du ressort des praticiens » (Charbonnel, 2011). Entendue de la Suisse, cette proposition surprend : l'éducation thérapeutique promue et soutenue par le professeur Jean-Philippe Assal dès 1975 – pendant vingt-cinq ans dans son service clinique aux hôpitaux universitaires de Genève (Assal et Golay, 2001), puis depuis dix ans dans le cadre des formations continues des professionnels de santé à l'Université de Genève – a toujours été résolument ancrée dans la pratique des soins. Et c'est peut-être là que réside une des différences fondamentales entre les approches suisse et française de l'ETP : ceux qui, en Suisse, ont théorisé l'ETP sont avant tout des cliniciens, des personnes engagées au quotidien dans l'accueil et l'accompagnement des personnes vivant avec le diabète, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, etc. Ce choix traduit à la fois la finalité de l'ETP – aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique – mais aussi ses moyens. Premièrement, le matériau essentiel de l'éducation est recueilli « au lit du patient » (répercussions de la maladie dans les différentes dimensions de la vie de la personne, rapport à la maladie, représentations des traitements, etc.) ; deuxièmement, la relation

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

d'engagement réciproque entre les deux partenaires du soin est affirmée ; troisièmement, l'accompagnement est soutenu dans le temps vu le caractère chronique de ces maladies.

Le référentiel de compétences des praticiens de l'ETP reconnaît la nécessité de co-construire avec la personne malade son projet d'ETP. L'engagement du patient est sollicité à chaque étape du processus, cela traduit une véritable intention éducative : «L'éducation n'a pas pour but de faire baisser la prévalence d'un comportement mais de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre» (Berger et Jourdan, 2005). Pourtant, quelques réserves demeurent. Si le référentiel décrit des situations emblématiques et pertinentes et qu'il rend compte de la place du patient dans la démarche d'ETP, il est muet sur au moins un point essentiel : celui de la posture et le mandat du soignant-éducateur.

Un soignant appréhendant l'éducation thérapeutique sans se questionner sur son mandat pourrait être amené à prescrire simplement des séances d'ETP. Or, la nécessité pour le patient de devenir auteur de sa santé implique nécessairement la redéfinition de ce mandat. En effet, dans le suivi des malades chroniques, le professionnel de santé n'est pas celui qui résout les problèmes. Dans le meilleur des cas, il peut favoriser la prise en main par le patient de sa santé. Ce nouveau mandat peut dérouter. Questionner le mandat c'est donc avant tout expliciter les préconstruits de la relation, c'est-à-dire les représentations que l'on a sur autrui et son rôle, avant même de le rencontrer. Actifs à tous moments du suivi, ces préconstruits devront être discutés de manière à préciser un mandat définissant les conditions d'engagement réciproque, les rôles et les responsabilités de chacun.

Pour mettre en acte cet engagement, le professionnel de santé va tout d'abord devoir se décentrer de l'objet maladie pour se préoccuper de la personne aux prises avec sa maladie. Concrètement, il s'agit de porter attention, avec elle, à l'impact de sa maladie sur sa vie quotidienne, à la façon dont elle le vit sur le plan affectif, à la manière dont elle comprend ce qui lui arrive, au retentissement qu'elle perçoit sur le système familial, etc. Ensuite, ne pouvant pas solutionner les problèmes de vie de ces patients, le professionnel devra adopter une nouvelle posture. Dans ce domaine, l'expertise n'existe pas, le conseil y est bien peu efficace. Le professionnel visera plutôt à favoriser et accompagner le questionnement, l'élaboration et la recherche de pistes, donc les apprentissages et le changement de cette personne. Il s'agit d'une transformation radicale de la posture du soignant, qui vient souligner s'il en était besoin, la nécessité

Rénover la conception des référentiels de compétences

de s'être préalablement accordé sur les intentions poursuivies (Lasserre Moutet, Chambouleyron et Barthassat, 2011). Les trois référentiels de compétences en ETP n'abordent pas cette thématique. La place du patient est certes mise en avant, mais la transformation profonde qu'elle implique dans le rapport patient-soignant n'est pas approfondie. Pourtant, c'est un axe fondamental de la formation continue des soignants suisses. Sans cela, la centration sur le patient risque de demeurer une déclaration d'intention.

Ceci étant, ces référentiels de compétences ont pour visée de dégager l'ETP de la pratique exclusive des soignants : on ne parle d'ailleurs plus de soignants mais d'acteurs de l'ETP. Dans les équipes d'ETP et dans les formations continues en ETP, on rencontre toujours des médecins (généralistes ou spécialistes) et des infirmiers, parfois des diététiciens, des psychologues, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des art-thérapeutes, des aides-soignants, des podologues. En Suisse, ces différents professionnels sont considérés comme des soignants. Ils ont en commun de prendre soin de personnes affectées dans leur santé, dans un cadre de soins. Surtout, ils sont perçus par les patients comme des personnes pouvant prendre soin d'elles. Chacun d'entre eux doit se saisir de la question de l'asymétrie de la relation patient-soignant, interroger son rapport à l'autorité et chercher la « séparation liante » avec le patient, au sens de Levinas.

Si les référentiels décrivent le processus éducatif et soulignent la place du patient à chacune des étapes, ils restent muets sur le thème des valeurs. Jamais définies, les valeurs de l'ETP semblent être une évidence, un socle commun et partagé par tous, spontanément. Tantôt se référant aux valeurs citoyennes, tantôt aux valeurs humanistes, les personnes interrogées dans le cadre de la construction des référentiels n'ont pas été amenées à approfondir ce thème.

Des équipes suisses d'ETP entreprennent un travail d'explicitation des valeurs sur lesquelles se construit la prise en charge des personnes vivant avec une maladie chronique. Ce faisant, elles précisent le regard qu'elles portent sur le patient, le but de l'ETP, la nature de la relation patient-soignant et parfois même leur manière de concevoir le processus « enseignement-apprentissage » si central en ETP. L'équipe du Dr. Juan Ruiz, Université de Lausanne, s'oriente par exemple vers la reconnaissance d'un processus d'apprentissage-enseignement inspiré de l'approche expérientielle et humaniste.

Silencieux sur cette question des valeurs, et plus spécifiquement encore sur les valeurs fondant la relation thérapeutique et la manière

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

d'appréhender le processus d'apprentissage, les référentiels laissent le champ libre à toutes les interprétations et donc à toutes les postures possibles.

L'approche incertaine par les compétences

La critique envers les référentiels de compétence est récurrente : ils tiennent plus du paradigme « enseigner » que du paradigme « apprendre » et à force de vouloir anticiper, parfois sur un mode behavioriste, sur les changements de comportements des personnes, ils peuvent négliger la dynamique du sujet apprenant. Ces éléments ne sont pas sans conséquence sur la conception d'une ingénierie pédagogique concourante. *Infra*, nous ne donnerons à voir que quelques pistes sur lesquelles refonder cette ingénierie au service des apprentissages. Un deuxième article présentera plus complètement les aspects éducatifs sur lesquels ce référentiel est construit. Ils restent encore, dans une large mesure, implicites et infondés.

Le référentiel des praticiens de l'ETP n'est pas structuré sur des valeurs fondamentales mais, par une ambition très fonctionnelle, selon la démarche de projet : du recueil des besoins à l'évaluation de l'action. Six phases se succèdent : accueillir le patient, analyser et convenir des besoins en ETP avec le patient, s'accorder sur les ressources nécessaires au projet, se coordonner avec les autres acteurs, mettre en œuvre le plan d'action, co-évaluer les résultats. Dans ce processus technique et méthodologique centré sur le professionnel, le patient intervient à deux étapes cruciales de la conception du projet d'action mais l'ensemble des phases est régulé par le professionnel. Celui-ci devra faire preuve d'adaptation et de prise en compte des variables individuelles du patient pour convenir des besoins en ETP ou s'accorder sur les ressources nécessaires au projet, mais, clairement, le patient n'est pas celui qui conduit le processus d'élaboration, de réalisation et d'évaluation.

Ces référentiels visent à professionnaliser l'exercice de l'ETP. Il s'agit surtout de fonder une démarche centrée sur le professionnel du soin et de l'accompagnement, ou sur la coordination d'actions, que sur le patient lui-même.

Pourtant, pouvons-nous exiger d'un référentiel de compétences ce qu'il ne peut pas fournir ? Nous le constatons, l'ingénierie de la formation avec ses référentiels, encore marqués par le béhaviorisme triomphant des

Rénover la conception des référentiels de compétences

années 1970 à 1990, peinent à prescrire les éléments de posture. Si la posture se définit comme un ensemble dynamique de croyances, d'intentions et d'actions (Lameul, 2006) qui guide l'activité mais aussi les choix de carrière et, peut être, une partie du développement professionnel, alors nous comprenons que ces référentiels - outils destinés à rationaliser et à industrialiser la formation - ne fourniront pas les réponses attendues par les professionnels.

Nous noterons par ailleurs que l'ETP est une activité professionnelle qui appartient au secteur des relations de service. Des humains interviennent pour et avec d'autres humains (Mayen, 2007). Le diagnostic est une caractéristique essentielle des relations de service, de l'ETP y compris. Le praticien, engagé dans cette relation de service, est amené à structurer un certain nombre d'éléments pour augmenter la compréhension de la situation et ce, de manière notable, conjointement avec le patient. Cette compréhension est à finalité opérationnelle et doit permettre la prise de décision. D'autre part, le projet d'éducation thérapeutique consiste à rétablir la situation à un niveau plus satisfaisant eu égard aux objectifs négociés avec le patient. Le savoir profane du patient sur sa maladie est donc un de ces éléments que le praticien doit identifier et intégrer au projet de soin. Il s'agit même d'une dimension centrale. A elle seule, elle justifierait que l'analyse du travail des praticiens de l'ETP soit conduite avec rigueur pour comprendre et analyser finement cette dimension pivot de l'action. Énoncer des prescriptions sur les comportements, même et surtout en grand nombre, n'épuise pas la question.

Un référentiel de compétences pertinent suppose un étayage conceptuel de la notion de compétence. La notion est complexe et renvoie à plusieurs dimensions en interaction. Dès 1999, Yves Lichtenberger insistait sur l'idée que la compétence ne pouvait pas se réduire à une réponse mécanique du professionnel pour traiter la tâche : « La compétence c'est la traduction d'un surcroît d'exigence vis-à-vis du salarié, du technicien jusqu'à l'opérateur, celui d'avoir à s'organiser lui-même, à prendre sur lui pour répondre aux insuffisances du travail prescrit face aux fluctuations des demandes des clients et à la variété des événements en production » (Lichtenberger, 1999). Le surcroît d'exigence représente bien une capacité d'adaptation et de gestion des imprévus.

Est compétent, celui qui sait réaliser ordinairement les tâches demandées mais aussi, et surtout peut être, celui qui saura absorber les variations, petites et grandes, du travail réel, ce qui, pour une part, est imprévisible et, pour une autre part, renvoie à des ressources cognitives difficiles ou impossibles à observer directement. Faute d'une approche de

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

la compétence étayée par l'ergonomie et la didactique professionnelle (Pastré, 2011), l'ingénierie de formation court le risque de ne pas prendre en compte l'ensemble des ressources cognitives mobilisées par les professionnels.

Une ingénierie de la formation encore behavioriste ?

L'approche par les compétences en France, avec sa production abondante de référentiels d'activité qu'elle distingue des référentiels de compétences, s'est installée au cœur de l'ingénierie de formation. Elle guide dorénavant les procédures de validation d'acquis ou l'obtention des diplômes. Elle représente par ailleurs une alternative à la pédagogie par objectifs, d'inspiration behavioriste. Pour évaluer les compétences, cette dernière a mesuré la performance, c'est-à-dire la réponse comportementale face à la tâche, et ne s'est intéressé qu'à la conformité de la performance à la tâche. Des objectifs pédagogiques opérationnels persistent d'ailleurs encore en formation d'infirmier, tels que « l'étudiant sera capable de procéder, après calcul de dose, à la mise en marche d'une seringue auto-pulsée, en se conformant aux mesures de sécurité et d'asepsie en vigueur ». Dans l'approche par les compétences, ces dernières sont encore exprimées comme une tâche, une exigence, un comportement attendu, comme l'atteste par exemple la première compétence du référentiel pour la formation en soins infirmiers en France : « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ». Dans ces conditions, le contexte et ses effets sont absents, la motivation et les déterminants personnels de l'étudiant sont ignorés ainsi que la signification que peut donner le formateur à son enseignement.

La compétence représente plutôt une interaction dynamique entre une organisation cognitive de l'activité, structurée au fil de l'expérience professionnelle, et une situation : « une compétence est (1) construite, (2) située, (3) réflexive et (4) temporairement viable » (Jonnaert, 2006, p. 77). S'il ne s'agit pas ici de mettre en cause la pertinence des tâches regroupées dans les référentiels de compétences, nous discutons le réductionnisme qui caractérise ces référentiels. Les tâches sont présentées comme des sortes d'invariants des emplois, or elles sont diverses et dépendent des situations, des priorités du management, des opérateurs et de l'état du système productif à un moment donné. Comment généraliser et présenter sous une forme intangible et invariable ce qui est contingent ?

Rénover la conception des référentiels de compétences

L'ingénierie de formation semble ainsi se contenter de réponses pragmatiques à visée consensuelle avec l'ensemble des parties prenantes.

Une rénovation en cours

D'autres types de référentiels ont pu être construits (Coulet et Chauvi-gné, 2005 ; Nagels et Le Goff, 2008 ; Nagels et Letoret, 2010). Ils reposent sur l'idée que l'activité est organisée par un schème (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006), ce schème pilote les routines professionnelles mais aussi les comportements visant à s'adapter aux situations rencontrées. La performance, en tant que comportement observable, est directement régulée par un schème de diagnostic, d'action et d'évaluation. D'autre part, il est nécessaire de rappeler que la performance n'est jamais qu'un indice de la compétence à un moment donné (Nagels, 2009). La compétence n'a pas seulement une valeur diagnostique, ce que le professionnel sait faire dans cette situation, elle possède aussi une valeur pronostique et indique ce que saurait faire le professionnel à l'avenir à l'intérieur d'une classe de situations similaires.

Au-delà de la mesure de la performance, la compétence est donc un jugement, une évaluation sociale (Albero et Nagels, 2011). Un professionnel n'est pas seulement compétent parce qu'il traite efficacement les tâches prescrites, il est aussi reconnu compétent parce qu'il s'est adapté aux normes de son milieu professionnel et sait faire valoir stratégiquement ses performances. La compétence ne peut donc se réduire ni à l'exécution comportementale d'une tâche ni, non plus, à l'organisation cognitive de l'activité qui rend possible la performance. Pour ces raisons, les référentiels de compétences ne parviennent pas à restituer toute la complexité de cette notion.

L'analyse du travail comme préalable

L'analyse de l'agir professionnel suppose, au minimum, de revenir à l'analyse de l'activité pour comprendre l'organisation cognitive de l'activité d'un professionnel et la mettre en relation avec les tâches et les situations. Cette condition est indispensable en didactique professionnelle, elle permet de concevoir une ingénierie pédagogique dédiée au développement des compétences.

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

La confusion que l'ingénierie commet souvent porte sur les notions de tâche et de compétence. La tâche est définie en ergonomie par « un but à atteindre » à la différence de l'activité : « ce qui est mis en œuvre par le sujet pour exécuter la tâche ». Depuis plus de cinquante ans, la distinction est reprise : « La tâche indique ce qui est à faire, l'activité, ce qui se fait. La notion de tâche véhicule avec elle l'idée de prescription, sinon d'obligation. La notion d'activité renvoie, elle, à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations » (Leplat et Hoc, 1983).

L'analyse des tâches et des situations précède l'analyse de l'activité. Cette deuxième analyse permet de ne pas s'en tenir à l'identification d'un comportement attendu. Qu'avons-nous vraiment dit quand nous affirmons qu'un praticien de l'ETP doit « pratiquer l'écoute active et bienveillante » ? Nous avons énoncé une tâche, mais il reste l'essentiel : comprendre quelles ressources le praticien va mobiliser pour développer une attitude empathique dans un contexte donné.

L'enjeu est de comprendre l'effort de conceptualisation dans l'action que va accomplir le praticien pour organiser son activité et obtenir des performances. L'analyse de l'activité permet précisément de repérer les apprentissages (le charisme et l'empathie ne sont pas un don...) et les conditions de ces apprentissages face à une variété de situations dans lesquelles les protocoles ne s'appliquent jamais tout à fait à l'identique.

Les apprentissages se réalisent en situation parce que la compétence est relative à une classe de situations. Ces situations regroupées en classe présentent des caractéristiques homogènes mais aussi des variations génératrices d'imprévus et d'adaptations. La compétence est une inférence basée sur l'observation de comportements performants et adaptatifs. L'analyse de la compétence suppose la compréhension des déterminants organisationnels et leur traduction sous forme de niveau d'autonomie et de responsabilité. Comment un référentiel, outil de standardisation à vocation industrielle, pourrait-il intégrer ces variables ?

Aux comportements attendus et aux ressources cognitives du praticien, il conviendrait d'y adjoindre la connaissance de l'organisation, moins dans son organigramme que dans la manière dont l'ordre social émerge et se négocie. Lorsque nous aurons ajouté les déterminants personnels, tels que l'auto-efficacité (système de croyances en sa capacité à réussir) et l'agentivité du professionnel (Bandura, 2001), nous obtiendrons une vision sociocognitive de la compétence (Albero et Nagels, 2011). Ce modèle théorique, celui de la maîtrise des usages professionnels, rend compte des ressources cognitives, conatives et volitives mobili-

Rénover la conception des référentiels de compétences

sées en situation, de leur contribution aux comportements efficaces et de l'articulation stratégique du praticien avec son environnement de travail.

Un référentiel de compétences, et non plus de tâches, peut donc avoir l'ambition de d'exposer les éléments génériques attendus sur chacune de ces dimensions. Il se présente alors comme un texte utile en formation, à même de guider une approche pédagogique globale et sans doute moins normative. Les situations d'apprentissage sont référées à des situations de travail significatives et critiques, les problèmes posés aux apprenants visent à leur faire acquérir des heuristiques efficaces. Le *debriefing* a alors pour rôle de stabiliser et de conscientiser les résultats du processus de conceptualisation dans l'action. Il s'agit de mettre l'accent sur la résolution de problèmes et non uniquement sur la procédure que, de toute manière, les experts n'appliquent pas à la lettre mais plutôt *en toute connaissance de cause*.

Analyse critique du référentiel de compétences des praticiens de l'ETP

En mars 2012, le référentiel de compétences a reçu un avis favorable du Haut conseil des professions paramédicales. Le 2 juin 2013, le décret n° 2013-449 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient est publié au Journal officiel. Le texte procède en conséquence à une actualisation des compétences requises pour les personnes qui dispensent l'éducation thérapeutique du patient. Il définit en outre les compétences requises pour coordonner cette éducation thérapeutique. Ces référentiels devront ensuite être appropriés et modifiés pour passer du stade de référentiel de compétences à celui de référentiel de formation et d'évaluation.

Le référentiel de compétences a été conçu comme une étape en vue de construire la future formation des professionnels de l'ETP. Il est habituel en ingénierie pédagogique de distinguer le rôle joué par le référentiel de compétences, qui est de définir les compétences, de celui tenu par le référentiel de formation qui est plutôt de planifier le déroulement des études pour acquérir les compétences définies préalablement. Dans le cas qui nous intéresse, l'INPES ne semble pas distinguer clairement les deux fonctions. Le référentiel de formation présente « un ensemble cohérent et significatif des compétences à acquérir par le biais de la formation (...) ». C'est un outil de référence pour la sanction des études » (INPES, 2011d,

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

p. 5). Quelles transformations devront toutefois être apportées ? Comment penser l'ingénierie didactique professionnelle en ETP à la faveur des réflexions critiques précédentes sur les situations et l'activité ?

Compétences critiques et analyse de l'activité

Poursuivons le raisonnement à propos de l'exemple de la co-analyse des besoins entre le praticien et le patient. La co-analyse des besoins représente une compétence critique des praticiens de l'ETP. Rappelons que « le caractère critique d'une compétence ne se mesure pas seulement au caractère difficilement remplaçable de l'individu qui la possède mais aussi à la difficulté qu'il y a à l'acquérir » (Vergnaud, 1998, p. 280). En ce sens, la co-analyse des besoins est bien une compétence critique, une compétence de cœur de métier.

À côté de la co-analyse, le référentiel propose d'autres compétences moins critiques. En effet, la coordination dans l'équipe est une fonction partagée, la mise en œuvre du projet est parfois déléguée et l'accueil est le fait d'un grand nombre de soignants. En tout, le référentiel retient six « situations » qui sont définies comme des classes de situations : « c'est-à-dire un ensemble homogène de situations rencontrées par les praticiens et définies par des circonstances et un problème à résoudre ». Cette définition est désormais classique en didactique professionnelle. Chaque classe de situations fait l'objet d'exemples et liste de deux à huit « activités ». La notion d'activité, au sens de l'INPES, est définie comme : « L'ensemble des actions d'une personne ou d'une équipe, organisées selon un processus logique, pour remplir les missions d'ETP confiées ». Toutefois, ces « activités » sont exprimées par un verbe d'action : accueillir des personnes, donner un premier niveau d'information, établir un bilan, etc. La formulation de ces énoncés renvoie donc très directement aux attentes adressées aux praticiens, c'est-à-dire, en fait, aux exigences de la tâche. Si le référentiel de compétences des praticiens de l'ETP met effectivement la tâche en relation avec l'activité, il utilise pour ce faire des énoncés prescriptifs définissant des exigences, ce qui est contraire aux propositions de l'ergonomie.

L'activité, sauf dans la perspective behavioriste, ne peut être réduite à la performance attendue. L'activité est organisée au plan cognitif, elle possède une « structure intérieure déterminée » (Leontiev, 1976, p. 276) et la production de l'action résulte de trois étapes (Galperine, 1966). La première est celle de l'orientation pendant laquelle le praticien développe

Rénover la conception des référentiels de compétences

une représentation subjective de la situation dans son environnement et du problème à traiter. La tâche n'est qu'un des éléments pris en compte pour s'orienter, l'évaluation des ressources et des contraintes de la situation ainsi que des déterminants personnels tels que la motivation ou l'auto-efficacité sont d'autres éléments qui concourent à l'orientation de l'activité. La deuxième étape, de prise de décision et d'exécution dirigée par des buts conscients, est couplée à la troisième, celle de l'autorégulation de ses cognitions et de ses comportements.

Identifier les ressources de la compétence

Le référentiel de compétences des praticiens de l'ETP ambitionne notamment de présenter les ressources qui seraient associées aux compétences, en privilégiant « les connaissances, techniques et méthodes ». Au titre de la co-analyse de sa situation avec le patient, voici quelques exemples de ressources, compris dans une liste de vingt-cinq items : « connaissances biomédicales sur les pathologies, les médicaments (...) connaissances des principes de l'ETP (...) techniques de communication (...) méthodes de résolution de problèmes (...) ». A nouveau, la formulation de ces énoncés renvoie à un caractère de généralité. Pour la « connaissance des modèles pédagogiques », combien faudrait-il en connaître, lesquels, à quel niveau d'exactitude des connaissances faut-il parvenir ? Mais surtout, en quoi guident-ils la co-analyse des besoins ? Dans quelle mesure sont-ils utiles, et en quoi, à l'action efficace ?

Il est en effet nécessaire de nommer les ressources de la compétence. Les ressources pertinentes concernent particulièrement les savoirs, académiques et pragmatiques. Elles tiennent aussi de la planification de l'action par le praticien, ainsi que de l'appréciation des conditions et des contraintes de la co-analyse avec le patient, des relations de causalité des actions, des anticipations, des critères d'évaluation de la performance et de l'atteinte des résultats, etc. Les ressources que le praticien mobilise dans l'action sont celles qui vont lui permettre de diagnostiquer la situation de travail et de s'orienter, de s'inscrire dans une relation de service de son point de vue de professionnel avec le patient, de réguler son action pour parvenir au résultat souhaité. Ces variables deviennent accessibles par l'analyse du travail, auprès des experts mais aussi auprès des novices et auprès des patients eux-mêmes, premiers bénéficiaires et premiers évaluateurs des conduites des praticiens.

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

Les choix méthodologiques de la conception et ses conséquences

Comment comprendre que les concepts ergonomiques de l'analyse du travail n'aient été que partiellement repris lors de la conception du référentiel ? Une des explications tient en ce que la visée d'un référentiel est normative ; la rédaction et la promotion d'un référentiel de compétences est un enjeu d'ordre professionnel et non scientifique. Cet outil est destiné à réguler le marché des prestations d'éducation thérapeutique du patient et de la formation des professionnels. Pour cette raison, le choix a été fait d'interroger les experts de l'ETP et de ses pratiques, en France et ailleurs. Quand des experts s'expriment sur leur travail, ils rédigent des listes de prescriptions comportementales qu'ils estiment en relation avec la qualité des prestations d'ETP et l'amélioration continue de cette qualité. L'appel aux experts est précieux mais les experts sont parfois laconiques. Les exemples abondent en analyse du travail sur la difficulté de mettre l'activité en mots. Les experts savent faire le travail et réussissent mieux, et plus régulièrement, que d'autres professionnels face à la complexité des problèmes à résoudre, en revanche, ils éprouvent des difficultés à transmettre leur savoir-faire et à rendre l'intelligible leurs propres heuristiques. Savoir-faire n'est pas dire, ni savoir-dire comment faire. Les experts butent, finalement comme tout professionnel, sur le rôle joué par leurs propres routines. La routine reste un phénomène économique au plan cognitif mais elle masque les raisonnements qui sont à l'œuvre. Expliquer son travail consiste, dans un premier temps, à communiquer sur ce qui paraît le plus accessible : les tâches à remplir, le contexte et la situation mais aussi les méthodes à employer. Un certain nombre de savoirs empiriques et pragmatiques sont mobilisés sans efforts très importants. En revanche, la prise de conscience des schèmes qui guident notre activité est un exercice plus complexe. Elle est facilitée par la présence d'un tiers et par l'usage de grilles d'analyse fondée sur des théories de l'activité. Le but est de comprendre que l'activité est une construction singulière qui embrasse dans le même mouvement la tâche, sans doute plus facile à identifier, et le professionnel avec ses motivations, ses savoirs, ses croyances et ses buts. Autant dire que les stratégies de recueil des données auprès des experts de l'ETP ont été déterminantes et ont conditionné l'insuffisante qualité des données sur lesquelles le référentiel a été bâti.

Rénover la conception des référentiels de compétences

Conclusion

Cet article repose sur un paradoxe. Notre époque se caractérise par un appel incessant à la professionnalisation et à l'instrumentation de la formation, à telle enseigne que nous connaissons une inflation de référentiels de compétences, mais la qualité de ces référentiels ne permet pas toujours d'atteindre les buts visés, notamment, lorsqu'il s'agit de guider une ingénierie de formation contingente. L'approche par les compétences n'a peut être jamais été aussi nécessaire mais nous sommes loin de disposer des outils indispensables pour mener efficacement cette démarche. Il en est ainsi de l'éducation thérapeutique du patient et de ses référentiels.

Devant l'inaboutissement des référentiels et au vu de leur visée normalisatrice, il nous semble nécessaire de poursuivre la réflexion éthique, éthique du sujet qu'il s'agit d'accompagner plus ou moins loin dans sa démarche vitale d'autonomie et de responsabilité. L'ETP est une relation de service, co-construite par le patient et le praticien ; ce qui renvoie à une double perspective : le patient est l'expert de son corps et du vécu de sa santé, quant au professionnel, il dispose d'un système de connaissances et de croyances sur ce qu'il convient de faire. L'appel à des attitudes empathiques est indispensable mais ne résoudra pas fondamentalement la question éthique de la relation à l'autre.

Nous voulons également conclure sur une autre éthique, celle du professionnel qui tient en bonne place la créativité et l'adaptation à autrui. La lourde responsabilité du praticien de l'ETP est de mettre en œuvre les programmes et les dispositifs « en connaissance de cause » ce qui interdit une reproduction routinière du savoir faire. Ce sont les adaptations en situation qu'il convient de privilégier au sein de la compétence des praticiens de l'ETP.

Aux formateurs d'aider à la professionnalisation des pratiques. Leur savoir-faire devrait les orienter vers une exploration authentique de l'activité pour comprendre, avec les praticiens, les ressorts d'une activité efficace et respectueuse. Eux aussi devront faire preuve de créativité dans l'interprétation de référentiels de compétences, celui de l'INPES ou d'autres.

Nagels, M., & Lasserre Moutet, A. (2013). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. *Recherches et Éducatons*, (9).

Références

- Albero, B. et Nagels, M. (2011). La compétence en formation. Entre instrumentalisation de la notion et instrumentation de l'activité. *Éducation et formation*, (296), 13-30.
- Assal, J.-P. et Golay, A. (2001). *Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique* (Georg Editeur.). Genève.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory : an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1 - 26.
- Berger, D. et Jourdan, D. (2005). Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé. *La santé de l'Homme*, (377), 33 - 38.
- Charbonnel, B. (2011). La loi HPST sur l'éducation thérapeutique du patient : et maintenant ? *Diabète éducation*, 21(2), 1-2.
- Chauvigné, C., Demillac, R., Le Goff, M., Nagels, M. et Sauvaget, G. (2008). Construire un référentiel de validation en cohérence avec le référentiel de compétences: enjeux méthodologiques, pédagogiques et organisationnels. Dans Association internationale de pédagogie universitaire (Dir.), *25^{eme} congrès de l'AIPU. Le défi de la qualité dans l'enseignement supérieur: vers un changement de paradigme...* Montpellier : Université de Montpellier 2.
- Chauvigné, C. et Lenoir, Y. (2010). *Recherche et formation. Les référentiels en formation: enjeux, légitimité, contenu et usage* (Vol. 64). INRP.
- Coulet, J.-C. et Chauvigné, C. (2005). Passer d'un référentiel de compétences à une ingénierie de formation. *Éducation Permanente*, 165(4).
- Galperine, P. (1966). Essai sur la formation par étapes des actions et des concepts. *Recherches psychologiques en URSS* (Les éditions du progrès., p. 168 - 183). Moscou.
- INPES. (2011a, aout). Élaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient. *inpes.sante*. Consulté 5 mai 2012, à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-coordination.pdf>
- INPES. (2011b, aout). Référentiel de compétences pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques ou des programmes d'ETP. *inpes.sante*. Consulté 5 mai 2012, à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-pilote.pdf>
- INPES. (2011c, aout). Élaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Le référentiel des praticiens. *inpes.sante*. Consulté 5 mai 2012, à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf>
- INPES. (2011d, aout). Élaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Introduction et mode d'emploi. *inpes.sante*. Consul-

Rénover la conception des référentiels de compétences

- té 5 mai 2012, à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/mode-emploi.pdf>
- INPES. (2011e). Référentiel de compétences en éducation pour la santé. Consulté à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-EPS/docs/referentiel-EPS.pdf>
- Jonnaert, P. (2006). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles : De Boeck.
- Lameul, G. (2006). *Former des enseignants à distance ? Étude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles enseignantes*. Sciences de l'éducation, Nanterre.
- Lasserre Moutet, A., Chambouleyron, M. et Barthassat, V. (2011). Éducation thérapeutique séquentielle en médecine générale. *La Revue du Praticien*, 25(869), 732 - 734.
- Leontiev, A. (1976). *Le développement du psychisme*. Paris : Éditions Sociales.
- Leplat, J. et Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 3(1), 50-63.
- Lichtenberger, Y. (1999). La compétence comme prise de responsabilité. *Entreprises et compétences : le sens des évolutions*. ECRIN.
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en éducation*, (4), 51-64.
- Nagels, M. (2009). Évaluer des compétences ou des performances ? Une distinction opérationnelle en gestion des ressources humaines. *Actes du 21e colloque de l'ADMEE-Europe, 21-23 janvier 2009*. Louvain-La-Neuve : ADMEE.
- Nagels, M. et Le Goff, M. (2008). Des référentiels de compétences innovants : quelle appropriation par les enseignants ? Dans Télécom Bretagne (Dir.), *Actes du Veme colloque Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur. Enseigner, étudier dans le supérieur : pratiques pédagogiques et finalités éducatives*. Brest : Télécom Bretagne, ENESIETA, École navale, Université de Bretagne occidentale.
- Nagels, M. et Letoret, A. (2010). Analyser les compétences en protection maternelle et infantile pour piloter le changement. *Santé publique*, (1), 63-75.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle*. Paris : PUF.
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.
- Vergnaud, G. (1998). Au fond de l'action, la conceptualisation. Dans J.-M. Barbier (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : PUF.
- Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. Paris : Presses universitaires de France.