

**Faculté de santé publique**

# **Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?**

Mémoire réalisé par  
**Alyssa Hennebert**  
**Katlyne Guillaume**

Promoteur(s)  
**Isabelle Aujoulat**  
**Ségoène Malengreaux**

Année académique 2021-2022  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?**

Mémoire réalisé par  
**Alyssa Hennebert**  
**Katlyne Guillaume**

Promoteur(s)  
**Isabelle Aujoulat**  
**Ségolène Malengreaux**

Année académique 2021-2022  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements :

Tout d'abord, nous souhaitons remercier notre promotrice Madame Isabelle Aujoulat ainsi que notre co-promotrice Ségolène Malengreaux pour leur confiance, leur soutien, leur bienveillance, leur patience et leurs précieux conseils. Et qui ont su nous guider, nous accompagner dans notre démarche et répondre à nos questions.

Ensuite, nous tenons à remercier Mariangela Fiorente pour son aide, son soutien et sa bienveillance.

Merci aux membres représentant les partenaires du projet « titre » pour leurs encouragements et leur précieuse aide durant la réalisation de ce mémoire.

Nous souhaitons également remercier tout le corps enseignant du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain pour nous avoir formées durant ces deux années passées au sein de l'université.

Pour finir, nous souhaitons remercier nos proches pour leur patience et leurs encouragements pendant ces années d'études. Nous remercions également nos amis pour leur soutien et leur présence à chaque instant.

## **Le plagiat**

*Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## Liste d'abréviations :

- **ASPHER** : Association of Schools of Public Health in the European Region
- **CHIC** : Community Health Improvement Clerkship
- **CINAHL** : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- **CIO-UdeM** : Comité Inter-facultaire Opérationnel - Université de Montréal
- **CSSS** : Centre de Santé et de Services Sociaux
- **DCPP** : Direction Collaboration et Partenariat Patient
- **ETSU** : East Tennessee State University
- **FRB** : Fondation Roi Baudouin
- **HC&P** : Health Care and Prevention
- **HPL** : Health Promotion Labory
- **HELB** : Haute Ecole Libre de Bruxelles
- **INSPQ** : Institut Nationale de Santé Publique du Québec
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PII** : Plan d'Intervention Interdisciplinaire
- **PRISMA-ScR** : PRISMA extension for Scoping Review)
- **PPS** : Prévention et Promotion de la Santé
- **PS** : Promotion de la Santé
- **PSMG** : Promo Santé & Médecine Générale
- **PNSP** : Programme national de santé publique
- **ROME** : Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois
- **SP** : Santé Publique
- **SIEP** : Service d'Information sur les Etudes et les Professions
- **TRIP** : Transforming RN Roles in Community Based Integrated Primary Care
- **UCLouvain** : Université Catholique de Louvain
- **ULiège** : Université de Liège

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION .....  | 1  |
| 1. Contexte de la réalisation du mémoire : .....  | 2  |
| 1.1. L'appel à projets lancé par la Fondation Roi Baudouin : .....  | 2  |
| 1.2. La recherche collaborative REFORM P <sup>2</sup> .....   | 3  |
| 2. Notre contribution et synthèse de la problématique et de la question de la recherche. ....                 | 7  |
| PARTIE CONCEPTUELLE.....  | 10 |
| 1. Prévention et promotion de la santé (PPS) - Etat des lieux de ces deux concepts.....                       | 11 |
| 1.1. Définition et contexte général de la prévention et de la promotion de la santé :.....                    | 11 |
| 1.2. Lien entre prévention et promotion de la santé.....  | 13 |
| 1.3. Axe 5 de la Charte d'Ottawa : Réorienter les services de santé .....                                     | 13 |
| 2. Enseignement et formation des professionnels de la première ligne de soins de santé... 15                  |    |
| 2.1. Interdisciplinarité .....  | 15 |
| 2.2. Définition des soins de première ligne et rôles des professionnels de la première<br>ligne de soins..... | 16 |
| 2.3. La formation professionnalisante : de quoi parle-t-on ? .....  | 16 |
| 3. Définitions de concepts clés en pédagogie .....  | 18 |
| 3.1. Approche pédagogique .....   | 18 |
| 3.2. Alignement pédagogique .....   | 19 |
| MÉTHODOLOGIE COMMUNE.....   | 27 |
| MÉTHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA PARTIE CONCERNANT L'ANALYSE<br>COMPARATIVE DE REFERENTIELS METIERS.....       | 30 |
| 1. Méthodologie :.....  | 31 |
| 1.1. Collecte des données.....  | 31 |
| 1.2. Analyse des données .....  | 32 |
| 2. Résultats :.....   | 35 |
| 2.1. Présentation des référentiels sélectionnés pour l'analyse .....  | 35 |
| MÉTHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA PARTIE CONCERNANT L'ANALYSE DE<br>DISPOSITIFS DE FORMATION INITIALE .....     | 52 |
| 1. Méthodologie :.....  | 53 |
| 1.1. Collecte des données et stratégie de recherche .....   | 53 |
| 1.2. Extraction et analyse des données.....   | 55 |
| 2. Résultats :.....   | 58 |
| 2.1. Caractéristiques des dispositifs de formation inclus .....   | 58 |
| 2.2. Résultats principaux.....  | 59 |
| DISCUSSION.....   | 74 |
| 1. Partie concernant l'analyse comparative de référentiels métiers .....                                      | 75 |

|   |     |
|---|-----|
| 2. Partie concernant l'analyse de dispositifs de formation initiale en promotion de la santé .....  | 77  |
| 2.1. Réponse à la question de recherche .....   | 77  |
| 3. Discussion commune .....   | 82  |
| 3.1. Limites et biais .....   | 84  |
| CONCLUSION .....  | 85  |
| BIBLIOGRAPHIE .....   | 88  |
| ANNEXES .....   | 97  |
| Annexe 1 : Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet .....   | 98  |
| Annexe 2 : Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe .....  | 107 |
| Annexe 3 : Appel à candidatures pour un projet de recherche 2021 – Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?..... | 122 |
| Annexe 4 : Equations de recherche retenues sur PubMed.....  | 126 |
| Annexe 5 : Equations de recherche retenues sur Embase.....  | 127 |
| Annexe 6 : Equations de recherche retenues sur CINAHL : .....   | 128 |

# **INTRODUCTION**

## **1. Contexte de la réalisation du mémoire :**

### **1.1. L'appel à projets lancé par la Fondation Roi Baudouin :**

La Fondation Roi Baudouin (FRB) a lancé un appel à candidatures pour un projet de recherche en 2021. En effet, pour la FRB (2021), la prévention et la promotion de la santé mériteraient d'être mieux intégrées dans les pratiques des professionnels de la première ligne de soins. Celles-ci sont nécessaires afin de donner aux gens la capacité et les moyens pour contrôler davantage leur santé et l'améliorer (Fondation Roi Baudouin, 2021). Elles peuvent mettre l'accent tant sur les comportements individuels que sur un large éventail d'interventions sociales et environnementales (Fondation Roi Baudouin, 2021). Dans cet appel, la FRB (2021) rapporte le constat d'un manque d'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans les programmes d'études de base en sciences médicales, paramédicales, psychologie ou sciences sociales pour remarquer que la prévention et la promotion de la santé sont peu présentes (Fondation Roi Baudouin, 2021). De nombreux professionnels de la première ligne de soins soulignent d'ailleurs un manquement quant à l'inclusion de ces concepts à leur formation (Fondation Roi Baudouin, 2021). Cependant, la FRB (2021) met en avant le fait qu'il est essentiel que chaque professionnel de la santé se sente impliqué et compétent dans l'ensemble du continuum de la santé (promotion de la santé, prévention, réduction des risques, accompagnement, soins, réhabilitation). Pour la FRB (2021), il est donc pertinent d'intégrer davantage des concepts et des méthodologies relatifs à la prévention et la promotion de la santé dans les formations de base ou continue des professionnels de la première ligne.

Un appel à projets a donc été lancé par la FRB afin de tenter de répondre à la question *“quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation de la première ligne de soins ?”* (Fondation Roi Baudouin, 2021). Celui-ci vise essentiellement deux objectifs :

- 1) Réaliser un cadastre et une analyse comparative de la manière dont la prévention et la promotion de la santé sont aujourd'hui intégrées dans les formations de base et continue des professionnels de santé de la première ligne, en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles et Flandre) et à l'étranger ;
- 2) Définir les stratégies pertinentes permettant de mieux intégrer de manière concrète à l'avenir la prévention et la promotion de la santé dans les formations de base ou continue des professionnels de santé de la première ligne, en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles et Flandre) (Fondation Roi Baudouin, 2021).

À terme, la FRB (2021), aimerait disposer d'une vue globale de la maîtrise des concepts et méthodologies de prévention et de promotion de la santé par les professionnels de santé de la première ligne et proposer des recommandations afin de renforcer leur maîtrise notamment via une amélioration des formations de base et continue (Fondation Roi Baudouin, 2021).

L'appel à projets du Fonds Van Mulders-Moonens constitue pour les professionnels de la promotion de la santé et des soins de première ligne une invitation à investir en particulier le cinquième axe de la Charte d'Ottawa, que nous avons déjà abordé précédemment dans ce travail (Fondation Roi Baudouin, 2021). En effet, cet appel à projets permet d'investiguer cet axe de la réorientation des services de santé, par une attention particulière aux possibilités des personnes et au renforcement de leurs ressources

personnelles et de celles liées à l'environnement, par opposition à une attention focalisée sur les problèmes et les facteurs de risque (Fondation Roi Baudouin, 2021).

Cet appel est orienté vers les différentes structures de recherche, universitaires ou non, et bureaux d'études actifs en Belgique dans la recherche en santé publique et en prévention/promotion de la santé (Fondation Roi Baudouin, 2021).

## **1.2. La recherche collaborative REFORM P<sup>2</sup>**

### *1.2.1. Contexte du projet*

Le Service universitaire de Promotion de la Santé UCLouvain/IRSS-RESO est un opérateur de promotion de la santé en Région Bruxelles-Capitale et en Région Wallonne qui vise à être une interface entre les savoirs scientifiques, expérientiels et politiques en matière de promotion de la santé, et ce, dans le but que les actions et choix améliorant la santé des populations se basent sur les connaissances disponibles et les données probantes (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021).

Le secteur francophone de la promotion de la santé, dont le RESO fait partie, et des membres de la Chaire interdisciplinaire de la première ligne (Be.hive) se sont associés pour répondre à l'appel du Fonds Van Mulders-Moonens (géré par la FRB) en déposant conjointement un projet qui rassemble leurs compétences respectives dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention en matière de santé et des soins de première ligne (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021). L'objectif de ce projet est de :

Co-construire, valider et diffuser des recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnels de la première ligne de soins. Ces recommandations s'articuleront autour d'un référentiel de compétences et d'un ou plusieurs cahiers des charges opérationnels qui seront élaborés dans le cadre du projet. Elles comprendront également une attention aux facteurs contextuels et structurels propres à la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), territoire sur lequel le groupe mènera la recherche (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021) (Annexe 1).

Ce projet s'inscrit dans une démarche de recherche collaborative encadrée par un modèle de gouvernance adapté de la sociocratie qui favorise l'intelligence collective au service du projet (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021). En effet, au travers de l'investigation de l'objet de recherche (c'est-à-dire l'enseignement et la formation de la PPS auprès des professionnels de la première ligne de soins), les savoirs seront co-construits, et ce, par la création d'un lien entre différents milieux de pratiques

(Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021).

La collaboration entre ces partenaires a démarré dès l'écriture du projet, pour en déterminer l'objectif ainsi que les étapes pour parvenir à ce dernier (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021). Ce qui a permis de créer un espace de collaboration et de co-construction d'un savoir commun afin de mieux ancrer la promotion de la santé et la prévention en matière de santé (PPS) dans la formation des professionnels de la première ligne de soins (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021).

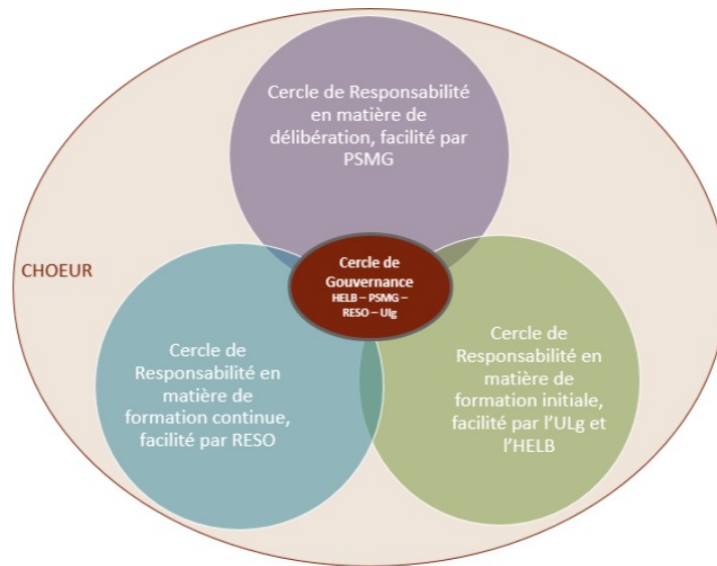
La recherche REFORM P<sup>2</sup> contribue à ce que les services de santé de la première ligne de soins soient davantage orientés vers la PPS (UCLouvain, s. d.). Celle-ci étant cadrée par diverses chartes et déclarations internationales mettant en avant la présence d'inégalités en matière de santé (UCLouvain, s. d.).

### 1.2.2. La structure de gouvernance de la recherche

Comme mentionné précédemment, la structure de gouvernance du projet s'inspire d'un mode de prise de décision et de gouvernance conceptualisé par Buck et Endenburg sous le terme de « sociocratie » (cité par (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Cela permet que chacun des membres de cette structure puisse exercer un pouvoir dans la gestion de la recherche (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Cette façon de faire est pertinente par rapport aux valeurs et aux démarches de promotion de la santé des populations qui veulent renforcer la participation de tous (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021).

Cette structure de gouvernance est présentée dans la figure 1 ci-dessous.

**Figure 1.** Structure de gouvernance de la recherche collaborative REFORM P<sup>2</sup>



Cette structure est composée de trois Cercles de responsabilité autonomes et interconnectés (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Chacun de ces Cercles a un rôle et une mission différents (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Les membres de ces Cercles sont considérés comme des co-chercheurs et co-chercheuses et contribuent donc à la définition des grandes orientations du projet de recherche (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Ils participent aussi au travers de moments de délibération et contribuent à la dissémination des résultats de la recherche (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Les missions de ces cercles de responsabilité sont en lien avec les étapes du projet de recherche : il y a un cercle de responsabilité en matière de formation continue, un en matière de formation initiale et un en matière de délibération.

L'intersection de ces trois Cercles de responsabilité forme un Cercle de gouvernance (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Sa fonction est de veiller à la coordination de ces différents Cercles, tout en donnant la possibilité à chacun et chacune d'exercer sa souveraineté (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). La responsabilité de ce cercle consiste à la réalisation effective de la recherche ainsi qu'à sa gestion administrative (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). De plus, un des rôles du Cercle de Gouvernance est de soutenir le travail d'une personne engagée pour réaliser la recherche (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une

articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Les personnes qui font partie du Cercle de gouvernance font également partie d'un ou plusieurs Cercles de Responsabilité (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Le cercle de gouvernance est composé de deux acteurs (PSMG et UCLouvain/IRSS-RESO) représentant plus spécifiquement le secteur francophone de promotion de la santé et de deux acteurs (ULiège et HELB) représentant la première ligne de soins (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021).

Mis à part le Cercle de gouvernance, les Cercles restent ouverts et acceptent de nouveaux partenaires tout au long de la recherche (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021).

Enfin, le Chœur, quant à lui, se compose de l'ensemble des partenaires de la recherche et d'autres partenaires (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). Ceux-ci sont moins activement investis dans la définition et la mise en œuvre de la recherche, mais apportent un regard extérieur sur son avancée et contribuent à la délibération et à la diffusion des résultats (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021). De ce fait, le Chœur ne consiste pas en un lieu de prise de décision mais plutôt de consultation, d'harmonisation et de délibération (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe, 2021).

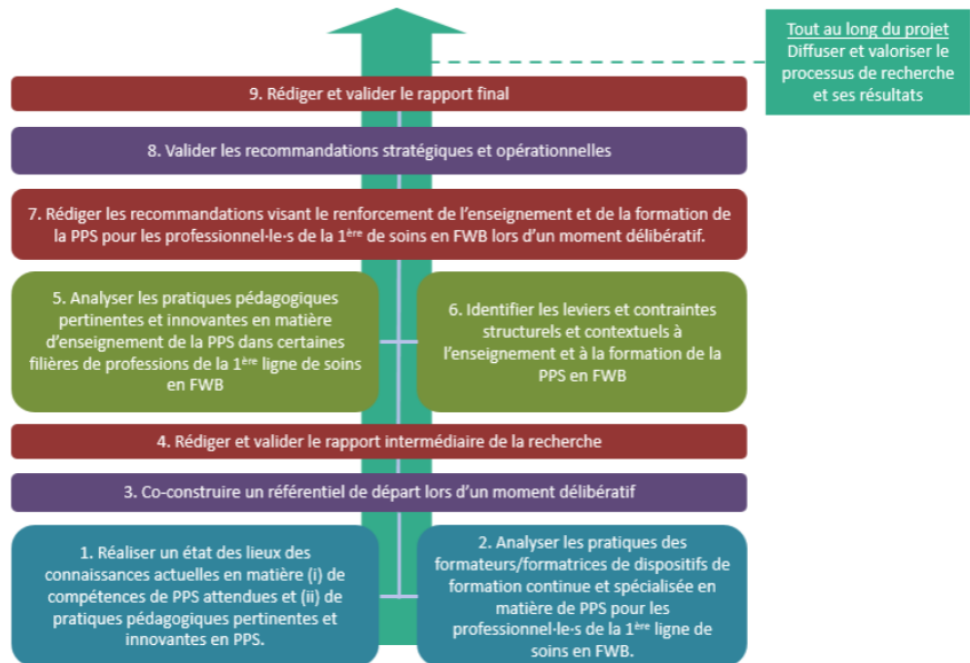
### 1.2.3. Les étapes du projet

Le projet vise à répondre à la question de recherche suivante *“quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?”* (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021). Cette question a amené à l'élaboration d'un protocole de recherche. Les différentes étapes de la recherche sont reprises sur la figure 2. La finalité de ce projet est de :

- renforcer les liens entre les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, et les professionnels de la première ligne de soins ;
- développer une vision partagée de l'enseignement de la prévention et de la promotion de la santé aux professionnels en Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- co-construire un ou des cahiers des charges ainsi que des recommandations opérationnalisables dans différents contextes pour l'enseignement et la formation de la prévention et promotion de la santé chez les professionnels de la première ligne de soins (Première ligne de soins, promotion de la

santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021).

**Figure 2.** Dispositif global de la recherche.



Source : Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021)

La description détaillée de ces différentes étapes ainsi que les informations concernant la recherche collaborative REFORMP<sup>2</sup> sont reprises dans les annexe 1, 2 et 3.

## **2. Notre contribution et synthèse de la problématique et de la question de la recherche.**

La question à laquelle tente de répondre le projet REFORM P<sup>2</sup> a besoin d'être travaillée par la littérature pour trouver une réponse et c'est dans cette optique que nous trouvons notre place dans cette recherche. En effet, nous participons à la première étape de la recherche (c.f. figure 2). Notre mémoire s'inscrit donc en amont de ce projet de recherche collaborative financé par la Fondation Roi Baudouin et notre objectif de recherche est de réaliser un état des lieux des connaissances actuelles au travers d'une synthèse de la littérature sur les pratiques pertinentes et innovantes en matière de formation à la promotion de la santé, ainsi qu'au travers d'une comparaison de référentiels de compétences en promotion de la santé.

Dans l'intitulé de cette première étape, nous pouvons distinguer deux parties. L'une concernant la réalisation d'un état des lieux des connaissances actuelles en matière de compétences de PPS attendues chez les professionnels de la première ligne de soin et l'autre en matière de pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en PPS. Il y a donc lieu de

rechercher ce qui est existant dans la littérature afin de voir de quelle manière cela a été abordé dans des référentiels de compétences et implémenté dans le cadre de recherches publiées. Notre mémoire contribue donc à répondre à la question de recherche du projet par l'analyse de la littérature.

De ce fait, pour aider à la concrétisation de cette étape, nous avons décidé de réaliser un mémoire à deux. Cela signifie que nous voulons réaliser un travail commun, avec une introduction ainsi qu'une discussion commune, mais avec deux méthodologies bien distinctes. Cette façon de procéder nous permettra d'avoir des échanges concernant les résultats de nos deux parties afin de répondre à une question de recherche générale "**comment renforcer les compétences clés des professionnels de la première ligne de soins en matière de promotion de la santé ?**", au travers de deux questions de recherche plus spécifiques, qui sont :

- **De quelle manière les compétences clés nécessaires à la pratique de la promotion de la santé par les professionnels de la première ligne de soins et du social sont incluses dans des référentiels métiers de la première ligne de soins et du social ? (Katlyne Guillaume)**

Cette question suppose de s'intéresser aux référentiels de compétences dans le sens où ils ciblent les compétences professionnelles à développer ou à affiner dans le cadre du développement professionnel au service des apprentissages des apprenants (Institut de formation de l'Éducation nationale, s.d.). En effet, ces derniers se concentrent donc davantage sur ce qui est préconisé de faire en théorie dans tel ou tel contexte. Cette question générale conduit à toute une série de sous-questions.

Comment est définie, implicitement ou explicitement, la promotion de la santé dans les référentiels analysés ? Comment sont définies et opérationnalisées (traduites en acquis d'apprentissage) les compétences pour la promotion de la santé dans ces référentiels ? Quelles méthodes d'enseignement sont préconisées ? Quelles modalités d'évaluation des acquis d'apprentissage sont proposées ? Comment sont abordées les questions éthiques et liées aux valeurs dans ces référentiels ?

Afin d'apporter une réponse à ces questionnements, cette partie implique de réaliser une analyse comparative de différents référentiels de compétences, le but étant d'apprécier les complémentarités entre plusieurs référentiels métiers.

- **Comment les compétences clés pour la promotion de la santé se développent-elles au travers de dispositifs de formation initiale ? (Alyssa Hennebert)**

Cette question suppose de s'intéresser davantage à ce qui a été effectivement mis en œuvre et d'explorer ce que nous apprennent les différentes expériences de formation des professionnels de la première ligne de soins de santé qui ont été publiés dans la littérature scientifique. Afin d'apporter une réponse, nous avons décidé de réaliser une synthèse de la littérature concernant des études d'implémentation de dispositifs de formation en PPS des professionnels de première ligne. De cette partie, découlent plusieurs sous-questions d'ordre pédagogiques, ce qui suppose une exploration à différents niveaux afin d'arriver à réaliser une analyse descriptive approfondie de dispositifs pédagogiques de formation initiale et continue en PPS qui sont destinés à ce public ciblé :

- *Dans quel contexte les dispositifs inclus ont-ils été conçus et implémentés ?*

- *Quelles compétences pour la promotion de la santé sont spécifiquement visées par les dispositifs de formation ?*
- *De quelle manière les dispositifs de formation sont-ils organisés pour développer et évaluer ces compétences ?*
- *De quelle manière la question de l'alignement pédagogique est abordée par les auteurs dans les dispositifs ?*

La complémentarité entre nos deux parties résulte donc du fait que la première consiste à analyser ce qui est préconisé sur le plan théorique au niveau de la formation des professionnels de la première ligne de soins en PPS étant donné qu'un référentiel est un guide théorique, et que la deuxième consiste à faire un état des lieux des études dans lesquelles des programmes de formation ont été implémentés et en se demandant comment les personnes de la première ligne de soins ont été formées à la PPS. Nous pensons que c'est de cette manière que notre synthèse de la littérature sera au service du projet.

En conclusion, la problématique de la formation des professionnels de la première ligne de soins, est encore insuffisamment approfondie jusqu'à présent et peu d'études sur le sujet ont été publiées. Le projet dans lequel s'inscrit notre mémoire pourrait certainement avoir une influence sur la formation de ce public. Il s'agit-là d'une des raisons qui fait que nous portons un vif intérêt à cette thématique. De plus, nous avons pu constater lors de nos cursus initiaux en tant qu'infirmière et sage-femme, que ces deux concepts de prévention et promotion de la santé sont insuffisamment présents dans nos formations respectives. Donc, le fait de s'inscrire dans un projet de recherche collaborative comme celui-ci représente pour nous une réelle opportunité dans notre parcours professionnel.

Notre travail trouve sa pertinence dans le fait qu'il participe à donner des pistes au groupe de recherche du projet pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnels de la première ligne de soins. In fine, le projet devrait aboutir à l'élaboration d'un référentiel de compétences *evidence based* en PPS ainsi que plusieurs cahiers des charges opérationnels qui soient propres à la Fédération Wallonie Bruxelles (FWB), sur base du contexte francophone et d'une collaboration avec les acteurs concernés (Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet, 2021).

Nous espérons que notre travail pourra ainsi servir le projet qui est important étant donné qu'il a pour visée d'aider les professionnels de la première ligne de soins à renforcer leur maîtrise des concepts et méthodologies de PPS pour mieux pouvoir les enseigner.

Avant d'entrer dans le détail des questions de recherche et méthodologies spécifiques à chacune de nos deux parties, nous précisons dans la partie suivante les concepts qui guideront notre analyse dans nos parties pratiques respectives, à savoir :

- les concepts de promotion de la santé et prévention ;
- les enjeux de formation des professionnels de la première ligne de soins en matière de promotion de la santé et prévention ;
- ainsi que les concepts utiles à la compréhension des situations d'apprentissage dans un contexte de formation professionnalisante.

# **PARTIE CONCEPTUELLE**

Cette section a pour objectif de poser le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce mémoire. Nous introduisons, dans un premier temps, les concepts de prévention et de promotion de la santé. Ensuite, nous définissons et détaillons les concepts théoriques centraux. Pour terminer, nous présentons le contexte de recherche dans lequel s'inscrit ce mémoire.

## **1. Prévention et promotion de la santé (PPS) - Etat des lieux de ces deux concepts**

### **1.1. Définition et contexte général de la prévention et de la promotion de la santé :**

Le fil conducteur de notre mémoire s'articule autour de la prévention et promotion de la santé. En tenant compte des cursus que nous avons suivis, de nos expériences professionnelles, et de notre intérêt personnel, la définition qui correspond le mieux à la conception que nous nous faisons de la promotion de la santé est celle de la Charte d'Ottawa (1986), qui la définit comme étant :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi, donc la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être (Organisation mondiale de la santé, 2015).

La promotion de la santé vise avant tout à donner aux individus un plus grand contrôle de leur propre santé ainsi que les moyens pour l'améliorer (Organisation mondiale de la santé, 2015).

Il est nécessaire que l'individu, ou le groupe, puisse identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter, et ce, afin de parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social (Organisation mondiale de la santé, 2015).

Toutefois, selon O'Neil, il est vrai, qu'à ce jour, la promotion de la santé ne dispose pas d'une identité, de lignes directrices ou d'une vision stratégique claire (cité par Alami, Gagnon, Ghandour & Fortin, 2017, p.181). Vingt-cinq ans après Alma Ata (OMS 1978) et 17 ans après la Charte d'Ottawa (OMS 1986), les acteurs du champ de la promotion de la santé sont encore, à bien des égards, en train d'essayer d'établir le champ d'action propre à la PS, de définir les exigences de sa pratique et de déterminer le caractère distinctif de sa contribution (Meresman et al., 2006). En outre, en Belgique francophone, les politiques de promotion de la santé sont implémentées par des organisations sans but lucratif qui ensemble forment le secteur de promotion de la santé (Agence pour une vie de qualité [AVIQ], n. d.).

Il s'agit d'une nouvelle conception de la santé qui s'intègre dans une approche plus globale (Alami et al., 2017). La Charte d'Ottawa est venue formaliser cette nouvelle vision qui conduit à une définition plus large de la santé intégrant à la fois une dimension biologique centrée sur l'individu ainsi qu'une dimension socio-économique, politique, culturelle et environnementale (Alami et al., 2017). Cette nouvelle vision a été déclinée en plusieurs stratégies d'action pour l'avenir et la Charte d'Ottawa a ainsi défini cinq axes d'actions majeurs : 1) élaborer une politique publique saine ; 2) créer des milieux favorables ; 3) renforcer l'action communautaire ; 4) acquérir des aptitudes individuelles ; et 5) réorienter les services de santé (Alami et al., 2017).

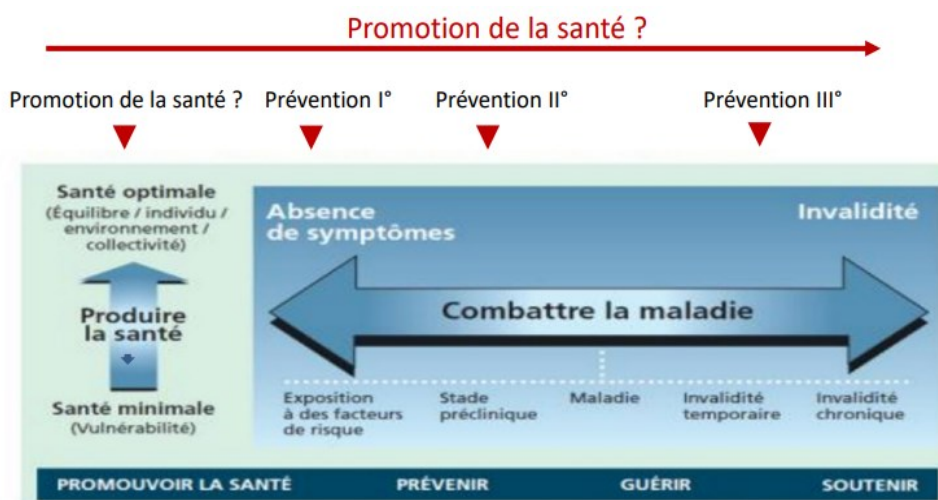
Plutôt que de se concentrer sur le changement des comportements individuels, la promotion de la santé s'efforce d'agir sur les déterminants qui influencent le plus fortement la santé des populations (Lambert, Aujoulat, Delescluse, Doumont & Ferron, 2021). Ces déterminants se situent au niveau des milieux de vie et de travail, des systèmes sociaux, éducatifs et sanitaires, et du contexte politique, économique et culturel dans lequel évolue la population (Lambert et al., 2021). Selon l'OMS, la PS s'appuie sur des valeurs de solidarité et de justice sociale en sollicitant des principes d'intervention centrés sur la réduction des inégalités sociales de santé, sur la prise en compte des environnements et conditions de vie, sur des approches intersectorielles et pluridisciplinaires, et sur la participation des personnes et des groupes à des fins d'empowerment en matière de santé (Lambert et al., 2021). C'est pourquoi, toute décision de santé publique, doit prendre en compte l'effet des déterminant sociaux de la santé, en ne reposant pas que sur la rationalité de chacun (Lambert et al., 2021). Les déterminants sociaux de la santé constituent un sous-ensemble des déterminants de la santé et comprennent tous les facteurs qui relèvent de l'organisation des sociétés tels que « les multiples conditions sociales qui, par leurs interactions, ont une influence sur la santé et le bien-être [...] » (Breton cité par Lambert et al., 2021).

La définition qui correspond le mieux à la conception que nous nous faisons de la prévention des maladies est celle de l'OMS, qui la définit comme comprenant “des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.” (cité par Organisation mondiale de la santé, 1999, p.4). L'OMS distingue trois types de prévention qu'elle qualifie de primaire, secondaire et tertiaire (cité par Organisation mondiale de la santé, 1999, p.4). Selon l'OMS, *la prévention primaire* vise, quant à elle, à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé (cité par Organisation mondiale de la santé, 1999, p.4). D'après l'OMS, *la prévention secondaire* cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité (cité par Organisation mondiale de la santé, 1999, p.4). Et enfin, l'OMS envisage *la prévention tertiaire* comme intervenant à un stade où il importe de réduire la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de diminuer les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie (cité par Organisation mondiale de la santé, 1999, p.4). Il s'agit donc d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement (Flajolet, 2008). Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique (Flajolet, 2008).

## 1.2. Lien entre prévention et promotion de la santé

Dans ce travail, nous envisageons la santé comme un continuum dans lequel la promotion de la santé s'inscrit de manière transversale (Aujoulat, 2020). En effet, celle-ci poursuit le développement de ressources personnelles ou dans l'environnement des personnes, pour la santé, et ce, quels que soient l'âge et les conditions de vie des personnes (Aujoulat, 2020). Comme le montre cette illustration ci-dessous adaptée de Saint-Pierre et Richard, la promotion de la santé est une pratique au service de la santé publique, et elle peut être mise en œuvre dans le cadre d'actions de prévention, qu'elles se soient de nature primaire, secondaire ou tertiaire (Aujoulat, 2020). C'est pourquoi, dans ce travail, nous avons intégré ces aspects de prévention au sein de la promotion de la santé.

**Figure 3.** Un continuum de santé en amont du continuum santé maladie ?



**Source :** Promotion de la santé. (2020, 31 mars). RÉFIPS. <https://refips.org/a-propos/promotion-de-la-sante-en-bref/> (adapté de saint-pierre et richard, 2006)

## 1.3. Axe 5 de la Charte d'Ottawa : Réorienter les services de santé

Comme mentionné précédemment, la Charte d'Ottawa a défini cinq axes d'actions majeurs : 1) élaborer une politique publique saine ; 2) créer des milieux favorables ; 3) renforcer l'action communautaire ; 4) acquérir des aptitudes individuelles ; et 5) réorienter les services de santé (Alami et al., 2017). Notre travail est principalement orienté vers le cinquième axe qui aborde le fait que le secteur de la santé doit adopter un nouveau mandat qui soit plus vaste et moins rigide que d'offrir des services cliniques et curatifs à la population (Alami et al., 2017). Selon Deschamps, afin de s'orienter davantage vers la promotion de la santé, il est essentiel de plaider pour une politique de santé multisectorielle, de considérer et soutenir l'expression des besoins culturels des personnes et des groupes, dans l'adoption de modes de vie sains (cité par Alami et al., 2017, p.180). Dans cette vision, il est important de réorienter la formation initiale et continue des professionnels de la santé (Deschamps, 2003).

Une des stratégies de l'OMS s'intitulant « Vers l'Unité Pour la Santé » consiste à développer une dynamique d'intégration et de partenariat et à encourager

l'expérimentation sur le terrain (Boelen & Organisation mondiale de la Santé, 2001). La visée de cette stratégie est de favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes, et ce, par l'intégration des activités relevant de la santé individuelle avec celles relevant de la santé communautaire (Boelen & Organisation mondiale de la Santé, 2001). Dans l'idée de préparer les professionnels de santé au changement des politiques qu'impliquent ces évolutions, un colloque sur la responsabilité sociale des facultés de médecine s'est tenu à Besançon en novembre 2002 (Deschamps, 2003). Des réflexions nouvelles ont résulté de ce colloque et les responsables universitaires et associations d'utilisateurs ont ainsi convenu qu'ils devaient travailler ensemble afin d'apprendre chacun des expériences et des savoirs des autres (Deschamps, 2003).

De plus, comme le soulignent Wise & Nutbeam, l'axe relatif à la réorientation des services n'a été que peu investigué en comparaison avec les autres axes stratégiques de la charte d'Ottawa (cité par Alami et al., 2017, p.181).

Selon McHugh, Robinson & Chesters, la question de la légitimité de la promotion de la santé n'est plus à poser, que ce soit au niveau de la première ligne de soins qu'au milieu hospitalier (cité par Alami et al., 2017, p.181). En effet, les défis de l'équité et de la continuité de l'accès aux soins et aux services de santé sont d'autant plus essentiels à relever, étant donné que les approches biomédicales seules ont montré leurs limites jusqu'à présent (Alami et al., 2017). En effet, l'équité représente un concept relié à la justice sociale (Braveman et Gruskin ; Wagstaff et Van Doorslaer cités par Frohlich, De Koninck, Demers, & Bernard, 2008). Lorsque les principes de justice ne sont pas appliqués dans une société, il en résulte des inégalités et des ruptures sur les axes de la stratification sociale (Frohlich et al., 2008). Les disparités de l'état de santé entre les groupes sociaux sont ainsi les premières conséquences de ces déficits de justice (Frohlich et al., 2008). En outre, la prévention pratiquée dans un modèle biomédical n'atteint pas souvent son objectif d'accès universel aux soins préventifs, même dans des contextes où les soins de santé primaires sont largement accessibles (Bourgueil et al., cité par Vanmeerbeek, Mathonet, Miermans, Lenoir, & Vandoorne, 2015). Les actions préventives sont nombreuses, mais celles dont l'efficacité et l'acceptabilité sont établies se font plus rares, comme l'illustre la liste publiée par le Centre National (belge) de Promotion de la Qualité, qui comporte quatorze items (Module de prévention du dossier médical global cité par Vanmeerbeek et al., 2015). Ce faible nombre s'explique, selon Vanmeerbeek et al. (2015), par la difficulté à établir l'efficacité des procédures, leur balance bénéfice/risque, ainsi que les coûts engendrés à court terme. Initiées de façon inopportune, les actions préventives peuvent détourner une partie des ressources humaines des soins curatifs (Vanmeerbeek et al., 2015). Ce qui fait alors qu'elles accroissent alors les inégalités en santé en concentrant les actions sur les populations les moins exposées aux risques (Gervas et al. ; Yarnall et al. Cités par Vanmeerbeek et al., 2015). Des parties entières de la population restent ainsi exclues des actions de prévention qui pourraient les concerner (Hartlev et al. ; Kleinert et al. ; Lorant et al. cités par Vanmeerbeek et al., 2015). De ce fait, la réorientation des services de santé vers davantage de prévention, de promotion et de soins et services primaires peut être envisagée comme une piste pour aider à cela (Alami et al., 2017). Toutefois, il est important d'assurer un certain équilibre et une certaine synergie entre les actions de prévention et de promotion, et les interventions curatives afin de viser davantage d'équité en santé (Alami et al., 2017). La complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé permet de progresser vers la qualité et l'équité en santé, étant donné qu'aucune de ces deux visions

ne peut prétendre, à elle seule, résoudre l'ensemble des problèmes de santé (Alami et al., 2017). Par ailleurs, la promotion de la santé doit considérer le système et les services de santé comme une partie de la solution et non du problème, et réciproquement (Alami et al., 2017). C'est pourquoi, afin que la réorientation des services de santé vers une prise en charge globale de la santé des individus et des populations, au-delà des seules approches axées sur la maladie, puisse se réaliser, il est nécessaire de penser davantage à se diriger vers les services de santé de première ligne (Alami et al., 2017). C'est à ce moment que l'exercice de la promotion de la santé peut se faire dans un système à la fois universel et équitable (Alami et al., 2017). Selon Bantuelle, " c'est ainsi que seront reconnues la pertinence et l'utilité de la PS pour une conception solidaire et citoyenne de la santé, toujours plus essentielle au regard de l'évolution de nos sociétés " (cité par Alami, 2017, p.183).

## **2. Enseignement et formation des professionnels de la première ligne de soins de santé**

Le cinquième axe stratégique englobe aussi la nécessité de faire évoluer l'enseignement et de la formation des professionnels de santé afin de se centrer davantage sur les besoins des individus et des populations, en les considérant dans leur globalité (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Ce qui permet alors de se rapprocher d'une vision de promotion de la santé (Alami et al., 2017).

### **2.1. Interdisciplinarité**

Dans cet investissement du cinquième axe de la Charte d'Ottawa, les acteurs du champ de la promotion de la santé doivent davantage exploiter l'aspect de transdisciplinarité et d'intersectorialité liés à la PS afin de réorienter les services de santé (Alami et al., 2017). L'important ici est de trouver un langage compréhensible par tous et de développer une vision commune où la prévention de la maladie et la promotion de la santé puissent remplir leur mission au sein d'un système de santé capable aussi d'offrir les meilleurs soins curatifs possibles pour la population (Alami et al., 2017).

La nécessité de l'interdisciplinarité et de l'interprofessionnalité dans les soins de santé n'est donc plus à prouver, cependant, elle reste au stade du discours de bonne volonté (Jouquan, Parent, Ketele & Dumez, 2013). La qualité des relations interprofessionnelles dans le domaine de la santé est un réel enjeu dans la perspective d'une amélioration des soins (Jouquan et al., 2013). Cela a notamment conduit certaines organisations à structurer l'offre de services sur la base d'une vision pluridisciplinaire et interdisciplinaire des soins, comme c'est le cas, par exemple, des maisons médicales en Belgique (Jouquan et al., 2013). En effet, plusieurs professionnels de la santé se côtoient ainsi, dans un environnement géographique de proximité voire dans une même structure de soins (Jouquan et al., 2013). Un des facteurs essentiels à une bonne coordination et collaboration repose sur la reconnaissance réciproque des différents professionnels concernés (Jouquan et al., 2013). De plus, il est nécessaire de prendre en compte l'interdisciplinarité dans l'organisation des activités d'enseignement et d'apprentissage (Jouquan et al., 2013). Pour ce faire, l'enjeu actuel réside dans le fait de transposer, dans les réformes curriculaires en cours, à la fois les savoirs, l'intégration des compétences relatives à la collaboration, au travail en équipe et à la gestion des conflits, tout en respectant une vision éthique et de reconnaissance de l'autre (Jouquan et al., 2013). Cela

permet d'aller au-delà d'une simple perspective de mutualisation des savoirs (Jouquan et al., 2013).

## **2.2. Définition des soins de première ligne et rôles des professionnels de la première ligne de soins**

Par soins de première ligne, nous entendons des soins de santé intégrés au sein de la communauté et qui se veulent universellement accessibles, axés sur la personne, caractérisés par une approche globale et interdisciplinaire, et ce, en étant dispensés par des professionnels responsables de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé (Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, 2020). Ces soins accordent une grande importance à la personne et à leurs proches aidants, au contexte de la famille et de la communauté locale, et jouent un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population (Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, 2020). De ce fait, ces soins de première ligne renvoient aux premiers lieux d'expression des plaintes, des symptômes, des problèmes de santé, c'est-à-dire à la demande de soins des usagers et de la population (Muller, 2018). Dans le cas d'un système de santé national échelonné, la première ligne renvoie aux soins de santé primaires (Muller, 2018). Quand celui-ci n'est pas échelonné, comme en Belgique, la demande de soins peut s'adresser en première ligne à la médecine spécialisée ou dans des institutions de type hospitalier (Muller, 2018). En 2014, les projets de la ministre de la Santé visaient à ramener les patients vers la première ligne de soins, moins chère pour la collectivité (Muller, 2018). Ils devraient permettre une plus grande complémentarité des acteurs, notamment entre le premier et le deuxième échelon (Muller, 2018).

## **2.3. La formation professionnalisante : de quoi parle-t-on ?**

Il convient tout d'abord de clarifier ce que recouvre la notion de formation. Il s'agit d'un processus d'accompagnement qui prépare l'individu à une fonction, une habileté, sociale ou professionnelle : c'est une action précise dirigée vers un objectif explicite (Lorto & Moquet, 2009). Il s'agit d'un acte volontaire du sujet qui s'adresse, dans notre cas, principalement aux adultes (Lorto & Moquet, 2009). L'enjeu d'une formation réside dans la transformation de l'individu : qu'il fasse sienne une réalité qui lui est, dans un premier temps, externe (Beckers, 2007).

Certains travaux de psychosociologues comme Erikson ont montré qu'être adulte n'est pas un état, mais un processus et que l'adulte se situe de manière différente de celle d'un enfant ou d'un adolescent lorsqu'il est en situation d'apprentissage (cité par Jourdan, 2010, p.125). Malcom Knowles utilise le terme d'"andragogie" pour qualifier la formation s'adressant aux adultes (cité par Jourdan, 2010, p.124-125). L'andragogie peut être définie comme étant "la science et l'art d'aider les étudiants dans leur apprentissage ainsi que l'étude de la théorie et de la pratique de l'éducation des adultes " (cité par Jourdan, 2010, p.124-125).

La formation pour les adultes vise la maturité, l'autonomie dans le rapport aux savoirs, savoir-faire et savoir-être qui sont essentiels à l'identité professionnelle (Jourdan, 2010). Il existe différentes spécificités quant à l'adulte apprenant comme le soulignent Binz et Salzmann :

- souhait de l'adulte d'être autonome dans son apprentissage ;
- il porte en lui une richesse liée à ses différentes expériences ;
- pour les étudiants de master et les stagiaires en formation continue, l'opérationnalité et le caractère ré-investissable des apprentissages sont un facteur important de motivation ;
- et enfin, l'apprentissage de l'adulte est marqué par son rapport au temps (cité par Jourdan, 2010, p.125).

En outre, nous pouvons distinguer différents types de formation : initiale et continue. La formation initiale s'adresse généralement à des personnes recherchant une certaine activité constructive quant à leur apprentissage et leur développement, et ce, dans l'amorce d'une construction professionnelle (Beckers, 2007). Les finalités de la formation initiale sont liées à la préparation à une profession spécifique (Beckers, 2007). En effet, ce qui est visé dans ce type de formation est l'acquisition de connaissances qui fondent l'action professionnelle ou l'orientent (Beckers, 2007). De plus, elle doit apprendre aux étudiants à agir efficacement dans les situations que l'exercice du métier est susceptible de leur offrir (Beckers, 2007). Elle cherche ainsi à proposer des occasions de s'essayer aux démarches requises et permet à l'individu de développer des attitudes, des normes, des valeurs ainsi qu'un habitus partagés par ceux qui sont reconnus pour exercer le métier (Beckers, 2007). Ce type de formation favoriserait donc le développement ultérieur du sujet ainsi que son développement professionnel étant entendu ici au sens de Barbier et al., comme l'ensemble " des transformations individuelles et collectives de compétences et de composantes identitaires mobilisées ou susceptibles d'être mobilisées dans des situations professionnelles" (cité par Beckers, 2007, p. 9). Un des enjeux importants dans la formation initiale concerne l'articulation des savoirs d'action naissants à des savoirs théoriques (Beckers, 2007). En effet, les savoirs théoriques devraient aider les étudiants à comprendre les situations professionnelles, à éclairer leurs décisions, à réguler et conceptualiser leur action, à prendre de la distance par rapport à leur vécu (Beckers, 2007).

La formation continue s'adresse, quant à elle, généralement à des personnes qui ont préalablement acquis des compétences ou qualifications au cours de formations antérieures ou d'une pratique professionnelle (Lorto & Moquet, 2009). Il existe trois types de formation continue :

- les formations d'insertion, d'adaptation, d'incitation ou de sensibilisation dont la finalité est d'aider l'individu à se positionner ou à se repositionner dans un champ d'activité ;
- les formations certifiantes ou qualifiantes dont la finalité est d'accompagner l'apprenant à changer de position dans un champ à l'intérieur duquel il est déjà impliqué ;
- les formations de développement dont la finalité est d'accroître les capacités de l'apprenant afin de le guider dans ce qui s'apparente à un " projet personnel " (Lorto & Moquet, 2009).

Lors de la mise en place de dispositifs de formation à visée professionnalisante, il est essentiel de prêter attention à différents éléments dont la transférabilité<sup>1</sup> des apprentissages

---

<sup>1</sup> La transférabilité désigne la mesure dans laquelle l'effet d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte (Cambon, 2012). La transférabilité est centrée sur les effets et dépend de

développés par les étudiants, qui est prioritaire selon Jouquan et al. (2013). Selon ces auteurs, il en va de la responsabilité des institutions de formation de contribuer au développement professionnel de leurs étudiants, et ce, sans porter atteinte au développement culturel, social et citoyen des futurs diplômés (Jouquan et al., 2013). De plus, il est nécessaire que ces apprentissages soient transférables en dehors des salles de cours et des lieux de stage (Jouquan et al., 2013). Si ce défi n'est pas relevé, cela signifie que les heures passées en formation se réduiraient à induire des apprentissages "académiques" ou formels (Jouquan et al., 2013). En formation initiale, l'utilisation de ces apprentissages guiderait uniquement la décision quant au passage d'une année universitaire à l'autre ou la validation d'un stage et in fine, la délivrance d'un diplôme (Jouquan et al., 2013). En formation continue, ceux-ci serviraient uniquement à délivrer des attestations, éventuellement valorisées dans le cadre de processus formels de promotion professionnelle ou de gestion institutionnelle des ressources humaines, mais en dehors de toute pertinence pédagogique (Jouquan et al., 2013)

En outre, les interventions de promotion de la santé agissent sur l'ensemble des déterminants de la santé (Cambon, 2012). Cette caractéristique en fait le levier nécessaire à la lutte contre les inégalités sociales de santé, mais rendent ces derniers complexes à mettre en œuvre, à évaluer et à transférer (Cambon, 2012). Il y a un enjeu à développer la promotion de la santé fondée sur les preuves et donc à favoriser le transfert d'interventions. La question de la transférabilité devient alors cruciale à étudier (Cambon, 2012).

### **3. Définitions de concepts clés en pédagogie**

#### **3.1. Approche pédagogique**

L'approche pédagogique désigne la façon d'enseigner utilisée par un enseignant (HEC Montréal, 2019). Cette dernière découle de la conception qu'il a de l'acte d'enseigner et se traduit par un ensemble de méthodes, stratégies, activités et outils auxquels il a recours dans sa pratique (HEC Montréal, 2019). Deux extrêmes sont distingués, allant de la pédagogie centrée sur l'enseignant à celle centrée sur l'apprenant (HEC Montréal, 2019). La première utilise davantage de méthodes magistrales et transmissibles, où l'apprenant est plutôt passif et réceptif (HEC Montréal, 2019). Tandis que la deuxième utilise davantage des méthodes actives et interactives, où l'apprenant est plutôt actif et réflexif (HEC Montréal, 2019). Les méthodes centrées sur l'apprenant sont préférées afin de proposer des expériences d'apprentissage qui soient davantage dynamiques, stimulantes, et mémorables aux apprenants (HEC Montréal, 2019). La méthode pédagogique utilisée a un impact sur le taux de rétention d'un apprenant vingt-quatre heures après un cours (HEC Montréal, 2019). En effet, ce taux est de 5 % pour un cours magistral et de 90 % pour un tutorat donné par les pairs (HEC Montréal, 2019).

L'approche pédagogique centrée sur l'apprenant repose sur l'utilisation de méthodes actives (Jouquan et al., 2013). En effet, afin d'aider l'étudiant à développer ses compétences, de s'approprier en profondeur les concepts et de faire des liens transversaux

---

nombreux facteurs qui influencent à la fois les modalités d'intervention et les bénéficiaires de l'intervention eux-mêmes (Cambon, 2012).

entre les cours, les nouveaux dispositifs pédagogiques s'ouvrent plus largement aux pédagogies dites actives ainsi qu'au travail collaboratif entre étudiants et/ou entre enseignants, une intention supplémentaire étant de favoriser le développement des compétences sociales (Jouquan et al., 2013). La notion de « pédagogie active » fait référence aux caractéristiques opérationnelles des dispositifs curriculaires et pédagogiques qui veulent favoriser des apprentissages en profondeur et signifiants, au service d'une pensée critique et d'une pratique réflexive (Jouquan et al., 2013). La HEC Montréal (2019), mentionne, entre autres, l'enseignement explicite, l'enseignement par les pairs, l'apprentissage expérientiel, l'apprentissage par problème, l'apprentissage collaboratif ainsi que la pédagogie de projet. L'enseignement explicite qui consiste à présenter aux apprenants une tâche de manière détaillée et séquencée en étapes successives afin que les apprenants puissent la reproduire (HEC Montréal, 2019). L'enseignement par les pairs où les apprenants partagent à leurs pairs ce qu'ils ont appris au travers d'activités d'enseignement (HEC Montréal, 2019). L'apprentissage expérientiel où les apprenants apprennent en pratiquant (HEC Montréal, 2019). L'apprentissage par problème où les apprenants sont amenés à rechercher des solutions concrètes et réalisables à des situations complexes (HEC Montréal, 2019). L'apprentissage collaboratif où les apprenants sont amenés à travailler ensemble en petits groupes pour produire un livrable souvent commun (HEC Montréal, 2019). Enfin, la pédagogie de projet où les apprenants planifient, conçoivent et mettent en œuvre un projet concret qui répond généralement à une demande ou à un besoin identifié (HEC Montréal, 2019).

### **3.2. Alignement pédagogique**

L'alignement pédagogique désigne l'adéquation entre les objectifs d'apprentissage, les activités pédagogiques et les stratégies d'évaluation au sein d'un enseignement (Université de Lorraine, s.d.). Ce principe de base permet d'assurer la cohérence d'un enseignement (HEC Montréal, 2019). Cette triple concordance permet de fixer un cadre à un enseignement, de structurer le déroulement des séances et de planifier des évaluations qui correspondent aux objectifs visés et aux apprentissages réalisés (Université de Lorraine, s.d.).

Nous allons détailler le contenu de ces trois aspects en lien avec l'alignement pédagogique ci-dessous.

#### **3.2.1. Objectifs d'apprentissages**

Pour planifier l'alignement pédagogique d'un enseignement, la première étape consiste à en définir les objectifs d'apprentissage (Université de Lorraine, s.d.). Un objectif d'apprentissage désigne ce qu'un étudiant sera apte à accomplir à la fin d'un enseignement (HEC, 2019). Cet objectif découle d'un contenu d'enseignement et se traduit en une série de compétences que l'étudiant développera par les activités d'apprentissage proposées (HEC, 2019). Les objectifs d'apprentissage permettent ainsi de fixer un cadre à l'enseignement. Ils aident à en structurer le déroulement et à choisir des activités d'apprentissage appropriées (Université de Lorraine, s.d.). Ils constituent enfin un guide pour construire une évaluation qui sera en cohérence avec les objectifs et les activités d'apprentissage définis (Université de Lorraine, s.d.).

La notion d'objectif d'apprentissage s'apparente à la notion d'acquis d'apprentissage visés (Université de Lorraine, s.d.). En effet, les acquis d'apprentissage visés désignent ce que l'apprenant sait, comprend et est capable de

réaliser au terme d'un processus d'éducation et de formation (HELMo, 2013). Ils sont définis sous forme de savoir, d'aptitude ou de compétence (HELMo, 2013). C'est pourquoi, afin de clarifier les termes utilisés, nous considérons dans ce travail les expressions « objectif pédagogique », « objectif d'apprentissage », « acquis d'apprentissage » et « acquis de formation » comme des synonymes. L'expression « learning outcome » est abondamment employée dans le cadre de la réforme de Bologne (Daele & Berthiaume cité par HELMo, 2013).

Pour rédiger concrètement des objectifs d'apprentissage et expliciter ce que les apprenants doivent être capables de réaliser à l'issue de l'enseignement, il est essentiel d'utiliser une taxonomie (Université de Lorraine, s.d.).

Les apprentissages peuvent être classés selon trois grandes catégories : le domaine cognitif, le domaine socioaffectif et le domaine psychomoteur (Université de Lorraine, s.d.). Un apprentissage peut relever de plusieurs domaines (Herling cité par Université de Lorraine, s.d.). Il existe différents niveaux de profondeur des apprentissages de la taxonomie pour chaque domaine (Université de Lorraine, s.d.). Cependant, la progression des niveaux d'apprentissage ne veut pas dire que le dernier niveau doit nécessairement être atteint en fin d'enseignement ni que l'enseignant est tenu gérant de « passer » par tous ces niveaux dans son enseignement (Université de Lorraine, s.d.). Le domaine cognitif rend compte d'apprentissages relevant des savoirs, des activités mentales et intellectuelles, de la pensée critique et réflexive, de la résolution de problème (Université de Lorraine, s.d.). Ces objectifs relèvent donc de processus essentiellement cognitifs comme la mémorisation ou la compréhension (Daele & Berthiaume, 2009). La taxonomie de Bloom est un des outils les plus utilisés concernant ce domaine qui se divise en trois niveaux : 1) recevoir ; 2) valoriser et 3) adopter (Bloom ; Krathwohl cités par Université de Lorraine, s.d.). Le domaine socioaffectif permet de rendre compte d'apprentissages relevant du savoir-être, d'attitudes sociales, d'habiletés relationnelles, de valeurs ou d'intelligence émotionnelle (Université de Lorraine, s.d.). Ces objectifs pointent plutôt des attitudes ou des valeurs à développer par les étudiants vis-à-vis d'une discipline ou d'un métier (Daele & Berthiaume, 2009). La taxonomie inspirée de Bertiaume et Daele est un des outils les plus utilisés concernant ce domaine qui se divise en trois niveaux : 1) recevoir ; 2) valoriser et 3) adopter (cité par Université de Lorraine, s.d.). Le domaine psychomoteur, quant à lui, rend compte d'apprentissages relevant du savoir-faire, de la dextérité, de mouvements professionnels, d'habiletés motrices et physiques (Université de Lorraine, s.d.). Ces objectifs sont davantage liés à des gestes professionnels de nature purement physique (Daele & Berthiaume, 2009). La taxonomie inspirée de Bertiaume et Daele est un des outils les plus utilisés concernant ce domaine qui se divise en trois niveaux : 1) percevoir ; 2) produire et 3) perfectionner (cité par Université de Lorraine, s.d.).

En outre, l'Université de Lorraine (s.d.) a émis une recommandation concernant ce point et qui consiste à formuler des objectifs d'apprentissage observables sous la forme de verbes d'action et utilisant la taxonomie de Bloom par exemple. Cette manière de faire permet ainsi de viser un alignement pédagogique (Université de Lorraine, s.d.).

Nous allons maintenant aborder les notions de compétences et de référentiels de compétences qui sont essentielles pour l'atteinte des objectifs d'apprentissage.

## **A) Compétences :**

Dans le cadre de ce mémoire, nous définissons le terme de compétence comme étant une élaboration établie sur des capacités personnelles, telles que les savoirs, savoir-faire, qualité ou habilités, et des moyens environnementaux comme les contacts, documents et renseignements qui sont utiles pour accéder à une performance (Jouquan et al., 2013). En situation d'action, il s'agit de savoirs expérientiels, savoirs implicites, savoirs réalistes, savoirs stratégiques, etc.) (Jouquan et al., 2013).

La compétence désigne donc la possibilité établie d'exécuter une activité de travail grâce à la capacité de se réaliser et non par la présomption d'accomplissement dans la réalisation de son travail (Le Boterf cité par Meresman et al., 2006). En effet, la notion de compétence trouve son origine dans le monde du travail (Jouquan et al., 2013). Elle est fondée sur deux enjeux complémentaires : celui de performance et celui de transférabilité (Jouquan et al., 2013). En effet, la compétence désignerait la capacité générale qui permettrait d'être performant dans un contexte donné (Jouquan et al., 2013). Par ailleurs, la compétence ne serait pas liée à un contexte particulier, mais permettrait la « répétabilité » de l'action efficace à l'intérieur d'une famille de situations (Rey cité par Jouquan et al., 2013). Jouquan et al. (2013) se posent alors la question de l'adéquation de ce concept pour rendre compte de l'activité humaine, en particulier de l'activité humaine efficace. Dans son utilisation pédagogique, la compétence est définie comme " une combinaison de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes conduisant à une performance adéquate dans un domaine donné " (Irigoin & Vargas, 2002).

La démarche par les compétences peut être pertinente pour exposer des fonctions, des aptitudes, des capacités placées dans des contextes de travail réels (Irigoin & Vargas, 2002). Pour pouvoir développer une performance, il est essentiel que les compétences regroupent des connaissances, des aptitudes et attitudes (Irigoin & Vargas, 2002).

La compétence consiste à réaliser et à agir pour qu'une personne apte sache comment exécuter quelque chose avec ces savoirs, au-delà de simplement se limiter à savoir quelque chose (Irigoin & Vargas, 2002). Selon Irigoin et Vargas (2002), la compétence nous amène donc à se mesurer à de nouveaux contextes ainsi qu'à de nouveaux défis.

Dans le domaine de l'éducation, le terme de compétences est plus que primordial pour illustrer les attentes, décrire les nécessités professionnelles à venir et se concentrer sur le programme d'études, l'établissement des cours et les accomplissements (Irigoin & Vargas, 2002).

Quant au domaine de la santé publique, il y a également une certaine cohérence et bénéfice d'utiliser une approche par compétence, et ce, du fait des changements structurels effectués pendant ces deux dernières décennies, qui ont formellement modifié les institutions et actions professionnelles (Ir

igoin & Vargas, 2002).

- **Point spécifique concernant la littérature en santé :**

La littératie en santé désigne « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence » (Sørensen et al., 2012). La littératie en santé comprend quatre **compétences** essentielles :

- celle d'accéder, c'est-à-dire avoir la capacité à chercher et à obtenir une information pour la santé ;
- celle de comprendre l'information pour la santé ;
- celle d'évaluer, c'est-à-dire pouvoir interpréter, filtrer, juger l'information ;
- celle d'appliquer en utilisant l'information pour prendre une décision et ainsi maintenir ou améliorer la santé (Sørensen et al., 2012).

La littératie en santé est directement influencée par leur littératie, c'est-à-dire par leurs connaissances et compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole et du calcul permettant aux personnes d'être aptes en société et de s'y impliquer (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

De plus, le niveau de littératie en santé des individus influence à son tour les comportements de santé des individus, le fait que ceux-ci recourent à des services de santé, l'implication qu'ils font dans leur santé ainsi que l'équité en santé (Van den Broucke, 2014).

## **B) Référentiel de compétences :**

Un référentiel des compétences professionnelles définit les objectifs et la culture commune à tous les professionnels d'une profession (Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, (n. d.)). Ces compétences s'acquièrent et s'approfondissent au cours d'un processus continu débutant en formation initiale et se poursuivant tout au long de la carrière par l'expérience professionnelle accumulée et par l'apport de la formation continue (Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, (n. d.)). Le référentiel de compétences professionnelles permet de cibler les compétences professionnelles à développer ou à affiner dans le cadre du développement professionnel au service des apprentissages des apprenants (Institut de formation de l'Éducation nationale, s.d.). Ces compétences sont indissociables de leurs compétences et qualités personnelles (Institut de formation de l'Éducation nationale, s.d.). Les apprenants sont, en tant que personnes, au centre de ce référentiel et également auteurs de leur formation (Institut de formation de l'Éducation nationale, s.d.).

De plus, la construction d'un référentiel de compétences poursuit, selon Delobbe, trois finalités :

« Une redéfinition des métiers et professionnalités, fonctions et périmètres d'activités ; une allocation et affectation des effectifs fondées sur l'adéquation entre le référentiel des compétences requises

par la fonction et le profil de compétences de la personne ; et, enfin, un alignement des diverses opérations de gestion des ressources humaines sur ces référentiels de compétences qui deviennent le fil rouge de la gestion du personnel » (cité par Cros & Raisky, 2010).

Autrement dit, le référentiel de compétences peut être utilisé à des fins divers et variés avec actuellement, une progression éloquent de redéfinition des métiers entraînant l'élaboration de dispositifs de formation à la fois initiale et continue (Cros & Raisky, 2010).

Nous pouvons également souligner l'existence de deux types de référentiels, qui sont abordés au cours de ce mémoire, le référentiel de compétences transversales et le référentiel métier. Concernant, le référentiel de compétences transversales, nous pouvons dire que ces compétences ne sont pas uniquement rattachées à une profession (Tardif & Dubois, 2013). Nous pouvons ainsi qualifier de transversales, les compétences communes à divers métiers ou secteurs, qui sont génériques et mobilisables dans plusieurs contextes professionnels, ce qui ne stipule pas toutefois qu'elles soient mobilisables d'emblée dans tout contexte professionnel (Réseau Emplois compétences, 2017). Ces compétences sont donc essentielles à l'exercice de divers métiers tels que travailler en équipe, gérer la relation client, utiliser les techniques usuelles de l'informatique et de la communication numérique (Réseau Emplois compétences, 2017). Pour ce qui est du référentiel métier, celui-ci est un référentiel d'activités associé à un référentiel de compétences, c'est-à-dire que le référentiel d'activités définit les tâches essentielles pour occuper un poste et le référentiel de compétences établit la liste des compétences utiles à la réalisation des activités d'un poste (Rosemberg, 2019). Le référentiel métier est élaboré sur base de référentiels existants et de l'expérience des participants dans le métier (Interfédé, 2015).

### 3.2.2. Activités d'apprentissage

Les activités d'apprentissage désignent les activités proposées par l'enseignant en vue de permettre aux apprenants de travailler les apprentissages (HEC, 2019). En lien avec l'approche pédagogique centrée sur l'apprenant, l'enseignant dispose d'un choix d'activités d'apprentissage diverses et variées afin de dynamiser son enseignement (HEC, 2019). Le fait de varier les activités proposées aux apprenants permet de développer plusieurs compétences et de solliciter différents types d'intelligence (HEC, 2019). En lien avec l'approche pédagogique centrée sur l'apprenant, l'enseignant dispose d'un choix d'activités d'apprentissage diverses et variées (HEC, 2019) afin de dynamiser son enseignement et de susciter l'intérêt des étudiants (Université de Lorraine, s.d.). Ce point fait partie des recommandations émises par l'Université de Lorraine (s.d.) afin de tenter de se diriger vers un certain alignement pédagogique.

Les dispositifs de formation par les stages constituent de manière permanente une partie importante des cursus de formation des professionnels de santé, et ce, quelle que soit la profession de santé concernée (Jouquant et al., 2013). Les stages dans le milieu de la santé sont généralement organisés dans le cadre de dispositifs d'alternance, où nous pouvons observer une succession, selon une périodicité variable (de quelques jours à quelques semaines ou mois), des activités en stage (comme à l'hôpital, mais aussi en communauté ou en situation de soins primaires) et des activités

d'enseignement et d'apprentissage « théoriques » (par exemple à la faculté ou au sein d'une école professionnelle) (Jouquant et al., 2013). Ceux-ci présentent de nombreux avantages quant à la mise en place de principes de pédagogie active, notamment au regard de l'authenticité du contexte d'enseignement et d'apprentissage qu'ils constituent (Jouquant et al., 2013). En outre, les stages offrent l'opportunité d'articuler les savoirs « savants » théoriques et les savoirs d'action, et ce, en favorisant un aller-retour constant entre l'expérience et la réflexion (Jouquant et al., 2013).

En outre, l'Université de Lorraine (s.d.) a émis une autre recommandation concernant les activités d'apprentissage afin de viser un certain alignement pédagogique, à savoir : la construction des activités d'apprentissage doit préparer progressivement l'étudiant à atteindre les objectifs visés en fin d'enseignement (Université de Lorraine, s.d.).

### 3.2.3. Évaluation

Selon Bouyzem et Moustakim (2020), l'évaluation de la formation est un processus complexe qui peut porter sur plusieurs aspects de cette dernière, à savoir : l'évaluation de la rentabilité de la formation, l'évaluation de la satisfaction des apprenants, l'évaluation de l'atteinte des objectifs de la formation, etc. L'objectif de l'évaluation est de déterminer et d'améliorer la valeur d'un enseignement ou d'une formation (McCain cité par Bouyzem & Moustakim, 2020). Il existe de nombreux modèles d'évaluation d'une formation. Nous avons choisi de développer celui de Kirkpatrick en 1959 qui est un modèle que nous avons eu l'occasion d'aborder durant notre master en sciences de la santé publique au sein de l'UCLouvain. Le modèle d'évaluation d'une formation Kirkpatrick est un modèle d'analyse et d'évaluation universel plutôt facile à appliquer. Il s'agit d'un dispositif global et efficace qui est devenu, à l'heure actuelle, un véritable outil de référence (Gall, E, 2021). Ce modèle s'articule autour de quatre niveaux (Gall, E, 2021). Ces niveaux n'ont pas de lien hiérarchique entre eux, mais chacun trouve tout de même sa prolongation dans le niveau qui le précède (Gall, E, 2021). Ce modèle est orienté sur la culture du résultat (Gall, E, 2021). Il est essentiel de fixer des objectifs clairs et quantifiables au préalable avant d'utiliser ce modèle d'évaluation (HEC, 2020).

Le premier niveau concerne les réactions (Gall, E, 2021). Ce niveau a pour objectif d'aider à évaluer le degré de satisfaction des apprenants à l'égard de l'enseignement (Gall, E, 2021). Pour ce faire, la diffusion d'un questionnaire d'évaluation est nécessaire à la fin de la formation (Gall, E, 2021). Celui-ci aide ainsi l'évaluateur à connaître l'appréciation des apprenants quant à leur expérience et l'utilité que la formation peut apporter à ces derniers (HEC, 2020).

Le deuxième niveau concerne les apprentissages et l'évaluation pédagogique (Gall, E, 2021). Ce niveau a pour objectif d'évaluer les compétences et les connaissances acquises par les apprenants lors de la formation (Gall, E, 2021). En effet, l'évaluation est une pratique qui consiste à mesurer la maîtrise d'un apprentissage par rapport aux objectifs d'une formation (HEC Montréal, 2020). Pour ce faire, il est essentiel de déterminer des objectifs mesurables et quantifiables sur les acquis post-formation (Salinas, 2021). L'efficacité de cette évaluation réside dans le fait qu'elle doit être réalisée avant et après la formation (Bouyzem & Moustakim, 2020). Nous pouvons généralement distinguer deux types d'évaluations dont les finalités sont très différentes les unes des autres (HEC, 2020). En effet, l'évaluation

formative vise à rendre compte de la progression de l'apprenant et renseigne sur le chemin qu'il lui reste à parcourir (HEC, 2020). Elle s'apparente à l'accompagnement et se réalise en cours d'apprentissage (HEC, 2020). Le but de l'évaluation formative est donc de soutenir l'apprentissage (HEC, 2020). L'évaluation sommative vise à prendre des décisions (attribution d'une note, d'un diplôme, etc.) et témoigne de la réussite ou non d'un apprenant à un cours. Elle s'apparente au contrôle et se fait en fin d'apprentissage (HEC, 2020). Le but de l'évaluation sommative est donc de certifier des acquis (HEC, 2020).

Le troisième niveau concerne les comportements. Ce niveau a pour objectif de mesurer les conséquences opérationnelles de la formation sur les apprenants (HEC Montréal, 2020), c'est-à-dire évaluer les acquis sont utilisés au quotidien par les personnes qui ont suivi la formation (Gall, E, 2021). Cette étape est complexe étant donné qu'elle demande d'observer le quotidien des individus formés (Salinas, 2021).

Le dernier niveau concerne les résultats. Ce niveau a pour objectif d'évaluer après coup l'impact concret de la formation sur l'efficacité du travail des participants (Delacroix, 2021). Ce niveau s'intéresse donc aux avantages de la formation pour l'institution elle-même dans le but de vérifier l'atteinte des objectifs fixés au préalable (Gall, E, 2021).. La difficulté de cette analyse est de distinguer ce qui relève de l'action de formation dans l'amélioration du travailleur (Salinas, 2021) .

Selon De Ketele (2010), nous pouvons souligner une distinction entre l'évaluation formative (ce qui est de l'ordre de la fonction) et l'évaluation sommative (qui est de l'ordre de méthode) (cité par Jouquant et al., 2013). Ainsi que nous pouvons distinguer trois fonctions et principales de l'évaluation (Jouquant et al., 2013).

La fonction la plus répandue est celle faisant référence à la nécessité requise par l'institution (les autorités responsables de la formation) et les bénéficiaires (étudiants, parents et professionnels) de valider les acquis de la formation. Celle-ci est désignée comme la fonction de certification (Jouquant et al., 2013). Elle devrait principalement porter sur la maîtrise des compétences professionnelles visées à la fin d'une période donnée de formation ; la certification en vue de l'octroi d'un diplôme devrait quant à elle porter sur les compétences terminales de la formation qui, en principe, sont de l'ordre des macro-compétences, intégrant un maximum de moyens, de compétences et de savoir-être indispensables au métier et permettant de poursuivre le processus de développement professionnel tout au long de la vie (Jouquant et al., 2013).

Selon Jouquant et al. (2013), une seconde fonction a émergé sur le plan scientifique avec les travaux de Scriven (1967), de Bloom & al. (1971) et les travaux de l'Association pour le développement des méthodologies de l'évaluation en éducation dès les années 70 (voir le livre collectif : Allal, Cardinet & Perrenoud, 1978). Elle est désormais très justement appelée évaluation formative et a pour fonction d'améliorer l'apprentissage en cours (donc non encore entièrement achevé) (Jouquant et al., 2013). De ce fait, l'évaluation formative sert directement l'apprentissage en train de se faire et permet de prendre deux grands types de décisions en interaction : des décisions concernant le comportement de l'apprenant et des décisions concernant le comportement du formateur ou la modification de l'environnement de l'apprentissage. Certains travaux dénoncent une série de dérives dans la compréhension et dans les pratiques de l'évaluation formative : elles restent

beaucoup trop des évaluations des apprentissages et pas assez des évaluations pour l'apprentissage (Stobar cité par in Jouquant et al., 2013).

Une troisième fonction, trop négligée selon Jouquant et al. (2013), et ce, malgré l'insistance que Bloom lui a accordé en avançant le concept d'évaluation diagnostique, porte sur l'évaluation qui précède la mise en œuvre d'un processus de formation ou d'une nouvelle période de formation ou d'une nouvelle séquence d'apprentissage. L'évaluation porte ici sur ce qui permet au formateur de préparer ces nouvelles actions avant de les mettre en œuvre (Jouquant et al., 2013). Cette évaluation se préoccupe de deux objets clés qui sont l'évaluation des prérequis (encore faut-il les avoir identifiés de façon pertinente) à maîtriser avant de commencer la nouvelle action ou les leçons que tire le formateur sur la base de ses expériences antérieures (Jouquant et al., 2013).

Nous sommes donc en présence de trois fonctions importantes qui délimitent trois moments forts de toute formation : la préparation de l'action, l'amélioration de l'action en cours et l'évaluation institutionnelle des acquis de l'action (Jouquant et al., 2013).

En outre, l'Université de Lorraine (s.d.) a émis quelques recommandations concernant les stratégies d'évaluation. La première étant qu'il est essentiel de planifier des évaluations correspondant aux objectifs visés et aux activités proposées aux étudiants (Université de Lorraine, s.d.). La deuxième étant qu'il faut également veiller à utiliser des modalités d'évaluation permettant de vérifier concrètement le niveau d'atteinte des objectifs visés (Université de Lorraine, s.d.). Pour ce faire, une grille d'évaluation avec des critères permet de rendre la démarche d'évaluation davantage objectivante et transparente (Université de Lorraine, s.d.).

In fine, l'Université de Lorraine (s.d.) a émis des recommandations générales concernant l'alignement pédagogique. La rédaction d'un plan de cours est intéressante pour permettre de transmettre les informations aux étudiants et d'explicitier les attentes vis-à-vis de l'enseignement (Université de Lorraine, s.d.). La construction de cet alignement pédagogique peut parfois nécessiter de restructurer les enseignements en profondeur, cependant, l'amélioration de la qualité des apprentissages des étudiants vaut le temps qui y sera consacré (Université de Lorraine, s.d.).

# **MÉTHODOLOGIE COMMUNE**

Afin d'approcher notre sujet de recherche, nous avons participé à de nombreuses réunions du projet REFORM P<sup>2</sup> notamment avec la chercheuse qui a été engagée pour REFORM P<sup>2</sup> ainsi qu'avec les partenaires de ce projet.

Nous avons d'abord participé à une réunion avec une représentante d'un autre projet financé par le fonds Van Mulders Moonens et qui s'occupe de la partie concernant la revue de la littérature. En effet, certaines synergies ont été identifiées, entre les deux recherches notamment concernant la première étape qui consiste à réaliser un état des lieux de la littérature et des pratiques pertinentes et innovantes. Cette réunion a été l'occasion de présenter nos démarches méthodologiques mutuelles étant donné que nos démarches respectives présentaient certaines synergies.

Ensuite, nous avons rencontré pour la première fois la chercheuse de REFORM P<sup>2</sup>. Cette réunion nous a permis de faire un état des lieux quant à l'avancement de notre travail. La chercheuse a partagé avec nous son savoir expérientiel quant au concept de PPS et a pu nous donner quelques pistes de réflexion concernant notre recherche.

Après cela, nous avons eu une réunion avec certains partenaires de REFORM P<sup>2</sup> afin de faire le point sur les différentes étapes de la recherche, telles qu'elles ont été précisées par le cercle de gouvernance lors d'une précédente rencontre, et à expliquer le mode de gouvernance du projet. Les échanges qui ont eu lieu durant cette présentation ont été riches et nous ont permis d'ajuster certains points de nos méthodologies respectives.

Avec la chercheuse, nous avons ensuite eu l'opportunité d'échanger quant aux référentiels de compétences et aux articles inclus dans notre recherche, et ce, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons co-définis.

Dans le courant du mois d'avril, s'est déroulée la matinée de lancement officiel du projet avec l'ensemble des partenaires. Cette dernière nous a permis de rencontrer davantage de partenaires du projet ainsi que de mieux comprendre le fonctionnement des cercles de responsabilité et du cercle de gouvernance. Cela a également été l'occasion pour nous de mieux saisir les motivations de chaque partenaire impliqué dans la recherche. Cette réunion nous a permis d'avoir un regard réflexif quant aux enjeux du projet, quant à sa richesse pour notre vie professionnelle et quant à notre contribution au projet. De plus, nous avons discuté des différents concepts en lien avec le projet pour mieux cerner la vision que les partenaires avaient de ceux-ci.

Nous avons ensuite eu l'occasion de présenter nos résultats préliminaires lors du colloque Be.Hive 2022. En amont de cela, nous avons discuté avec la chercheuse et les partenaires du projet, et ce, afin de réaliser un poster présentant les grandes lignes de notre travail. Cette présentation nous a été bénéfique dans le sens où nous avons pu échanger avec d'autres professionnels présents par rapport au travail que nous réalisons. Les échanges que nous avons eus, ont soulevé de nouveaux questionnements ainsi que des pistes à suivre pour la poursuite de notre recherche.

Enfin, nous avons eu une dernière réunion avec la chercheuse (et notre promotrice et notre co-promotrice) quant au contenu de notre mémoire.

De par les différentes réunions que nous avons réalisées, nous nous sommes posé la question dans quelle mesure les concepts de prévention et de promotion de la santé seraient davantage liés l'un à l'autre. Notre vision a ainsi évolué au fur et à mesure de la rédaction de ce travail et des réunions que nous avons eues avec les différentes parties prenantes du projet. Par exemple, lorsque nous avons présenté les résultats préliminaires de ce mémoire au

Colloque Be.Hive 2022, nous avons essentiellement abordé la promotion de la santé comme intégrant des aspects de prévention (c.f. *1.1.3. Lien entre prévention et promotion de la santé*).

In fine, ces réunions interprofessionnelles nous ont guidées dans notre recherche et nous ont apporté un éclairage qui a été d'une grande richesse pour notre travail.

Pour faciliter la lecture et la compréhension de ce travail, nous tenions à mentionner le fait que la co-mémorante A, Katlyne Wuillaume, s'est consacrée à la partie concernant l'analyse comparative de référentiels métiers et que la co-mémorante B, Alyssa Hennebert, s'est consacrée à l'analyse de dispositifs de formation initiale en PS.

**MÉTHODOLOGIE ET  
RESULTATS DE LA PARTIE  
CONCERNANT L'ANALYSE  
COMPARATIVE DE  
REFERENTIELS METIERS**

## **1. Méthodologie :**

Pour mémoire, cette partie a pour objectif d'aborder la question de recherche suivante « de quelle manière des référentiels de compétences spécifiques à des métiers de la première ligne de soins et du social, incluent des compétences pour la promotion de la santé ? ».

Ainsi que plusieurs sous-questions de recherche qui sont : comment est définie, implicitement ou explicitement, la promotion de la santé dans les référentiels analysés ? Comment sont définies et opérationnalisées (traduites en acquis d'apprentissage) les compétences pour la promotion de la santé dans ces référentiels ? Quelles méthodes d'enseignement sont préconisées ? Quelles modalités d'évaluation des acquis d'apprentissage sont proposées ? Comment sont abordées les questions éthiques et liées aux valeurs dans ces référentiels ?

### **1.1. Collecte des données**

Pour atteindre notre objectif, nous avons identifié des référentiels de compétences. Les référentiels sélectionnés devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : les référentiels devaient soit porter sur des compétences transversales pour la promotion de la santé, soit sur des métiers de la première ligne de soins. Les échanges que nous avons eus avec les parties prenantes de la recherche REFORM P<sup>2</sup> nous ont amenés à également nous intéresser au champ du social comme un métier de la première ligne de soins. Ainsi, les référentiels « métier » portant sur des métiers du champ social faisaient partie des référentiels visés par notre recherche. Les référentiels devaient être disponibles en français ou en anglais pour être inclus dans notre échantillon. Nous avons cependant exclu les référentiels émanant d'une institution belge pour éviter d'éventuels conflits d'intérêt à la vue des nombreux partenaires de la recherche REFORM P<sup>2</sup>.

Pour cela, dans un premier temps, nous nous sommes appuyées sur les suggestions des partenaires de la recherche au détour de nos différentes réunions. Ainsi, nos discussions avec les représentants du Cercle de gouvernance du projet, c'est-à-dire de la HELB, de la PSMG, du RESO et de ULG, nous ont amenés à inclure un référentiel de compétences transversales : The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook. (Dempsey, Battel-Kirk, Barry et les Partenaires du Projet CompHP, 2011).

Dans un deuxième temps, nous avons effectué des recherches sur les bases de données scientifiques qui sont Pubmed et Doctes. Ce choix de passer par ces bases de données, malgré le fait que les référentiels relèvent davantage de la littérature grise, peut se justifier par le souhait de vouloir élargir mon champ de recherche de référentiels. De plus, cette recherche s'est effectuée grâce à une série de mots-clés : (Compétences OU Compétences professionnelles OU compétences en matière de promotion de la santé) ET (Promotion de la santé OU Promotion de la santé mondiale OU Education pour la santé OU Santé OU Santé internationale) ET (Référentiels de compétences OU Evaluation) ET (capacités OU Soutenir le changement OU Leadership OU Partenariat OU Analyse des besoins).

Cette recherche nous a permis d'identifier sept référentiels, dont quatre ont été inclus à notre sélection :

**Tableau 1** : Identification de quatre référentiels supplémentaires

| <i>Référentiels</i>   | <i>Références</i>                      | <i>Source</i>                      | <i>Type de référentiel (transversal ou métier)</i>  |
|---|--|------------------------------------|---|
| Référentiel de compétences - Canmeds 2015 pour les médecins   | Frank, Snell, Sherbino & Boucher, 2015 | Pubmed                             | Référentiel métier (Médecine)   |
| Pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux                          | DCPP & CIO-UdeM, 2016                  | Pubmed (référence bibliographique) | Référentiel métier en énonçant une compétence centrale qui est beaucoup plus spécifique aux soins de santé et services sociaux mais également transversal car comporte 7 compétences transversales. |
| Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec | Martin & Brahim, 2014                  | Doctes                             | Référentiel métier (Compétences très ciblées et <b>spécifique</b> , en SP du Québec, aux fonctions de la PPS) (Martin & Brahim, 2014)   |
| Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)                             | Czabanowska et al., 2020               | Bibliographie du CompHP            | Référentiel métier (Constitution de compétences spécifiques au contexte et visant le personnel de base de SP)   |

Une troisième source d'information pour l'identification des référentiels pertinente a été la collaboration avec la mémorante Alyssa Hennebert, qui effectuait en parallèle une recherche sur les dispositifs de formation initiale et continue en promotion de la santé et qui a pu nous renseigner sur l'existence d'autres référentiels, à partir des citations contenues dans les articles qu'elle analysait. Toutefois, les référentiels identifiés ne répondaient pas à nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Au total, ce sont donc cinq référentiels qui sont inclus dans notre sélection : un référentiel de compétences transversales, le CompHP (Dempsey et al., 2011) et quatre référentiels métiers repris dans le tableau 1 ci-dessus.

## **1.2. Analyse des données**

Le référentiel de compétences transversales « CompHP » a été le référentiel de départ sur lequel nous nous sommes basés pour créer notre grille d'analyse essentielle à l'établissement des résultats de la première partie de ce mémoire. Nous avons donc premièrement réalisé une analyse inductive, c'est-à-dire « une méthode de travail scientifique qui part d'un fait (avec des données brutes, réelles, et observables) pour expliquer un phénomène. L'intérêt de cette méthode est de trouver des explications grâce à des observations concrètes. » (Claude, 2020). Autrement dit, le CompHP a été analysé sans hypothèses ou cadre théorique prédéfinis, pour faire émerger des thèmes en lien avec les sous-questions de recherche (voir figure 4 ci-dessous). Ces thèmes ont ensuite été appliqués à l'analyse des quatre autres référentiels.

L'analyse de ces quatre autres référentiels a donc été guidée directement par le CompHP, si bien que nous sommes passés à une démarche d'analyse déductive, c'est-à-dire en référence à des catégories thématiques prédéfinies à partir de l'analyse du CompHP. L'analyse déductive désigne « une technique qui part d'une ou plusieurs hypothèses de travail vers l'explication de ces hypothèses. Cette méthode permet à l'étudiant de

comprendre des éléments particuliers” (Claude, 2020). Ceci toujours en lien à notre cadre de référence, le CompHP.

En résumé, la figure 4 présenté ci-dessous permet de rendre compte que des thèmes d’analyse ont été générés directement à partir du référentiel de compétences transversales « CompHP ». Ces thèmes sont aussi en lien avec nos sous-questions recherche. Par exemple, pour la sous-question de recherche suivante : « comment sont définies et opérationnalisées (traduites en acquis d’apprentissage) les compétences pour la promotion de la santé dans ces référentiels ? », nous faisons référence aux thèmes d’analyse de compétences, d’apprentissage. Pour la sous-question de recherche « comment est définie, implicitement ou explicitement, la promotion de la santé dans les référentiels analysés ? », nous faisons référence aux thèmes d’analyse de définitions ainsi que de prévention. Chacune de nos sous-questions de recherche est donc liée à un ou plusieurs thèmes d’analyse. Ces thèmes, initialement au nombre de dix, ont été par la suite affinés grâce à une lecture supplémentaire et davantage approfondie du CompHP. Nous avons donc analysé l’ensemble des référentiels sur base de ces différents thèmes établis uniquement et directement à partir du CompHP. Ceci a permis d’extraire de ces référentiels, un ensemble de données qui ont été par la suite insérées dans le tableau d’analyse et finalisant ainsi le tableau.

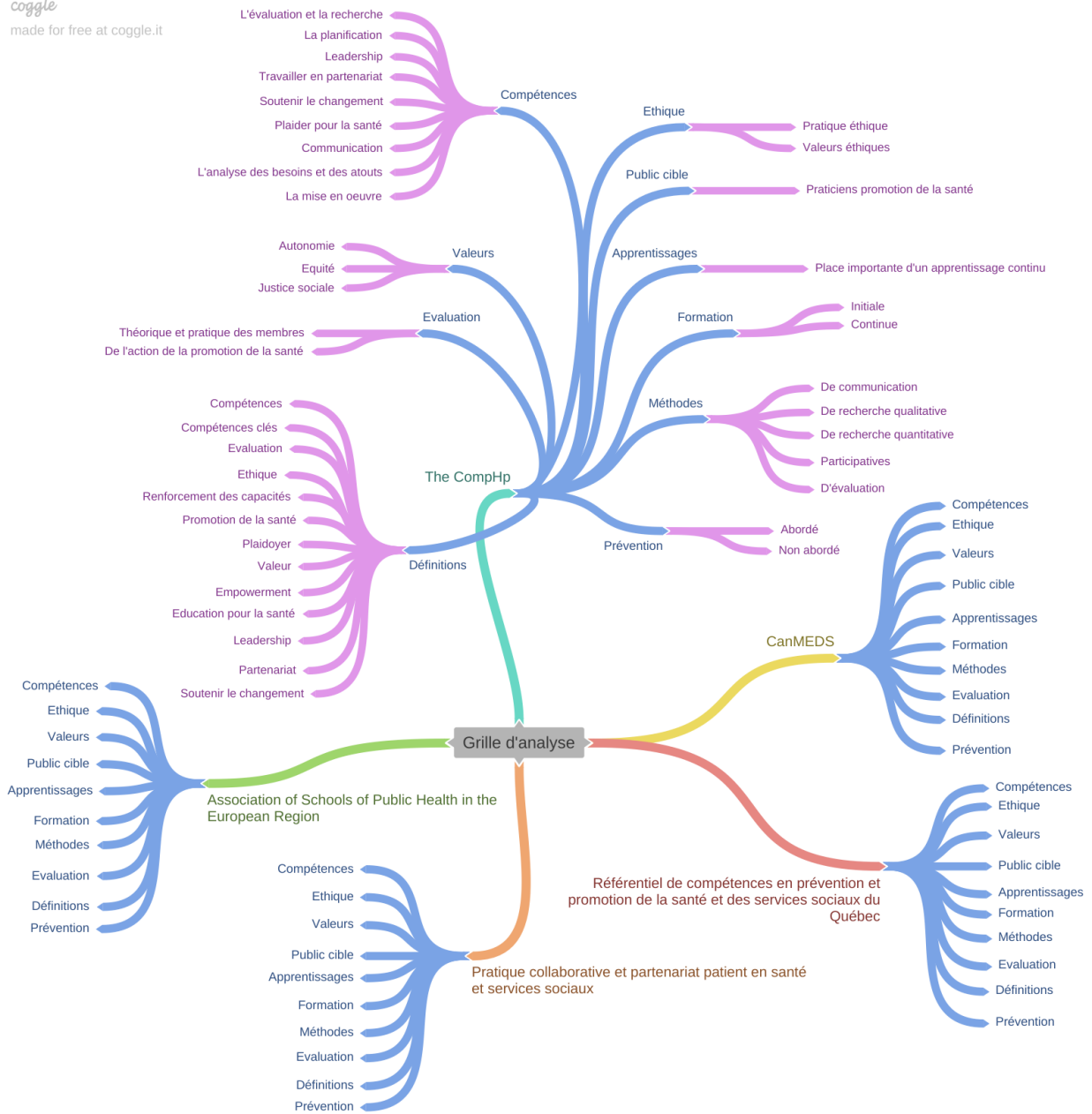
Nous pouvons également souligner que cette grille d’analyse a fait l’objet d’un double codage indépendant, par la mémorante et la chercheuse engagée dans le projet, Mariangela Fiorente, qui se sont rencontrées à plusieurs reprises pour comparer leur travail d’analyse.

Une fois le tableau finalisé, nous avons pu, à l’aide de notre cadre de référence, analyser les résultats obtenus afin d’élaborer la partie résultats. L’intérêt d’utiliser ce référentiel de compétences transversales pour l’analyse des résultats ainsi que son application à l’ensemble des autres référentiels abordés dans ce mémoire, s’explique par le fait que la promotion de la santé dans des relations individuelles n’est pas évidente à mobiliser et ce plus spécifiquement les compétences de PPS. De ce fait, nous allons accorder une certaine attention à préciser pour chacun de ces référentiels quel métier spécifique il concerne, comment il le définit, mais surtout déterminer la posture professionnelle. Nous pouvons distinguer deux postures professionnelles, soit celui de prodiguer des soins ou soit de prendre soin de... Ces deux postures sont différentes et selon le métier que la personne exerce, elle sera formée à l’une ou l’autre de celles-ci.

In fine, les résultats étant structurés selon les sous-questions recherche, l’objectif a été, pour chacune de celles-ci, de poser en premier lieu, ce qui est dit au sein du CompHP pour chacun de ces thèmes et ensuite, d’aborder ce qui vient nuancer, différencier et/ou compléter ces résultats du CompHP grâce à l’ensemble des autres référentiels analysés dans le cadre de ce mémoire.

**Figure 4. Présentation des thèmes d'analyse par référentiel**

coggle  
made for free at coggle.it



## 2. Résultats :

### 2.1. Présentation des référentiels sélectionnés pour l'analyse

Tableau 2. Référentiels sélectionnés pour l'analyse

| <i>Référence du référentiel</i>  | <i>Lieu d'édition du référentiel</i> | <i>Année de publication du référentiel</i> | <i>Raison(s) de l'élaboration de ce référentiel</i>   | <i>Méthode d'élaboration du référentiel</i>   | <i>Public et métier spécifique visé par le référentiel</i>  | <i>Présentation du métier par le référentiel</i>  | <i>Formation initiale et/ou continue</i> |
|--|--------------------------------------|--|---|---|---|---|--|
| CompHP [CompHP] (Dempsey et al., 2011)   | Irlande                              | 2011                                       | Dans le cadre d'un projet européen visant le développement des compétences et des normes professionnelles pour le renforcement des capacités en PS en Europe. | 5 étapes : 1) Étude de la documentation européenne et internationale sur les compétences pour la PS ; 2) Ébauche d'un cadre de référence sur les compétences clés ; 3) Enquête Delphi avec des experts en PS de toute l'Europe = consensus ; 4) Groupes de travail avec des experts en PS et d'autres parties prenantes clés de toute l'Europe ; 5) Processus de consultation en ligne des parties prenantes dans le domaine de la PS dans toute l'Europe. Compétences clés CompHP : fruit d'un vaste processus de consultation et se fondent sur des informations issues de publications européennes et internationales. | Public : Praticiens de la PS ayant obtenu un diplôme d'études supérieures ou de troisième cycle en PS ou dans une discipline connexe.<br><br>Métier : Domaine de la PS. | Un praticien de la PS est défini comme étant une personne dont le travail est de promouvoir la santé et de réduire les inégalités de santé en utilisant les actions décrites dans la Charte d'Ottawa.                 | Formation initiale et continue.          |
| Référentiel de compétences - Canmeds 2015 pour les Médecins [Canmeds] (Frank et al., 2015) | Canada (Ottawa)                      | 2015                                       | Améliorer les soins prodigués aux patients ainsi que la formation des médecins, et ce, dans le monde entier.  | Selon le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Canmeds « s'appuie sur des recherches empiriques, de solides principes d'éducation et de vastes consultations auprès d'intervenants ». Référentiel appuyé par   | Public : Etudiants, résidents, collègues médecins et autres professions, grand public et autres intervenants.<br><br>Métier : Médecine.                                 | En tant que médecins, ceux-ci assument tous les rôles définis par Canmeds (Expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit, professionnel) et s'appuient sur leur savoir médical, | Formation initiale et continue.          |

|   |                   |      |   |  |   |   |   |
|---|-------------------|------|---|--|---|---|---|
|   |                   |      |   | 12 autres organisations médicales canadiennes.   |   | leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. C'est le rôle d'expert médical qui définit le champ de pratique clinique des médecins.   |   |
| Pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux [PC-PPSSS] (DCPP & CIO-UdeM, 2016) | Canada (Montréal) | 2016 | Ce référentiel a pour objectif de nous présenter les compétences qui doivent être développées et maintenues par l'intervenant et chez le patient, condition essentielle, lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux. | Référentiel qui s'est inspiré de plusieurs travaux sur la thématique et qui a été co-construit (patients et proches aidants, professionnels, ... = l'ensemble des intervenants). En effet, le patient et l'intervenant, et ce, aux moments où ils sont engagés dans les soins de santé et services sociaux | Public : Le grand public, les patients et les proches aidants, les intervenants et les étudiants des soins de santé et des services sociaux, les gestionnaires et les décideurs des soins de santé et des services sociaux, les chercheurs de la santé et des services sociaux, les enseignants des domaines des sciences de la santé et des sciences psychosociales, les gestionnaires et décideurs de l'éducation en sciences de la santé et en sciences psychosociales, les chercheurs de l'éducation en sciences de la santé et en sciences psychosociales.<br><br>Métier : Soins | Dans une approche de pratique collaborative et de partenariat patient, la prestation de soins de santé et de services sociaux optimaux passe inévitablement par le développement et le maintien de compétences et par une adaptation des comportements, tant chez l'intervenant que chez le patient. En tant que partenaires de soins de santé et services sociaux, le patient et les intervenants collaborent ensemble autour de 8 compétences telles que la collaboration pour planifier, mettre en œuvre, suivre des soins de santé et des services sociaux, pour travailler en équipe, pour communiquer, pour clarifier des rôles et des responsabilités, | Formation initiale et formation des formateurs. |

|   |                 |      |  |   |  |   |                     |
|---|-----------------|------|--|---|--|---|---------------------|
|   |                 |      |  |   | de santé et services sociaux et domaine des sciences de la santé et des sciences psychosociales.   | pour appliquer un leadership collaboratif, pour exercer une éducation thérapeutique et à la santé, pour respecter une éthique clinique et enfin, effectuer de la prévention et résolution des conflits.   |                     |
| Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec [PPS Québec] (Martin & Brahimi, 2014) | Canada (Québec) | 2014 | Ce référentiel s'inscrit dans un souhait de changement, en assurant le développement et le maintien des compétences en PPS de la SP. Il est également un outil visant à structurer la mise en œuvre des activités du <i>Programme national de santé publique</i> et du Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le référentiel PPS Québec s'est élaboré en se basant sur plusieurs référentiels. Ces derniers ont constitué une source de connaissances des pratiques professionnelles en PPS, mais ne peuvent pas être directement appliqués au contexte québécois. Il a donc été essentiel d'élaborer un | Conçu à partir de situations professionnelles interdisciplinaires en PPS collectés par la consultation de sept groupes de discussion, représentatifs des régions du Québec, et représentatifs des professions du domaine de la PPS. Ceux-ci ayant effectué un processus réflexif quant à leur pratique professionnelle. Soixante et onze participants ont contribué à l'élaboration de la banque de situations professionnelles en PPS. | Public : Professionnels, médecins et gestionnaires du réseau de santé publique œuvrant dans le domaine de la PPS. Les professionnels détiennent un diplôme de 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle dans diverses disciplines de la santé, des sciences sociales, sciences informatiques, sciences humaines.<br><br>Métier : Domaine de la promotion de la santé. | Les professionnels du domaine de la PPS de la santé proviennent d'horizons très variés. Ils exercent différentes fonctions liées à l'intervention directe auprès de la population ou des preneurs de décision, à l'évaluation de programmes, à l'élaboration d'interventions ou à la formation des intervenants. Les professionnels détiennent un diplôme de 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle dans diverses disciplines de la santé, des sciences sociales, sciences informatiques, sciences humaines, etc. | Formation initiale. |

|   |          |      |  |   |  |   |                     |
|---|----------|------|--|---|--|---|---------------------|
|   |          |      | référentiel qui répond aux réalités du contexte actuel mais aussi fondé sur l'expérience et l'expertise développées au Québec.   |   |  |   |                     |
| Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) [ASPHER] (Czabanowska et al., 2020) | Danemark | 2020 | Ce cadre de compétences a été élaboré dans une perspective systémique et sert de base à un large éventail d'applications, et ce, à différents stades de la carrière des professionnels individuels et sur le marché du travail. Il vise à soutenir la mise en œuvre du Programme de travail européen 2020-2025 et la | Développement des compétences par une revue de la littérature ayant permis d'identifier 10 cadres de compétences, existants pour les professionnels de la SP, parmi lesquelles les auteurs ont ensuite sélectionné celles correspondant le mieux au contexte de la Région européenne afin de produire une première version du cadre de compétences de l'OMS-ASPHER.<br><br>Examen de la première version par un groupe d'expert suivi de six séries de consultations où des | Public :<br>Personnel de base de la santé publique.<br><br>Métier :<br>Domaine de la santé publique. | Le personnel de base de la santé publique comprend des personnes pour lesquelles les activités de santé publique constituent l'essentiel de leurs fonctions et dont on attend qu'elles possèdent systématiquement toutes les compétences de base et qu'elles démontrent des niveaux de compétences croissants au fil de leur carrière. Ce personnel est au cœur des | Formation initiale. |

|  |  |  |   |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|
|  |  |  | poursuite des objectifs de développement durable. | professionnels de la SP ont examiné les versions successives. Les échanges entre experts et parties prenantes ont permis d'atteindre un consensus sur l'ensemble final de compétences reprises actuellement dans le référentiel. |  | efforts de la société pour prévenir les maladies, prolonger la vie et protéger et promouvoir la santé de nos communautés. |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|

Comme le montre le tableau 2, le CompHP a été publié en 2011 soit antérieurement à l'ensemble des autres référentiels abordés dans le cadre de ce référentiel. Malgré tout, un seul de nos référentiels a fait référence au CompHP. En effet, le référentiel [PPS Québec] s'est référencé au CompHP, notamment comme ressource externe dans le cadre de sa quatrième compétence : « Accompagner les intervenants et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires dans l'amélioration des pratiques de prévention et de promotion de la santé » (Martin & Brahim, 2014). Les autres référentiels ne font aucune mention en rapport au CompHP.

## **2.2. Résultats principaux**

Pour mémoire, notre travail avait pour objectif de comparer des référentiels de compétences en promotion de la santé, afin de documenter ce qui existe et fournir des pistes de réflexions utiles pour le développement ou l'adaptation d'un référentiel de compétences en promotion de la santé pour les professionnels de la première ligne de soins, adapté au contexte de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Nous présentons ci-après les principaux résultats de notre analyse suivant les grandes questions que nous nous étions posées, à savoir : Comment est définie, implicitement ou explicitement, la promotion de la santé dans les référentiels analysés ? Comment sont définies et opérationnalisées (traduites en acquis d'apprentissage) les compétences pour la promotion de la santé dans ces référentiels ? Quelles méthodes d'enseignement sont préconisées ? Quelles modalités d'évaluation des acquis d'apprentissage sont proposées ? Comment sont abordées les questions éthiques et liées aux valeurs dans ces référentiels ?

Nous pouvons également présenter deux concepts qui sont utiles et nécessaires à la compréhension des résultats obtenus à la question concernant notamment les compétences. Il s'agit tout d'abord du concept de *compétence transversale* qui est « une mise en œuvre, un savoir et un savoir-agir détenus par plusieurs professions. » (Tardif et Dubois, 2013). Leur champ d'action est fort divers puisqu'il n'est pas cerné par des frontières professionnelles, disciplinaires ou autres (Tardif et Dubois, 2013). Ensuite, il y a le concept de *compétence spécifique* à son champ d'action délimité à un ensemble comparativement réduit de situations (Legendre, 2001). Les connaissances constituant les compétences, sont-elles aussi spécifiques (Legendre, 2001).

### **A) Comment est définie, implicitement ou explicitement, la promotion de la santé dans les référentiels analysés ?**

- **Promotion de la santé**

Tout d'abord, la promotion de la santé au sein du CompHP est définie, en référence à la Charte d'Ottawa (1986) « comme un processus global, à la fois social et politique. Ce processus englobe non seulement les actions qui visent à renforcer les compétences et les capacités des individus, mais également celles qui tendent à modifier les conditions sociales, environnementales et économiques en vue d'atténuer leurs répercussions sur la santé individuelle et publique. » En d'autres termes, la promotion de la santé se réfère au processus permettant aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer (cité par Dempsey et al., 2011, p.17). En plus de cela, le CompHP énonce, selon la Charte d'Ottawa (1986), les trois stratégies fondamentales pour la PS ainsi que les cinq types d'actions (axes) prioritaires pour la PS venant appuyer ces stratégies. (Dempsey et al., 2011, p.17). Nous pouvons également mentionner que le CompHP a établi ces compétences clés selon une certaine compréhension qu'ils ont de la promotion de la santé. En effet, selon Raphael, la PS « est une discipline éthique, efficace, basée sur des principes et des faits », et selon Kahan, « il existe des théories, des stratégies, des faits et des valeurs bien établis qui sous-tendent une bonne pratique de la promotion de la santé » (cité par Dempsey et al., 2011, p.9). Donc, en plus d'utiliser la définition de la PS de la Charte Ottawa (1986), le CompHP l'applique à ses compétences clés ainsi qu'à sa pratique. En effet, le CompHP, par ses actions de promotion de la santé, promeut une pratique efficace et éthique.

En ce qui concerne les autres référentiels, nous pouvons tout d'abord mentionner que le référentiel [PPS Québec] utilise cette même définition universelle, que le CompHP, pour énoncer la promotion de la santé issue de l'OMS (Health promotion glossary, 1998) et en lien avec la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 2015). En plus de l'utiliser, le référentiel [PPS Québec] applique cette définition quant aux stratégies qu'il met en place, telles que renforcer le potentiel des individus, soutenir le développement des communautés, mais aussi d'engager les communautés dans une démarche participative d'amélioration de leurs conditions de vie et leur bien-être.

Cependant, les autres référentiels analysés ([Canmeds], [PC-PPSSS], [ASPHER]) dans le cadre de ce mémoire ne définissent pas explicitement ce terme de promotion de la santé. Toutefois, pour le référentiel [ASPHER], celui-ci mentionne quelques caractéristiques de la promotion de la santé telles que : davantage en lien avec les individus, de leur donner quelque chose, du contrôle.

Le fait que les référentiels ([CompHP] et [PPS Québec]) définissent clairement la promotion de la santé peut s'expliquer par le fait qu'ils ciblent directement le domaine de la promotion de la santé tandis que les autres ([Canmeds], [PC-PPSSS], [ASPHER]) ne sont pas spécifiques au domaine de la promotion de la santé, puisqu'ils concernent pour [Canmeds] la médecine avec l'amélioration des rôles et formation des médecins, pour [PC-PPSSS] le développement de compétences chez l'intervenant et chez le patient dans le cadre de la prestation des soins de santé et de services sociaux et enfin pour [ASPHER], celui-ci concerne les compétences pour le personnel de base de la santé publique.

- **Prévention**

Il est également intéressant de noter que la prévention, qui est un des concepts à la base de notre mémoire, n'est pas du tout abordé par le CompHP. Ce dernier porte exclusivement sur la PS, tandis que les autres référentiels font mention de ces deux termes afin de les distinguer ou de les articuler.

En effet, si nous prenons le référentiel [Canmeds], celui-ci énonce que la prévention est tout autant essentielle que la PS, afin d'améliorer la santé et qu'il faut donc en tenir compte dans les échanges avec l'ensemble des patients. Pour cela, il faut viser un perfectionnement de la pratique clinique par une amélioration continue de la qualité des activités de prévention des maladies. Canmeds fait donc mention de la prévention afin de l'articuler à la PS. En ce qui concerne le référentiel [PC-PPSSS], la prévention est l'une des compétences transversales de ce référentiel. Cette compétence se nomme « prévention et résolution des conflits » et est décrite de la manière suivante :

Patient partenaire et intervenants de l'équipe s'engagent activement dans la prévention et la résolution efficaces des conflits au sein de l'équipe dans un esprit de concertation où toutes les opinions sont prises en compte. Les intervenants de l'équipe évitent de faire vivre au patient des tensions inutiles par des relations tendues entre eux ; ils se doivent de résoudre rapidement ces tensions (DCPP & CIO-UdeM, 2016).

Mais également, la prévention des maladies est articulée à la promotion de la santé en tant qu'intervention dans le cadre de la compétence d'éducation à la santé. Le référentiel ne tente pas explicitement de différencier ces deux termes étant donné qu'il ne définit pas clairement la promotion de la santé.

Pour le référentiel [PPS Québec], c'est celui qui accorde une très grande place à la prévention et qui introduit explicitement la distinction entre promotion de la santé (présentée ci-dessus) et prévention. En effet, dans ce référentiel, la prévention est définie comme plutôt en lien avec les situations, dans l'évitement, pour que les situations indésirables ne se produisent pas. Pour l'OMS, la prévention « représente l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (cité par Martin & Brahimi, 2014, p.3). Selon le PNSP, elle englobe donc les activités qui visent avant tout, à réduire d'une part, les facteurs de risques associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes, et d'autre part, à détecter les signes hâtifs de problèmes de santé ou de problèmes psychosociaux (cité par Martin & Brahimi, 2014, p.3).

Et enfin, en ce qui concerne le référentiel [ASPHER], celui-ci mentionne aussi qu'il est essentiel de perfectionner la prévention des maladies, en insistant sur le fait que c'est le rôle de la santé publique et de son personnel, de faciliter la résolution des problèmes de santé. Dans sa compétence de promouvoir la santé, la prévention est directement articulée avec la promotion de la santé dans les capacités à avoir pour satisfaire cette compétence. De plus, ce référentiel met l'accent sur la prévention secondaire qui, à savoir selon l'OMS, cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité (cité par Organisation mondiale de la santé, 1999, p.4).

**B) Comment sont définies et opérationnalisées (traduites en acquis d'apprentissage) les compétences pour la promotion de la santé visées dans ces référentiels ?**

- **Compétences**

Parmi l'ensemble des thèmes abordés pour cette partie de mémoire, c'est celui des compétences qui a été choisi comme devant être le corps des résultats. De plus, nous porterons une attention à bien notifier pour chaque référentiel s'il aborde des compétences transversales et/ou spécifiques.

Commençons par mentionner la définition des compétences au sein du CompHP. Les compétences, selon Shilton et coll, y sont définies comme une « combinaison de connaissances, d'aptitudes, des capacités et de valeurs essentielles qui sont nécessaires à la pratique de la promotion de la santé. » (cité par Dempsey et al., 2011, p.5). Ces trois termes « connaissances, aptitudes et capacités » ne sont pas définis explicitement par le CompHP toutefois, nous pouvons rentrer dans le détail pour chacun de ces termes. En outre, le CompHP énonce que le socle de connaissances en promotion de la santé est à la base, avec les valeurs éthiques, de toutes les actions de promotion de la santé. Le domaine des connaissances en promotion de la santé décrit les concepts et les principes fondamentaux qui font la spécificité de la pratique de la promotion de la santé. Ces connaissances et valeurs éthiques sont donc au centre de la promotion de la santé et ils sont entourés par les nouvelles compétences abordées par le CompHP. Pour le concept d'aptitude, celui-ci est abordé par le CompHP en mentionnant qu'il s'agit des aptitudes requises par la main-d'œuvre pour promouvoir la santé et agir sur les inégalités identifiées dans les stratégies de l'Union européenne. Et enfin, pour le terme de capacités, le CompHP vise le renforcement des capacités de la main d'œuvre en PS dans toute l'Europe, mais également afin d'améliorer la santé mondiale au 21e siècle.

Au sein de ce référentiel de compétences, nous pouvons noter que neuf compétences **transversales** sont citées pour définir ce qu'un professionnel de la promotion de la santé devrait être capable de : *soutenir le changement, plaider pour la santé, travailler en partenariat, communiquer, avoir du leadership, Analyser des besoins et des atouts, planifier, mettre en œuvre et évaluer la recherche.*

Chacune de ces compétences est définie par le CompHP :

- « *Être capable de soutenir le changement* : permettre aux individus, aux groupes, aux communautés et aux organisations de développer leurs capacités en matière d'action de promotion de la santé afin d'améliorer la santé et de réduire les inégalités de santé.
- *Plaider pour la santé* : plaider avec et au nom des individus, des communautés et des organisations pour améliorer la santé et le bien-être, et développer les capacités pour l'action de promotion de la santé.
- *Travailler en partenariat* : travailler de façon collaborative avec d'autres disciplines, secteurs et partenaires afin d'améliorer l'impact et la durabilité de l'action de promotion de la santé.

- *Communiquer* : communiquer l'action de promotion de la santé de manière efficace en utilisant des techniques et des technologies appropriées pour différents publics.
- *Avoir du leadership* : contribuer à créer une vision et une orientation stratégique communes pour l'action de promotion de la santé.
- *Analyser des besoins et des atouts* : évaluer les besoins et les atouts en partenariat avec les parties prenantes dans le contexte des déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques qui promeuvent ou entravent la santé.
- *Planifier* : fixer des objectifs de promotion de la santé mesurables à partir de l'évaluation des besoins et des atouts effectués en partenariat avec les parties prenantes.
- *Mettre en œuvre* : mettre en œuvre, en partenariat avec les différentes parties prenantes, l'action de promotion de la santé de manière efficace et éthique en respectant les cultures.
- *Évaluer la recherche* : utiliser des méthodes d'évaluation et de recherche appropriées, en partenariat avec les parties prenantes, afin de déterminer la portée, l'impact et l'efficacité de l'action de promotion de la santé. » (Dempsey et al., 2011). Concernant cette dernière compétence transversale d'évaluation, nous pouvons également dire que ce sont les membres du projet CompHP qui effectuent leur évaluation théorique et pratique de l'action de la promotion de la santé. Ces évaluations sont ensuite publiées via des rapports.

Parmi les autres référentiels, deux ([PPS Québec] et [ASPHER]) comprennent l'ensemble de ces neuf compétences transversales avancées par le cadre de référence CompHP.

En effet, pour le référentiel [PPS Québec] nous retrouvons ces compétences du CompHP parmi les quatre compétences principales que ce référentiel avance. Celles-ci étant pour la première, de « produire des outils, méthodes et connaissances pour l'amélioration des pratiques de prévention et de promotion de la santé. », la deuxième « de planifier, en collaboration avec les partenaires et les réseaux concernés, des services et des activités de PPS adaptés aux besoins des collectivités. », la troisième est « de déployer des services et des activités de prévention et de promotion de la santé auprès de la population et des milieux de vie concernés. », et enfin, la quatrième est « d'accompagner les intervenants et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires dans l'amélioration des pratiques de prévention et de promotion de la santé. ». Toutefois, il est nécessaire de préciser que le référentiel [PPS Québec] ne présente pas les compétences du CompHP comme ces compétences clés, mais plutôt comme des savoirs, savoir-faire et savoir-être ou encore en situation professionnelle, faisant partie de ces quatre compétences principales. Les quatre compétences de ce référentiel [PPS Québec] sont davantage **spécifiques et ciblées** au sein du domaine de la PPS. Ce référentiel présente ces compétences principales selon des situations professionnelles et scinde celles-ci en ressources internes (savoirs/savoir-faire/savoir-être).

Pour le référentiel [ASPHER], celui-ci comporte d'autres compétences en plus de celles du CompHP, toutefois elles sont toute cette fois-ci beaucoup plus spécifique. En effet, ce référentiel scinde ces compétences en définissant des niveaux de compétences plus élevées que les professionnels de la SP devraient avoir pour remplir leur rôle plus spécifique, et ce, en lien avec leur métier : compétence, maîtrise et expert. Ce cadre stipule également qu'il est donc le point de départ à la constitution de compétences plus spécifiques au contexte étant que les compétences sont produites dans le processus de la résolution EUR/RC67/R5 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe nommée « Vers un personnel de santé durable dans la Région européenne de l'OMS : cadre d'action ». Ce personnel doit être également capable de s'auto-évaluer pour voir son degré de compétence.

En ce qui concerne le référentiel [Canmeds], celui-ci aborde sept des 9 compétences du CompHP, en ne soutenant pas de mettre en œuvre et de plaider pour la santé. Ces sept compétences sont décrites comme faisant partie des rôles des médecins et sont scindés en compétences clés (capacités) et en compétences habilitantes (manifestations). Elles sont toutes présentées de manière spécifique à la médecine en stipulant « Les médecins sont capables de... ». De plus, on retrouve certaines de ces compétences au niveau micro, méso et macro. Pour le niveau micro, par exemple, on parle de « confiance dans la relation entre le médecin et le patient ». Pour le niveau méso, par exemple, dans son rôle de communicateur le médecin doit « être capable d'établir des relations professionnelles ainsi que détenir la compétence relationnelle dans les interactions. » Et enfin, pour le niveau macro, on énonce les rôles et responsabilités des médecins au sein du système de santé, en soulignant qu'ils doivent disposer de connaissances quant à ce système de santé. Nous pouvons également aborder pour la compétence d'évaluation, que ce référentiel énonce le fait que les médecins évaluent leur pratique au quotidien.

Et enfin, le référentiel [PC-PPSSS] comporte également 7 de ces 9 compétences, faisant exception de la compétence de plaider pour la santé et de soutenir le changement. Au total, ce référentiel énonce une compétence centrale et sept compétences transversales. Cette compétence centrale concerne la planification, la mise en œuvre et le suivi des soins de santé et des services sociaux, celle-ci est davantage spécifique puisqu'elle cible directement les soins de santé et services sociaux. Les sept autres compétences sont quant à elles transversales : travail d'équipe ; clarification des rôles et des responsabilités ; communication ; leadership collaboratif ; l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé ; éthique clinique et prévention et résolution des conflits. Les compétences du CompHP sont ici soit explicitées en terme également de compétence, soit plutôt en termes de capacités. En effet, pour ce référentiel [PC-PPSSS], il existe une distinction entre ces deux concepts, de la sorte qu'il définit le terme compétence de la manière suivante :

Une compétence comprend un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes qui, lorsqu'elle est couplée à un bon jugement et mobilisée dans un contexte spécifique de soins de santé et de services sociaux, permettent aux patients et aux intervenants d'obtenir des résultats de santé optimaux (DCPP & CIO-UdeM, 2016, p.5).

En ce qui concerne le concept de capacités, ces dernières sont directement reliées à la compétence à laquelle elles correspondent. Autrement dit, chaque compétence se scinde en un ensemble de capacités, c'est-à-dire d'actions, de

comportements ou de tâches modérément complexes, et ensuite les capacités se scindent elles aussi en manifestations. Dans ce référentiel [PC-PPSSS], nous pouvons aussi aborder le fait que des compétences sont retrouvées au niveau micro (relation qui se développe entre les partenaires s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, d'échanges d'informations en vue de prises de décisions libres et éclairées par le patient) et macro (dans leurs comportements, le patient partenaire et intervenants d'une équipe doivent être capables d'identifier les possibilités de faire évoluer le système de santé).

- **Posture professionnelle**

Ensuite, il est intéressant de parler de la préoccupation pour le renforcement de l'autonomie des patients, celle-ci étant plus ou moins présente dans les référentiels. En outre, deux des cinq référentiels ([Canmeds] et [ASPHER]) abordés dans ce mémoire ne visent pas l'autonomie des patients. Dans le référentiel [Canmeds], les médecins visent à prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. Ils sont donc davantage centrés sur le fait de faire pour le patient et non pas de le soutenir à être autonome. Nous retrouvons la même situation pour le référentiel [ASPHER], où on est davantage dans les rôles du personnel de base de santé publique, celui-ci faisant pour le patient et non pas pour que le patient le fasse de lui-même en toute autonomie.

En revanche pour les trois autres référentiels ([CompHP], [PPS Québec] et [PC-PPSSS]), ceux-ci accordent une grande importance à favoriser l'autonomie des patients. Plus précisément, le référentiel [PC-PPSSS] étant donné que ces compétences se développent au cours de rétroactions réciproques entre le patient et les intervenants, tous les deux impliqués dans les soins de santé et les services sociaux. Les acteurs soutiennent le patient dans le développement de ses compétences tandis que le patient enrichit la vision et les connaissances des intervenants du fait de leur savoir expérientiel. En effet, ensemble, ils évaluent régulièrement les besoins du patient et décident de ce qui pourrait mieux l'aider à prendre soin de lui. Ils co-construisent des solutions adéquates et acceptables pour chacun. De ce fait, le patient devient de plus en plus autonome dans le contrôle de son état de santé et partie intégrante de l'équipe. Dans cette compétence d'éducation thérapeutique et éducation à la santé, il a la capacité de planifier et de mettre en œuvre un programme éducatif personnalisé.

Avec le référentiel [PPS Québec], les praticiens dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé visent, grâce à leurs services et activités de prévention et de promotion de la santé auprès de la population, à engager ces personnes dans une démarche participative quant à l'amélioration de leur condition de vie, leur bien-être, mais aussi dans les choix qu'ils prennent concernant leur santé. Et enfin, par rapport au CompHP, celui-ci accorde une grande attention au respect de l'autonomie et aux choix des groupes et des individus, mais également au fait de travailler de façon collaborative et consultative avec ces derniers. Pour développer l'autonomie des personnes et des groupes, les praticiens de la PS favorise leur pouvoir d'agir. Cette posture est également avancée par le fait que le CompHP utilise la définition de la Charte

d'Ottawa (1986) concernant la promotion de la santé, stipulant que la PS vise à renforcer les compétences et capacités des individus.

### **C) Quelles méthodes d'enseignement sont préconisées ?**

- **Contexte et dispositifs de formation**

Notre cadre de référence [CompHP] stipule que la promotion de la santé étant sans cesse en évolution, que ça soit au niveau de sa pratique et au niveau de sa politique, les praticiens de la PS doivent avoir une formation spécifique et recourir au perfectionnement professionnel continu. En effet, une formation officielle permet d'assimiler les compétences de base, mais il est nécessaire de recourir à un apprentissage continu pour pouvoir développer des compétences avancées, entretenir les connaissances et les savoir-faire particuliers et essentiels à une pratique de qualité en PS. Cet apprentissage continu est possible grâce à l'expérience, l'accompagnement professionnel, la rétroaction et les activités individuelles d'apprentissage. D'autant plus, que l'acquis d'une compétence n'est pas vu comme un phénomène ponctuel, mais bien s'effectuant dans le temps. In fine, cet apprentissage permettra aux apprenants de développer des compétences avancées, de conserver les connaissances et les savoir-faire requis dans un domaine évolutif. Concernant maintenant les programmes de formation, le CompHP indique que pour assurer la longévité de ceux-ci, il faut les concevoir tout en favorisant une discussion et une collaboration entre toutes les parties prenantes. De plus, dans les compétences clés du CompHP, l'utilisation du concept « action pour la promotion de la santé » sert à décrire ces programmes en matière de PS qui sont « vecteur d'autonomie, participatifs, holistiques, intersectoriels, équitables, durables et multi-stratégiques par nature (Organisation mondiale de la santé, cité par Dempsey et al., 2011, p.9) et qui visent à améliorer la santé et à réduire les inégalités en matière de santé ». Enfin, ces programmes doivent être établis sur base d'informations pertinentes et de données disponibles, afin d'être efficaces et d'avoir un impact sur la santé.

En ce qui concerne les autres référentiels ([Canmeds], [PC-PPSSS], [PPS Québec], [ASPHER]), la majorité avance également l'importance de cet apprentissage continu tout au long de la vie professionnelle. Nous pouvons cependant aller dans le détail pour chacun de ces référentiels.

Tout d'abord, pour le référentiel [Canmeds], son public cible, les médecins, a recours à diverses méthodes d'apprentissage dans l'objectif de faire face aux besoins de la population et de se perfectionner dans chacun de leurs rôles. Dans ce cadre, nous abordons une fois le concept de pré-requis en stipulant que pour le rôle de collaborateur des médecins, la compréhension du rôle de chacun, la poursuite des mêmes objectifs et la gestion des discordances, est nécessaire à la collaboration. De plus, on ne parle pas explicitement de programmes, mais on affirme bien qu'il y a un apprentissage continu qui est avancé pour sans cesse améliorer la pratique des médecins ainsi que la qualité des soins aux patients. Pour y parvenir les médecins sont formés à pouvoir identifier les occasions d'apprentissage et d'amélioration grâce à une évaluation périodique de leur rendement. Le seul élément qui est mentionné concernant les programmes, est le

fait de pouvoir évaluer ces derniers selon les principes pédagogiques. Toutefois, ce dernier point n'est pas développé par le référentiel [Canmeds].

Ensuite, pour le référentiel [PC-PPSSS], celui-ci stipule que la manière à laquelle sont formés le patient partenaire et les intervenants à développer leurs compétences, se fait dans l'action aux moments où le patient et les intervenants sont impliqués dans les soins de santé et les services sociaux. En effet, le développement des compétences se consolide par une rétroaction réciproque à des moments propices (réflexion sur l'action) : les intervenants soutiennent le patient pour aider le développement de ses compétences et le patient supplémente la vision et les savoirs des intervenants de ses savoirs expérientiels. De plus, le référentiel parle de la mise en place d'un programme éducatif personnalisé, cependant rien n'est évoqué quant à sa durée. Cet apprentissage collectif favorise l'amélioration continue de leurs compétences ainsi que les pratiques de l'équipe.

En ce qui concerne le référentiel [PPS Québec], nous pouvons premièrement souligner qu'il s'agit d'un outil exploitant ses ressources internes et externes afin d'effectuer des analyses de besoins d'apprentissages, permettant ainsi de mettre en place des plans de formation pour le développement des compétences. Dans ce référentiel, plusieurs activités de formation en présentiel ; formation en ligne ; mentorat ; communauté de pratique, sont abordées afin de soutenir le développement des compétences chez les professionnels. Le déploiement de ces différentes activités au sein de plusieurs programmes est assuré par les professionnels des CSSS en PPS. Grâce à ces derniers, les intervenants ont pu avoir accès à ces activités de formation continue, dispensées à travers les différents programmes de SP existants (exemples : santé des tout-petits et des familles, PPS auprès des jeunes d'âge scolaire, développement des communautés, etc.). Ces activités de formation continue regroupent principalement des sessions de formation en présentiel ainsi que des colloques (exemple : Journées annuelles de SP). Autre élément, les contenus de formation spécialisée en PPS sont majoritairement inclus au programme de maîtrise et de doctorant en SP ou en santé communautaire. De plus, dans le cadre de l'Initiative pour le partage des connaissances et le développement des compétences, un microprogramme universitaire en SP de 2<sup>e</sup> cycle, en ligne et de 16 crédits, a été conçu mutuellement par l'Université de Montréal et l'INSPQ, en collaboration avec les universités du Québec à Montréal et de Sherbrooke.

Enfin, à propos du dernier référentiel [ASPHER], celui-ci avance que le personnel de base de la SP doit être capable de démontrer sa volonté à recourir à un apprentissage continu tout au long de la vie dans le domaine de la SP. En effet, au sein de ce référentiel, il est recommandé d'intensifier l'éducation transformatrice de haute qualité et l'apprentissage continu, mais aussi de modifier les modèles d'éducation en abandonnant les spécialisations étroites, afin de se concentrer sur le développement continu de compétences pertinentes au niveau local. Au niveau utilité de ce référentiel, nous pouvons énoncer que celui-ci l'est en termes de pré-requis notamment au niveau des services de l'organisation grâce à l'évaluation de l'éventail des compétences requises. Grâce à cette évaluation, le professionnel pourra prendre conscience et répondre à ses besoins de développement. Autre utilité, ce cadre de compétences fournit une structure organisationnelle dans le but d'aiguiller l'établissement de dispositifs d'éducation

et de formation (Professional workforce development, cité par Czabanowska et al., 2020, p.29). Tels que soutenir la mise en œuvre du programme de travail européen 2020-2025 (EPW) – une action commune pour une meilleure santé en Europe. Ce cadre est également intéressant pour la conception des programmes d'études des diplômés ainsi que pour le développement professionnel continu, cela suppose donc un programme étalé dans la durée. Ce référentiel incarne une nouvelle forme de professionnalisme et de développement de connaissances élitistes et de stratégies d'exclusion. Le cadre définit les compétences que devront atteindre les apprenants selon une approche plus globale et intégrée, permettant de dépasser les formes classiques de développement professionnel et ainsi d'adopter une meilleure façon de répondre aux besoins de la population et de créer des services centrés sur les personnes. Et enfin, selon Erwin et Brownson, les futurs praticiens de la santé publique doivent être formés afin de développer cinq capacités et aptitudes essentielles, telles que « la pensée et les méthodes systémiques, les capacités de communication, l'orientation entrepreneuriale, l'éthique transformationnelle et l'analyse et la réponse politiques » (cité par Czabanowska et al., 2020, p.28).

Enfin, nous pouvons remarquer dans ce point que le référentiel [PPS Québec] est le seul à détailler les types d'activités d'apprentissages utilisés, tandis que les autres référentiels restent très vagues à ce sujet. En outre, le [CompHP] se limite à parler d'activités individuelles dans le cadre d'un apprentissage continu. Pour le référentiel [PC-PPSSS], on explicite par directement cela en termes d'activités, mais nous pouvons nous demander si ce sont les rétroactions et discussions communes entre patient et intervenants que ce référentiel considère comme leurs activités d'apprentissage. En ce qui concerne [Canmeds] et [ASPHER], ceux-ci ne font pas du tout référence à la mise en œuvre d'activités d'apprentissage.

- **Paradigme**

Nous pouvons avancer que, pour les cinq référentiels abordés dans le cadre de ce mémoire, c'est le paradigme constructiviste qui est préconisé.

En effet, le référentiel de compétences [CompHP] énonce le paradigme constructiviste comme étant le plus pertinent pour l'enseignement de la PS. En outre, ce paradigme stipule que l'apprenant va mettre le savoir en perspective avec son expérience et ses illustrations, c'est donc par lui-même qu'il construit son savoir. Comme nous l'avons vu dans le point précédent « Contexte et dispositifs de formation », l'apprenant pourra développer ces compétences avancées, et ce, de manière continue grâce à l'expérience, l'accompagnement professionnel, la rétroaction et les activités individuelles d'apprentissage.

Ensuite, pour le référentiel [Canmeds], ce type de paradigme est préconisé afin de favoriser l'apprentissage continu et le perfectionnement des rôles.

En ce qui concerne, le référentiel [PC-PSSS], il s'agit également d'un paradigme constructif, car ce cadre préconise une amélioration continue des compétences des parties prenantes grâce à une rétroaction réciproque entre patient et intervenants. Chacun s'aide mutuellement pour développer les compétences de l'un et l'autre.

Ensuite, pour le référentiel [PPS Québec], nous pouvons déterminer qu'il aborde ce type de paradigme dans le sens qu'il propose un grand nombre d'activités de formation afin de permettre à son public cible de développer ses compétences ainsi que de se spécialiser.

Et enfin, pour ce dernier référentiel [ASPHER], celui-ci démontre un paradigme constructiviste du fait qu'il avance que son public cible, le personnel de base de la SP, doit pouvoir démontrer son souhait à recourir à un apprentissage continu tout au long de sa vie dans le domaine de la SP afin de développer des compétences pertinentes.

- **Interdisciplinarité**

Le concept d'interdisciplinarité ayant été défini dans la partie conceptuelle de ce mémoire, nous pouvons dans ce point faire un lien avec les différents référentiels que nous abordons.

Premièrement, notre cadre de référence [CompHP] stipule qu'il faut travailler de façon collaborative avec d'autres disciplines, secteurs et partenaires afin d'améliorer l'impact et la durabilité de l'action de promotion de la santé.

Deuxièmement, pour le référentiel [Canmeds], cette notion est évoquée dans le rôle de collaborateur des médecins, en stipulant qu'il faut être apte (compétences habilitantes) à collaborer entre professionnels de la santé ainsi qu'entre collègues médecins.

Troisièmement, en ce qui concerne le référentiel [PC-PPSSS], l'interdisciplinarité est mentionnée dans le cadre d'un PII qui est établi lorsque la difficulté de la situation de santé et psychosociale du patient requiert de mobiliser et de combiner les actions d'intervenants de plusieurs disciplines avec celles du patient, à partir de problèmes primordiaux et de buts partagés.

Quatrièmement, concernant le référentiel [PPS Québec], celui-ci a directement été établi à partir de contextes professionnels interdisciplinaires en PPS, il peut donc être utilisé comme outil interdisciplinaire.

Cinquièmement, pour le référentiel [ASPHER], l'interdisciplinarité fait partie de la compétence de leadership. Dans cette dernière, on y énonce qu'il faut guider activement des équipes interdisciplinaires pour pratiquer de façon coordonnée dans de multiples domaines de la pratique de la SP. Ce concept apparaît également dans la compétence de collaboration en disant, qu'il faut travailler avec des réseaux interdisciplinaires ainsi que définir, construire des liens et gérer les relations avec les parties prenantes dans le cadre de projet interdisciplinaires et intersectoriels pour améliorer les services de SP et atteindre les objectifs de SP.

#### **D) Quelles modalités d'évaluation des acquis d'apprentissage sont proposées ?**

Dans ce point, nous nous intéressons à savoir comment les formateurs s'y prennent afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité de leurs programmes de formation à la promotion de la santé.

Toutefois, lors de l'analyse des différents référentiels abordés dans le cadre de ce mémoire, aucun d'eux ne donne d'éléments afin de répondre à cette question. En effet, les référentiels abordent la notion d'évaluation davantage comme une compétence que doit avoir les professionnels de la santé.

Nous pouvons cependant énoncer la définition, qu'à le CompHP, de l'évaluation. Pour ce référentiel, « il s'agit d'une collecte et analyse systématiques de données servant de base pour la prise de décisions » (Dempsey et al., 2011, p.16).

Nous pouvons également souligner que le référentiel [PPS Québec] stipule que les fonctions des professionnels de la prévention et la promotion de la santé sont directement en lien à l'évaluation de programmes. Ces activités d'évaluation ont lieu au niveau organisationnel et professionnel et intègrent l'élaboration de savoirs essentiels pour la pratique de la PPS.

### **E) Comment les questions éthiques sont-elles abordées et liées aux valeurs dans ces référentiels ?**

La notion d'éthique est définie par le CompHP comme étant :

Une branche de la philosophie qui traite de la distinction entre le bien et le mal, et des conséquences morales des actions humaines. La pensée éthique moderne est principalement basée sur les concepts de droits de l'homme, de liberté et d'autonomie individuelle. Elle prône de faire le bien et de ne pas causer de torts (Dempsey et al., 2011, p.17).

Le CompHP indique que la promotion de la santé est considérée comme une pratique éthique et efficace, et ce, parce que ce sont ces valeurs éthiques qui sont au centre des actions de promotion de la santé.

Pour les autres référentiels de ce mémoire, le référentiel [Canmeds] énonce que les médecins engagés envers leur patient doivent pratiquer dans le respect de l'éthique, ici nous ne parlons pas explicitement de la promotion de la santé comme dans notre cadre de référence. Pour le référentiel [PC-PPSSS] et [ASPHER], ceux-ci abordent l'éthique clinique comme également l'une de ces compétences transversales dont doit faire preuve le professionnel de la santé publique et plus spécifiquement, le référentiel [ASPHER] mentionne que cette éthique doit être réfléchi et professionnelle. Cette notion doit aussi être respectée dans la façon d'appliquer les services et activités pour le référentiel [PPS Québec], il indique qu'il faut respecter une certaine éthique dans la façon d'appliquer les services et activités.

En ce qui concerne les valeurs, ce terme est lui-même défini par le CompHP de la façon suivante, ce sont des :

Croyances, traditions et coutumes sociales chères à une société et à ses membres et respectées par ceux-ci. Les valeurs morales sont profondément ancrées chez les personnes, évoluent peu dans le temps et reposent parfois, mais pas obligatoirement, sur des croyances religieuses. Ces croyances comprennent celles relatives au caractère sacré de la vie, au rôle de la famille au sein de la société et à la protection des enfants et des autres personnes vulnérables. Les valeurs

sociales, plus souples, évoluent selon l'expérience de chacun. Parmi les valeurs sociales figurent la place et le rôle des femmes dans la société ainsi que l'attitude à l'égard de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances (Dempsey et al., 2011, p.19).

Notre cadre de référence CompHP promeut comme valeurs, des valeurs éthiques tels que l'équité, la justice sociale et l'autonomie.

Ces trois valeurs ne sont pas promues dans les autres référentiels analysés [Canmeds], [PC-PPSSS], [PPS Québec] et [ASPHER], exceptée l'autonomie qui est abordée comme un savoir-être (un savoir-être étant une valeur pour ce référentiel) dans le référentiel [PPS Québec]. Ce savoir-être fait lien avec la capacité des médecins à soutenir plus ou moins l'autonomie des patients, que nous avons abordés dans le point précédent "Posture professionnelle". Toutefois, d'autres valeurs sont avancées par ces différents référentiels telles que l'intégrité ([Canmeds] et [ASPHER]), l'honnêteté ([Canmeds] et [PPS Québec]), l'altruisme [Canmeds], l'humilité [Canmeds], le respect de la diversité ([Canmeds], [PPS Québec] et [ASPHER]), la transparence relative aux conflits d'intérêts [Canmeds] et enfin l'esprit coopératif [PPS Québec]. Cependant, le référentiel [PC-PPSSS] n'énonce pas de valeurs en tant que telles.

Le CompHP n'étant pas spécifique à un métier, celui-ci se base sur les valeurs qui sont promues directement par la promotion de la santé tandis que pour les autres se référant à un métier, ceux-ci sont davantage ciblés. Par exemple, pour le référentiel [Canmeds] les valeurs sont directement en lien à ce que la société attend comme valeurs de la part des médecins. En ce qui concerne le référentiel [PPS Québec], celui-ci étant très semblable à notre cadre de référence le CompHP, mais également, comme nous l'avons vu, s'inspirant de celui-ci, il précise dans ces compétences un certain savoir-être dont doit faire preuve les praticiens de la PPS. Pour le dernier référentiel [ASPHER], les valeurs qui sont promues, font partie intégrante des compétences dont doit être apte les professionnels de base de santé publique.

**MÉTHODOLOGIE ET  
RESULTATS DE LA PARTIE  
CONCERNANT L'ANALYSE DE  
DISPOSITIFS DE FORMATION  
INITIALE**

## **1. Méthodologie :**

Pour rappel, cette partie du travail a pour but de répondre à la question de recherche “*comment les compétences clés pour la promotion de la santé se développent-elles au travers de dispositifs de formation initiale ?*”, et ce au travers de plusieurs sous-questions de recherche qui sont les suivantes :

- *Dans quel contexte les dispositifs inclus ont-ils été conçus et implémentés ?*
- *Quelles compétences pour la promotion de la santé sont spécifiquement visées par les dispositifs de formation ?*
- *De quelle manière les dispositifs de formation sont-ils organisés pour développer et évaluer ces compétences ?*
- *De quelle manière la question de l'alignement pédagogique est abordée par les auteurs dans les dispositifs ?*

Pour ce faire, nous avons réalisé une *synthèse de la littérature de type scoping review*, et ce, à l'aide des lignes directives PRISMA-ScR (Tricco et al., 2008).

### **1.1. Collecte des données et stratégie de recherche**

Une recherche dans plusieurs bases de données scientifiques a été réalisée en novembre 2021. Pour ce faire, nous avons sélectionné les trois bases de données scientifiques suivantes : MEDLINE/PubMed, Embase et CINAHL. Le choix des bases de données à interroger s'est fait en fonction de la question de recherche. En effet, nous avons décidé d'interroger la base de données PubMed qui est une base de données de référence dans le champ de la santé. Ensuite, la base de données Embase a été interrogée étant donné qu'il s'agit d'une base de données avec de nombreux périodiques publiés en Europe. Et enfin, la base de données CINAHL a également été interrogée, car il s'agit d'une base de données consacrée aux sciences infirmières et paramédicales. Nous avons commencé la recherche sur la base de données PubMed et puis nous avons adaptée la stratégie de recherche pour toutes les bases de données.

Dans le but d'élaborer des stratégies de recherche pertinentes, nous avons donc identifié différents mots-clés pertinents, en lien avec le sujet de notre recherche. Nous avons eu recours à un processus itératif afin d'identifier les mots-clés à inclure, et ce, en nous appuyant au fur et à mesure de la recherche sur les premiers articles identifiés. Il a ensuite été nécessaire de développer le thésaurus adapté pour chaque base de données afin de construire des équations de recherche adaptées. Nous n'avons appliqué aucune date limite ainsi qu'aucune langue précise dans les filtres de notre recherche. Voir annexe 1, 2 et 3 pour les équations de recherche retenues pour chacune des bases de données.

Nous avons effectué une première sélection sur base de la lecture du titre et du résumé de ces articles. Concernant les critères d'inclusion, les articles ont été inclus :

- s'ils concernaient un dispositif de formation ;
- s'ils comprenaient des données primaires étant donné que nous voulions uniquement avoir des articles concernant des études originales, c'est-à-dire

pour lesquels nous pouvions rendre compte de la mise en place d'une formation et qui ne concernaient donc pas seulement des éléments théoriques ;

- si nous avions accès au résumé du texte ;
- s'ils concernaient un dispositif de formation destiné aux professionnels de la santé et du social, et ce, pour éviter d'avoir des articles concernant des professionnels réalisant des interventions en milieu scolaire auprès d'élèves par exemple. Nous avons pour volonté de ne pas restreindre trop rapidement notre recherche à des articles concernant uniquement des professionnels de la première ligne de soins de santé afin de se laisser la possibilité de la faire par la suite si nécessaire sans connaître le nombre d'articles retenus.
- et s'ils concernaient la formation sur des aspects de PPS étant donné que nous ne voulions pas avoir des articles concernant la formation des professionnels de la santé mais sans prise en compte d'aspect de PPS.

Cette étape de sélection a été réalisée par la co-mémorante B (Alyssa Hennebert, en collaboration avec la co-mémorante A (Katlyne Wuillaume) ainsi qu'avec la promotrice et la co-promotrice de notre mémoire. Chacune a effectué une lecture indépendante d'une partie des articles présélectionnés. Tandis que la co-mémorante B a lu l'ensemble des titres et résumés des articles pré-sélectionnés, les deux autres lectrices ont lu chacune le titre et le résumé de la moitié des articles. Cette double lecture avait pour objectif d'arriver à un accord quant à la décision d'inclusion ou d'exclusion de chaque article. Le fait de procéder d'une telle manière a permis à la co-mémorante B d'avoir un travail autoréflexif par rapport à sa propre sélection des articles ainsi que d'avoir une vision d'ensemble sur tous les articles. Les désaccords ont été résolus par discussion ou par consultation d'un troisième auteur, si nécessaire.

Ensuite, nous avons continué la sélection des articles sur base de la lecture intégrale de ceux-ci afin d'affiner davantage notre recherche en gardant les articles les plus pertinents pour notre travail. Nous avons ajouté les critères de sélection suivants à ceux déjà cités ci-dessus. Les articles ont été inclus :

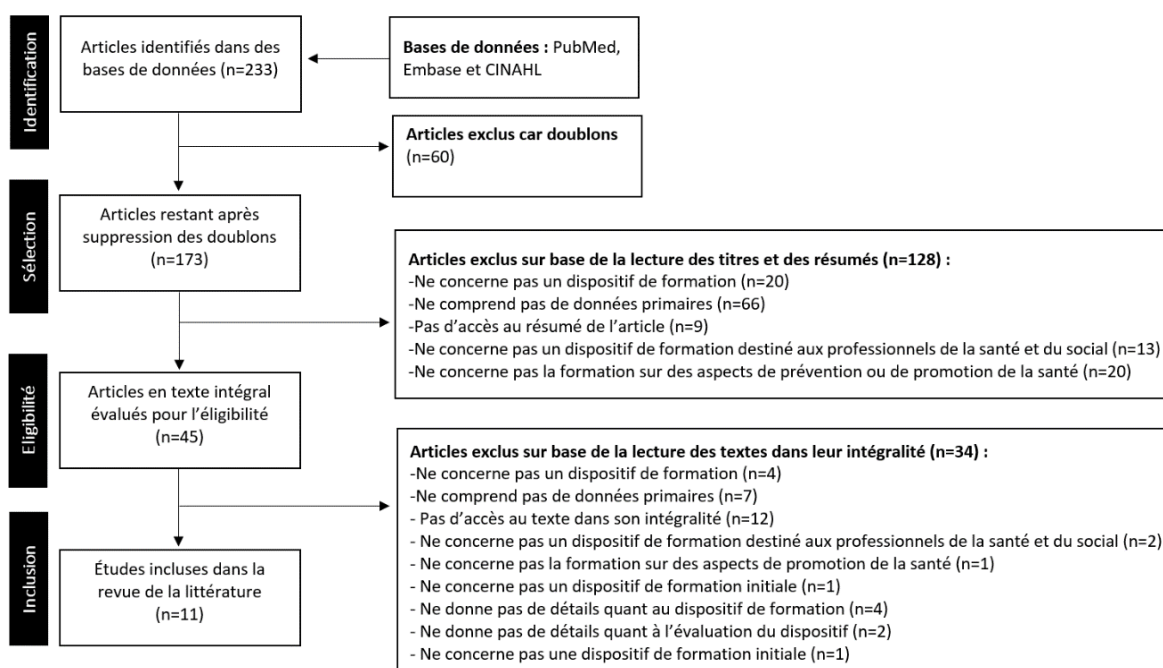
- s'ils concernaient un dispositif de formation initiale ;
- si nous avions accès au texte dans son intégralité ;
- s'ils ne donnaient pas de détails quant au dispositif de formation en lui-même ;
- S'ils ne détaillaient pas l'évaluation du dispositif ;
- et s'ils ne concernaient pas un dispositif de formation initiale.

Ces étapes de sélection ont été réalisées par la co-mémorante B (Alyssa Hennebert, en collaboration avec la co-mémorante A (Katlyne Wuillaume) ainsi qu'avec la co-promotrice de notre mémoire. Chacune a effectué une lecture indépendante d'une partie des articles présélectionnés. Tandis que la co-mémorante B a lu l'ensemble des articles pré-sélectionnés, les deux autres lectrices ont lu chacune la moitié des articles. Cette double lecture avait pour objectif d'arriver à un accord quant à la décision d'inclusion ou d'exclusion de chaque article. Le fait de procéder d'une telle manière a permis à la co-mémorante B d'avoir un travail autoréflexif par rapport à sa propre sélection des articles

ainsi que d'avoir une vision d'ensemble sur tous les articles. Les désaccords ont été résolus par discussion ou par consultation d'un troisième auteur, si nécessaire.

La recherche dans les trois bases de données interrogées a donné au total 233 articles. Après avoir supprimé les 60 doublons qui existaient, il restait 173 articles. Ensuite, la lecture du titre et du résumé de ces 173 articles, telle que décrite précédemment, a permis d'en exclure 128 articles sur base des critères d'inclusion que nous avons définis. Il restait donc 45 articles qui ont, à leur tour, été évalués sur base de leur lecture intégrale telle que décrite précédemment. Cela a permis d'exclure 34 articles sur base des critères d'inclusion que nous avons définis. Au total, 11 articles répondaient à tous les critères prédéfinis pour être inclus dans ce travail. Nous n'avons pas identifié d'articles non-anglophones répondant à nos critères d'inclusion. La figure 5, ci-dessous, présente le diagramme de sélection des articles selon PRISMA adapté.

**Figure 5.** Diagramme de sélection des articles selon PRISMA



Les équations de recherches retenues pour chaque base de données se trouvent dans les annexes 4, 5 et 6.

## **1.2. Extraction et analyse des données**

La grille d'analyse se trouvant ci-dessous, a été élaborée à la suite d'une collaboration entre la promotrice du mémoire, la co-promotrice, la chercheuse engagée pour le projet ainsi que la co-mémorante B. En effet, chacune a lu indépendamment trois mêmes études incluses dans la sélection et ont rempli indépendamment le tableau de données à titre d'essai pour tester son applicabilité. Ensuite, elles ont extrait individuellement les données

des articles qui leur ont été attribués par la co-mémorante A. Puis celle-ci a revu indépendamment toutes les données. Les désaccords ont été résolus par discussion ou par consultation d'un troisième auteur, si nécessaire. La grille a été adaptée afin de parvenir à une compréhension commune de chaque item et a ensuite été utilisée comme cadre pour l'analyse réalisée par la co-mémorante B des articles sélectionnés.

Cette grille d'analyse comporte les données suivantes que nous avons donc observées à travers la lecture des articles inclus dans la recherche.

### 1.2.1. Grille d'analyse et lecture des unités d'analyse :

Afin de mieux comprendre l'utilisation de cette grille, nous allons définir certaines unités d'analyse qui la compose. Il est important de noter que cette grille se lit au travers de deux différents : le premier concerne l'article en lui-même et le deuxième concerne plutôt le dispositif de formation.

| <b>Unité d'analyse</b>  | <b>Définition</b>  |
|---|--|
| Référence de l'article  |  |
| Nom du dispositif de formation si d'application                         |  |
| Date de publication et date d'implémentation du dispositif de formation |  |
| Lieu d'implémentation du dispositif de formation                        |  |
| Durée du dispositif de formation  |  |
| Motivation à la création du dispositif de formation                     | Dans la colonne intitulée « Motivation à la création du dispositif de formation », nous retrouvons les données concernant les démarches relatives à la création du dispositif de formation, le contexte dans lequel ce dernier a été développé ainsi que les raisons pour lesquelles il a été créé.  |
| Description du dispositif de formation                                  |  |
| Objectif(s) du dispositif de formation                                  | Dans la colonne intitulée « Objectif(s) du dispositif de formation », nous retrouvons les données relatives aux objectifs qui sont visés par le dispositif de formation en lui-même.   |
| Public(s) visé(s) par la formation                                      |  |
| Objectif(s) d'apprentissage spécifiques à la PPS                        | Dans la colonne intitulée « objectifs d'apprentissage », nous retrouvons les données concernant les objectifs d'apprentissage, c'est-à-dire ce que les étudiants seront aptes à accomplir à la suite de la formation. C'est ici que nous retrouvons l'ensemble des connaissances, aptitudes et compétences acquises par les étudiants durant la formation. Les objectifs d'apprentissage sont ainsi généralement |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>plus « concrets » et opérationnels que les compétences. Cependant, la différence entre les objectifs d'apprentissage et les compétences n'ayant pas été évidente à réaliser pour nous lors de la lecture et de l'analyse des articles décrivant les dispositifs de formation, nous avons décidé de les regrouper et de ne pas faire de distinction entre ces deux termes.</p> <p>Nous avons réparti les objectifs d'apprentissage en fonction des trois grands domaines selon lesquels nous pouvons les classer selon la littérature, à savoir : le domaine cognitif, le domaine socioaffectif et le domaine psychomoteur.</p>  |
| Compétences mobilisées durant la formation                              | <p>Dans la colonne intitulée "Compétences mobilisées durant la formation", nous retrouvons les données relatives aux compétences qui sont mobilisées durant la formation, et ce, avec un focus spécifique sur le concept de littératie en santé. En effet, l'ASBL Cultures et santé est un des partenaires du projet de recherche collaborative et qui est spécialisée en matière d'inégalités sociales de santé, mais aussi en littératie en santé. De plus, dans notre société, l'intérêt pour ce concept est de plus en plus grand à l'heure actuelle. C'est pourquoi il nous a paru pertinent d'y prêter attention dans les dispositifs de formation, c'est-à-dire de se poser la question de la présence de cette dimension de la PS, de la manière dont celle-ci est abordée, traitée et enseignée afin de mobiliser et de renforcer les compétences en littératie en santé.</p> |
| Méthodes d'évaluation des objectifs d'apprentissage                     | <p>Dans la colonne intitulée « Méthodes d'évaluation des acquis d'apprentissage », nous retrouvons les données relatives aux stratégies mises en place afin d'évaluer les acquis d'apprentissage en eux-mêmes.</p>   |
| Méthodes pédagogiques   | <p>Dans la colonne intitulée « Méthodes pédagogiques », nous retrouvons les données relatives aux méthodes pédagogiques utilisées dans les dispositifs de formation, à savoir : les méthodes centrées sur l'apprenant et celles centrées sur l'enseignant.</p>   |
| Méthodes d'évaluation du dispositif de formation                        | <p>Dans la colonne intitulée « Méthodes d'évaluation du dispositif de formation », nous retrouvons les données concernant les stratégies relatives à l'évaluation du dispositif de formation en lui-même.</p>  |
| Références théoriques   | <p>Dans la colonne intitulée « Références théoriques », nous retrouvons les données concernant les liens éventuels entre le dispositif de formation et certaines théories auxquelles il fait référence dans son élaboration.</p>   |
| Freins et leviers structurels relevés par les auteurs                   |  |
| Intérêt(s) du dispositif selon les auteurs                              |  |
| Éléments importants à retenir pour le projet de recherche collaborative |  |

## **2. Résultats :**

À travers cette partie, nous allons exposer les résultats que nous avons obtenus durant notre collecte de données.

### **2.1. Caractéristiques des dispositifs de formation inclus**

Les 11 études incluses portaient sur 10 dispositifs de formation différents. Bien que notre recherche comprenait des études implémentées depuis 1986, aucune étude éligible n'a été implémentée avant 1992. Pour rappel, tous les dispositifs de formation concernent la formation initiale étant donné qu'il s'agissait d'un de nos critères d'inclusion. Le tableau 3 ci-dessous montre les caractéristiques des dispositifs de formation inclus.

**Tableau 3.** Résumé des dispositifs de formation inclus.

| Numéro de référence du dispositif de formation dans ce mémoire | Référence de l'article    | Nom éventuel du dispositif de formation                                 | Date d'implémentation du dispositif de formation | Lieu d'implémentation du dispositif | Durée du dispositif de formation | Publics visés par la formation                              |
|--|---------------------------|---|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| [1]  | Beebe et al. (2021)       | TRIP (Transforming RN Roles in Community Based Integrated Primary Care) | 2018   | Amérique Nord (USA)                 | 2 ans                            | Etudiants infirmiers  |
| [1]  | Beebe et al. (2019)       | TRIP  | 2018   | Amérique Nord (USA)                 | 2 ans                            | Etudiants infirmiers  |
| [2]  | Chang et al. (2008)       | PharmD course on primary care nutrition                                 | /  | Amérique Nord (USA)                 | 15 semaines                      | Etudiants en pharmacie                                      |
| [3]  | Falk-Rafael et al. (2004) | /   | 1992   | Amérique Nord (Canada)              | 1 semestre                       | Etudiants infirmiers  |
| [4]  | Florence et al. (2011).   | ETSU's community-as classroom   | 1992   | Amérique Nord (USA)                 | /                                | Etudiants en santé publique (bachelier, master et doctorat) |
| [5]  | Harris et al. (2008)      | HC&P Program (Health Care and Prevention)                               | 1997   | Amérique Nord (USA)                 | 12 mois                          | Etudiants en médecine                                       |
| [6]  | Lambert et al. (2018)     | Safe Sleep for Your Family  | /  | Amérique Nord (USA)                 | /                                | Etudiants infirmiers  |
| [7]  | McIntosh et al. (2008).   | CHIC (Community Health Improvement Clerkship)                           | 2002   | Amérique Nord (USA)                 | 4 semaines                       | Etudiants en médecine                                       |
| [8]  | Reising et al. (2008)     | /   | /  | Amérique Nord (USA)                 | 2 ans                            | Etudiants infirmiers  |
| [9]  | Smith et al. (2015)       | Family assessment activity  | /  | Amérique Nord (USA)                 | /                                | Etudiants infirmiers  |
| [10]   | Woodard et al. (2011)     | HealthWISE  | 2008   | Amérique Nord (USA)                 | 6 mois                           | Etudiants en pharmacie                                      |

## **2.2. Résultats principaux**

Pour mémoire, notre travail avait pour objectif de réaliser synthèse de la littérature de type *scoping review* concernant des études d'implémentation de dispositifs de formation initiale en PPS des professionnels de première ligne, et ce, afin de documenter ce qui existe et fournir des pistes de réflexion utiles pour le développement ou l'adaptation d'un référentiel de compétences en promotion de la santé pour les professionnels de la première ligne, adapté au contexte de la Fédération Wallonie- Bruxelles. Nous présentons ci-après les principaux résultats de notre analyse suivant les grandes questions que nous nous étions posées, à savoir : *Dans quel contexte les dispositifs inclus ont-ils été conçus et implémentés ? Quelles compétences pour la promotion de la santé sont spécifiquement visées par les dispositifs de formation ? De quelle manière les dispositifs de formation sont-ils organisés pour développer et évaluer ces compétences ? Comment est abordée la question de l'alignement pédagogique par les auteurs ?*

### **2.2.1. Dans quel contexte et pour quels professionnels les dispositifs inclus ont-ils été conçus et implémentés ?**

- **Public visé par les dispositifs de formation**

La moitié des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon étaient destinés à des étudiants infirmiers [1,3,6,8,9], une minorité était destinée à des étudiants en pharmacie [2,10] ou à des étudiants en médecine [5,7] et un dispositif était destiné à des étudiants en santé publique [4] comme nous pouvons le voir dans le Tableau 3.

- **Date d'implémentation des dispositifs de formation et date de publication des articles**

Nous pouvons observer dans le Tableau 3 que la date d'implémentation n'est pas connue pour certains dispositifs de formation [2,7,9,10]. Un dispositif de formation dont nous connaissons la date d'implémentation a été mise en œuvre après 2011 [1], date à laquelle a été publié le CompHP, et le restant a été mis en œuvre avant cette date [3-6,8].

De plus, nous pouvons observer dans le Tableau 3 que plusieurs dispositifs de formation ont été publiés après 2011 [1,6,9].

- **Lieu d'implémentation des dispositifs de formation**

La totalité des dispositifs de formation ont été implémentés en Amérique du Nord comme nous pouvons le voir dans le Tableau 3.

- **Durée des dispositifs de formation**

La durée des dispositifs de formation était variable : moins de 12 mois [2,3,7,10], 12 à 18 mois [5] et 18 mois et plus [1,8]. On ne connaît pas la durée pour 3 dispositifs de formation [4,6,9].

- **Description des dispositifs de formation :**

De nombreux dispositifs de formation inclus dans notre échantillon correspondent à un programme dans son intégralité [1,4,5,8]. D'autres désignent l'association de cours avec une immersion clinique [3,6,10]. L'immersion clinique désigne dans ces

cas, une équipe d'étudiants qui travaille ensemble afin de réaliser un stage clinique avec une mission pré-établie au sein de la communauté [3], des étudiants qui forment eux-mêmes des travailleurs [6] ainsi que des étudiants qui enseignent dans des classes de primaires des concepts en lien avec la santé [10]. Certains dispositifs de formation inclus dans notre échantillon consistent en un cours unique [2,9]. Un dispositif de formation réside en une expérience pratique qui consiste en un stage axé sur la pratique de la santé communautaire et de la médecine préventive [7].

La majorité des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon s'inscrivent dans une dynamique de développement des soins intégrés au niveau communautaire [1,3,4,6-8,10]. Ces dispositifs utilisent le terme de "*service learning*"<sup>2</sup> pour qualifier cet aspect. Un dispositif de formation met l'accent sur les soins primaires [2]. Un dispositif de formation met l'accent sur les besoins des populations ainsi que des patients au niveau individuel [5]. Un seul dispositif de formation met l'accent sur les expériences axées sur la communauté tout au long de la vie [9].

- **Motivation à la création des dispositifs de formation**

En ce qui concerne la motivation principale à la création des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon, une volonté de se conformer à des normes, des rapports ou des initiatives nationales est souvent invoquée tels que des normes d'accréditation rédigées par la Higher Learning Commission [1], des normes rédigées par l'Ordre des infirmiers de l'Ontario [3], des rapports nationaux des praticiens en SP [4], le rapport de l'Association of American Medical Colleges qui a formulé plusieurs recommandations relatives l'enseignement des médecins [6] et un rapport du Ministère américain [10].

Dans certains cas, un déficit dans la formation est utilisé comme raison de développer un dispositif de formation [2,9]. Les raisons suivantes sont chacune invoqué par un seul dispositif de formation inclus dans notre échantillon : volonté de la part du corps enseignant de la faculté de médecine et de la faculté de SP d'une même université de rendre un dispositif de formation davantage pertinent par rapport à la profession [5], la volonté de la part de l'université de mettre à jour un dispositif de formation [7] ainsi que la volonté d'utiliser l'apprentissage par le service comme un moyen de développer des compétences en PS [8].

En outre, de nombreux dispositifs de formation inclus dans notre échantillon font mention du Healthy People comme base pour leur développement [2,6,8,9]. Il s'agit d'une initiative qui a été conçue pour guider les efforts nationaux de promotion de la santé et de prévention des maladies afin d'améliorer la santé de la nation et qui est publiée par le département américain de la Santé et des Services sociaux tous les dix ans depuis 1980<sup>3</sup>. Le Healthy People identifie des objectifs conçus pour servir de cadre à l'amélioration de la santé de tous les habitants des États-Unis<sup>4</sup>. Le Healthy

---

<sup>2</sup> Ce concept est défini dans le point "2.2.3. De quelle manière les dispositifs de formation sont-ils organisés pour développer et évaluer ces compétences ?".

<sup>3</sup> Healthy People Homepage. (s. d.).

<sup>4</sup> Reising et al., 2008

People a ainsi été élaboré pour fournir un cadre pour la PS des individus, des familles et des communautés<sup>5</sup>.

- **Intérêt du dispositif selon les auteurs**

L'ensemble des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon permettent l'amélioration des pratiques des étudiants en tant que futurs professionnels de la santé. De plus, selon les auteurs, les dispositifs de formation basés sur l'apprentissage par le service des étudiants, c'est-à-dire basés sur le service learning, profitent autant aux universités, qu'aux étudiants et qu'aux communautés, et ce, en s'attaquant à de vrais problèmes de santé avec de vraies personnes dans des contextes réels [1,3,4,6-8,10].

Pour certains dispositifs de formation inclus, les auteurs trouvent un intérêt dans le fait qu'ils s'inscrivent dans une optique de durabilité et permettent ainsi un avantage à long terme en incitant les étudiants à s'orienter vers un cadre communautaire à la fin de leurs études [3,7,10]. En effet, un dispositif a mis en place, quelques semaines après la fin de l'enseignement, une retraite pour récolter des informations relatives aux points forts et limites du dispositif de formation et à la manière de les modifier dans une volonté de renforcer davantage sur le long terme les partenariats futurs entre les étudiants, les enseignants et les organismes communautaires [3]. Le HealthWISE [10], mentionne un avantage à long terme qui consiste à atteindre les communautés de manière viable en développant la relation entre les étudiants et la communauté, ce qui en fait bien plus qu'un moyen épisodique pour les étudiants d'effectuer un apprentissage par le service communautaire. Et le dernier, le CHIC, met en avant le fait que les actions de PS mises en place par les étudiants au niveau de la communauté sont poursuivies d'année en année, au fur et à mesure des promotions d'étudiants grâce à la création d'un partenariat durable dans la communauté [7]. En effet, au sein de ce dispositif de formation, les étudiants sont encouragés à s'inspirer de projets déjà entrepris par d'anciens ou d'actuels étudiants du CHIC afin d'encourager la durabilité des projets et des partenariats qui sont bénéfiques à une communauté cible. Cela crée ainsi de nombreuses occasions d'aborder un problème de santé particulier au fil du temps et des possibilités supplémentaires d'évaluer l'impact à long terme de l'intervention sur les comportements de santé. Au sein de ce même dispositif de formation, les bureaux qui sont mis à la disposition des étudiants afin de travailler sur le développement de leur projet, se situent près de la communauté cible spécifique. Ce choix s'est fait sur base de l'accessibilité des bureaux aux partenaires communautaires. En effet, ceux-ci sont situés dans le même bâtiment qu'une école primaire, qu'un centre dentaire, qu'une coalition d'action de quartier et qu'un centre de santé communautaire, ce qui permet de renforcer la relation entre les membres de la communauté, l'université et les partenaires communautaires, et ce, afin de permettre une certaine "durabilité" des projets à long terme.

De plus, deux dispositifs de formation inclus mettent l'accent sur l'interdisciplinarité dans les soins [1,3]. Le Programme TRIP [1] met en avant la notion d'éducation interprofessionnelle que les auteurs définissent comme un processus itératif par lequel des étudiants de deux professions ou plus (dans notre cas, des étudiants en nutrition participent à des simulations avec les étudiants en

---

<sup>5</sup> Smith & Jones, 2015

pharmacie qui sont visés par le dispositif), apprennent les uns des autres, à partir d'eux et avec eux, par l'exposition, l'immersion et la maîtrise. Un autre dispositif [3] permet aux étudiants de prendre conscience de l'importance des soins de santé primaires et pluridisciplinaires afin de favoriser la santé de la communauté, et ce, en leur permettant de travailler en équipe au sein de la communauté.

En outre, les auteurs de certains dispositifs inclus dans notre échantillon mentionnent le fait d'apporter une approche innovante comme intérêt au dispositif [1,7]. Et enfin, un dispositif de formation inclus permet d'améliorer les compétences des étudiants pour atteindre les personnes qui ne font pas partie des milieux de soins habituels [6].

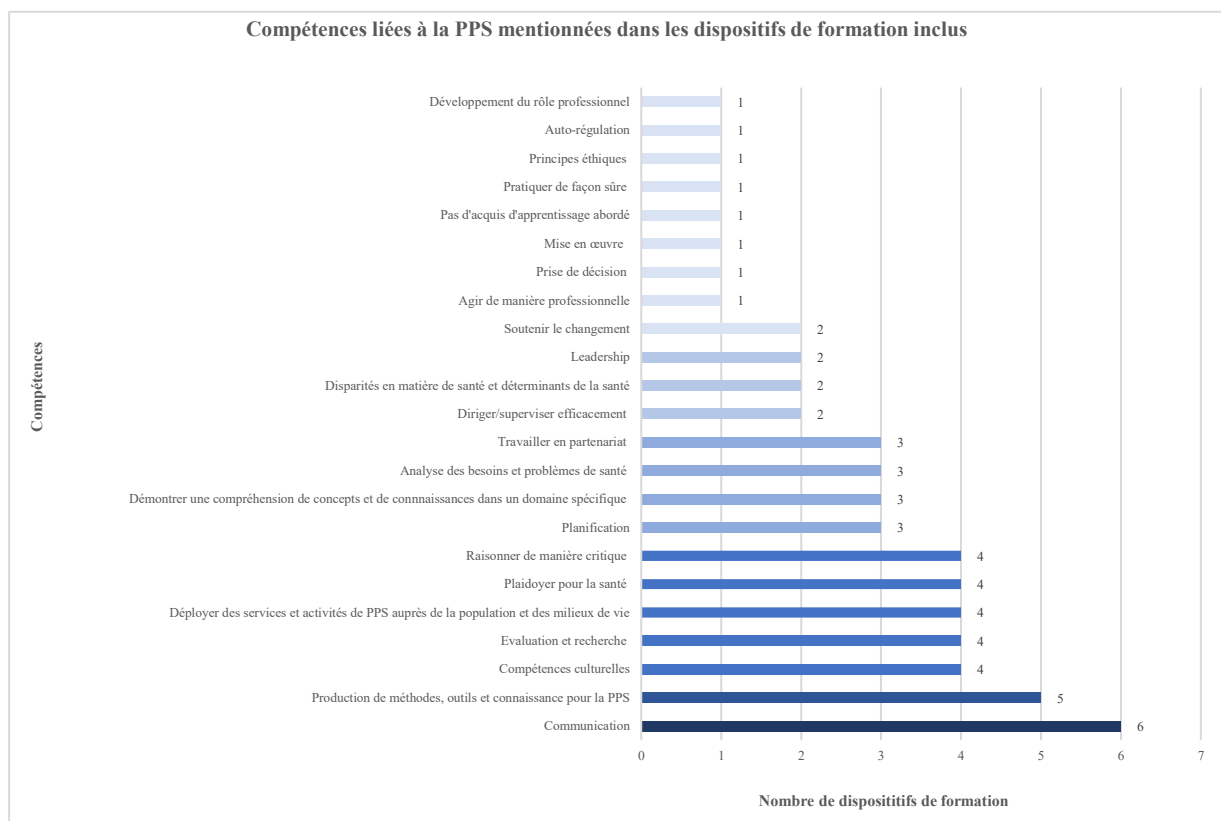
- **Freins et leviers structurels relevés par les auteurs**

Dans les leviers structurels qui sont mentionnés par les auteurs, nous pouvons retrouver pour quelques dispositifs de formation inclus le fait que leur financement soit soutenu par une subvention [1,4,6]. Une bonne coordination entre les parties prenantes du dispositif de formation est également mentionnée comme levier par les auteurs [3,5]. La richesse du matériel fourni par l'université représente un levier pour deux dispositifs de formation inclus dans notre échantillon (locaux, ordinateurs, matériel didactique, etc.) [6,7]. Un autre levier réside dans la flexibilité du dispositif de formation [5,10] : pour l'un d'entre eux, de nombreux cours sont facultatifs, ce qui permet aux étudiants de concevoir l'expérience éducative qui répond le mieux à leurs besoins [5] et pour un autre le fait qu'une partie du programme se fasse en ligne permet que les étudiants complètent celle-ci quand ils le souhaitent [10]. Pour un dispositif de formation inclus [3], nous pouvons retrouver comme levier structurel, l'expertise des enseignants ainsi que l'organisation d'une retraite annuelle qui permet de renforcer davantage les partenariats futurs entre les étudiants, les enseignants et les conseiller des organismes communautaires en récoltant un feedback sur le dispositif de formation en lui-même.

Dans les freins structurels qui sont mentionnés par les auteurs, nous pouvons retrouver pour un dispositif inclus dans notre échantillon la motivation des étudiants à la participation au "*service learning*" [3]. De plus, le fait que les différentes écoles primaires dans lesquelles des étudiants ont mis en place leur projet ont chacune des politiques et des programmes éducatifs locaux différents dont les étudiants devaient tenir compte, représente un obstacle à l'implémentation pour un dispositif de formation inclus [10]. Une recherche longue et laborieuse en amont de l'implémentation du dispositif représente un frein pour un dispositif de formation inclus également [8]. Pour un autre dispositif de formation, le fait de devoir disposer de moyens suffisants afin de rémunérer les enseignants représente également un frein structurel selon les auteurs [5].

### 2.2.2. Quelles compétences pour la promotion de la santé sont spécifiquement visées par les dispositifs de formation ?

- **Objectifs d'apprentissage/compétences spécifiques à la PPS**



Au sein des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon, les objectifs d'apprentissages mentionnés revenant le plus fréquemment sont des compétences en matière de communication [1,2,4,5,6,10].

Ensuite, nous pouvons observer que la moitié des dispositifs de formation inclus mentionne le fait de produire des méthodes, outils et connaissances qui sont utiles en PPS et ou dans la communauté [1-4,10].

Nous pouvons également remarquer que certains dispositifs de formation inclus mentionnent des compétences culturelles [2,6,8,10], l'évaluation et la recherche [4,5,7,8], le fait de déployer des services et activités de PPS auprès de la population et des milieux de vie [3,6,7,10], le plaidoyer pour la santé [3,4,7,8] ainsi que le raisonnement critique [1,2,4,5] comme objectifs d'apprentissage.

De plus, nous pouvons également observer que la planification [2-4], le fait de démontrer une compréhension des principes et connaissances dans un domaine spécifique [2,3,5], l'analyse des besoins et problèmes de santé [3,4,5] et le travail en partenariat [3,4,7] sont des compétences abordées dans quelques dispositifs de formation inclus.

Certains dispositifs inclus mentionnent le fait de diriger de manière efficace [1,4], le leadership [5,10], le soutien au changement [2,7] ainsi que des compétences en matière de disparités en matière de santé et déterminants de la santé [3,7] comme objectifs d'apprentissage.

Enfin, le fait d'agir de manière professionnelle [1], la prise de décision [8], la mise en œuvre [3], le fait de pratiquer de façon sûre [1], les compétences en matière de principes éthiques [4], l'auto-régulation [8] et le développement du rôle

professionnel [8] sont mentionnés comme objectifs d'apprentissage par une minorité de dispositifs de formation inclus dans notre échantillon. Un dispositif de formation n'aborde pas d'objectifs d'apprentissage en tant que tels [9].

Concernant les objectifs d'apprentissage mentionnés dans les dispositifs de formation inclus, comme le montre le Tableau 4 (qui se situe au point "2.2.4. *De quelle manière la question de l'alignement pédagogique est abordée par les auteurs dans les dispositifs de formation ?*"), un dispositif de formation inclus ne détaillait pas les objectifs d'apprentissage [9]. En outre, la majorité relèvent du domaine cognitif [1-8,10], puis du domaine socio-affectif [2-5,8,10] et une petite partie relève du domaine psychomoteur [1,2,4,5,10]. Nous n'avons pas pu identifier de quel domaine relevaient certains objectifs d'apprentissage étant donné que ces derniers n'étaient pas détaillés au sein des articles.

Un dispositif de formation inclus décrit ses objectifs d'apprentissage à l'aide d'une taxonomie, à savoir la taxonomie de Bloom [10] (c.f. le point "2.2.4. *De quelle manière la question de l'alignement pédagogique est abordée par les auteurs dans les dispositifs de formation ?*" qui détaille les objectifs d'apprentissage des différents dispositifs de formation inclus dans notre échantillon).

En outre, nous ne retrouvons le concept de littératie en santé dans aucune des objectifs d'apprentissage visés par les dispositifs de formation inclus dans notre recherche.

Aucun dispositif de formation inclus dans notre échantillon ne mentionne les prérequis indispensables que les étudiants doivent avoir acquis avant le début de la formation.

- **Références théoriques**

Aucun dispositif de formation inclus ne mentionne le fait de s'être basé sur un référentiel de compétences lors de son élaboration tel que le CompHP ou un autre référentiel métier.

### 2.2.3. De quelle manière les dispositifs de formation sont-ils organisés pour développer et évaluer ces compétences ?

- **Objectif(s) des dispositifs de formation**

La majorité des dispositifs de formation inclus ont pour objectif de préparer les étudiants à promouvoir l'amélioration de la santé et la prévention des maladies dans la communauté [1,3-8,10]. La moitié des dispositifs de formation ont pour objectif de former les futurs cliniciens en santé communautaires [1,3,4,5,7]. Certains dispositifs inclus font part d'une notion de partenariat dans leurs objectifs avec un objectif d'aider les étudiants à développer des compétences pour collaborer avec d'autres [1,3,10]. De plus, nous pouvons remarquer que quelques dispositifs de formation inclus mentionnent comme objectif le fait de développer des compétences en communication [10], des compétences en matière de PS et d'engagement communautaire [8], des compétences en matière de mise en œuvre de projet [6], des compétences culturelles [1] ainsi que la volonté de préparer les étudiants à réaliser

une évaluation de la famille [9] ou de combler une lacune identifiée dans la pratique et dans l'enseignement des étudiants d'une profession [2].

De plus, l'ensemble des dispositifs associés à du « service learning » identifient un objectif en lien avec les étudiants ainsi qu'un objectif en lien avec la communauté. [1,3,4,6-8,10].

- **Approches et méthodes pédagogiques**

Aucun des dispositifs de formation inclus dans la recherche n'utilise uniquement une approche pédagogique centrée sur l'enseignant. Nous pouvons observer que la majorité des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon utilise dans leur enseignement uniquement une approche pédagogique qui est centrée sur l'apprenant [3-9]. Les dispositifs de formation inclus restant utilisent une approche pédagogique qui se trouve entre ces deux extrêmes [1,2,10]. Parmi ces derniers, deux dispositifs de formation mentionnent une volonté de privilégier une pédagogie centrée sur l'apprenant [1,2].

Nous pouvons également observer que les dispositifs de formation utilisant une approche centrée sur l'apprenant emploient plusieurs méthodes. Celles revenant majoritairement sont l'apprentissage collaboratif [2-5,9,10], la pédagogie de projet [2-5,7,8] ainsi que l'apprentissage expérientiel [1,3,4,6,7,10]. L'apprentissage par problème [2,5,9], l'enseignement explicite [9] et l'enseignement par les pairs [10] sont également utilisés par quelques dispositifs de formation inclus.

De plus, nous pouvons constater que la majorité des dispositifs de formation inclus font mention, dans leur enseignement d'une expérience d'apprentissage associée au concept de « *service learning* » [1,3,4,6-8,10]. Il s'agit d'une formation construite à la fois autour d'objectifs académiques de haut niveau, de mise en pratique sur le terrain grâce à des collaborations avec des acteurs issus de la communauté<sup>6</sup>. Cette expérience d'apprentissage qui combine à la fois un service communautaire tout en offrant une stratégie d'apprentissage actif aux étudiants<sup>7</sup> vise donc un objectif à deux niveaux, à savoir l'amélioration de la pratique des futurs professionnels de la santé ainsi que l'amélioration de la santé et le bien-être des membres de la communauté<sup>8</sup>.

Nous pouvons observer que deux dispositifs de formation inclus emploient un référent clinique ou un mentor [1,5]. Le premier attribue à chaque étudiant un référent clinique sur son site pour l'immersion clinique. Son rôle est d'enseigner, de donner l'exemple et d'encadrer les étudiants afin qu'ils puissent fonctionner efficacement au sein d'équipes communautaires de soins primaires intégrés tout au long des deux années du programme TRIP [1]. Le deuxième attribue aux étudiants un mentor afin de les aider à travailler sur un projet en lien avec un problème de SP. Le but étant que les étudiants établissent une relation forte avec au moins un membre du corps professoral de l'université ayant une expérience dans les sciences de la population afin que les étudiants aient une meilleure idée de la façon dont ils peuvent utiliser ce qu'ils apprennent dans le programme.

---

<sup>6</sup> McIntosh et al., 2008.

<sup>7</sup> Reising et al., 2008

<sup>8</sup> Florence et al., 2011.

Un dispositif de formation inclus utilise une méthode socratique [2]. Cette méthode repose sur l'interrogation et tente d'amener un interlocuteur à prendre conscience de ce qu'il sait implicitement, à l'exprimer et à le juger<sup>9</sup>. Cette méthode a été utilisée au sein des débats entre les étudiants.

Une approche constructiviste est utilisée par un dispositif de formation inclus dans notre échantillon [9]. Selon les auteurs, cette approche met l'accent sur l'apprentissage actif qui place ainsi l'étudiant au centre de l'expérience d'apprentissage et l'engage activement dans le processus d'apprentissage et fonctionne avec quatre hypothèses de base, à savoir : (a) les connaissances préalables constituent le fondement du processus d'apprentissage ; (b) l'assimilation et l'accommodation sont importantes pour le développement de nouvelles constructions ; (c) l'apprentissage est une activité naturelle d'invention ; (d) un apprentissage valable est le résultat d'une réflexion sur les liens entre les nouvelles connaissances et les expériences précédentes.

Nous pouvons également observer qu'un dispositif de formation inclus [1] utilise comme l'éducation interprofessionnelle que nous avons définie précédemment dans le point " 2.2.1. Dans quel contexte et pour quels professionnels les dispositifs inclus ont-ils été conçus et implémentés ? ". L'éducation interprofessionnelle repose ainsi sur une approche pédagogique centrée sur l'apprenant, et ce, au travers de l'apprentissage collaboratif.

Nous pouvons constater que des synergies sont créées entre plusieurs niveaux d'apprentissage chez les étudiants (licence, master, doctorat) dans un dispositif de formation [4]. En effet, ces derniers sont amenés à collaborer ensemble afin de développer et de mettre en place des projets au sein de la communauté. Ce partenariat repose ainsi sur une approche pédagogique centrée sur l'apprenant, et ce, au travers de l'apprentissage collaboratif.

Nous pouvons également observer qu'au sein d'un dispositif de formation inclus, les enseignants ont formé les étudiants qui à leur tour ont formé des travailleurs de la petite enfance [6].

- **Activités d'apprentissage**

Les activités d'apprentissage utilisées ne sont pas détaillées en profondeur au sein de tous les dispositifs de formation. Les activités pédagogiques que l'on retrouve dans les dispositifs de formation inclus sont très variées. La majorité de ces dispositifs de formation utilisent l'élaboration de projet/d'intervention [1,3,4,6,7,8]. En outre, une immersion clinique/stage [1,3,5,7,10], des travaux de groupe [1,2,3,4,9] ainsi que des cours magistraux [2,5,7,9,10] sont également souvent utilisés au sein des dispositifs de formation inclus. La résolution de problème est utilisée par certains dispositifs de formation inclus [1,2,5,9]. La participation à des conférences [1,5,7], les lectures [2,5,7], la simulation [1,6,10], les discussions de groupe [5,10], les jeux de rôles [6,7], les scénarios/vignettes/études de cas [1,2], les visionnages de films/vidéos [2,9] ainsi que les jeux [6,7] sont utilisées par quelques dispositifs de formation inclus. Les activités d'apprentissage que nous retrouvons le moins fréquemment au sein des dispositifs de formation inclus sont la recherche dans la littérature [2] et le débat [2] comme activités d'apprentissage.

---

<sup>9</sup> FOULQ.-ST-JEAN as cited in Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (s.d.).

- **Méthodes d'évaluation des objectifs d'apprentissage et compétences**

Nous pouvons observer qu'une faible partie des dispositifs inclus ne font pas mention de la manière dont ils évaluent les acquis d'apprentissage [1,4]. L'évaluation des acquis d'apprentissage dans les dispositifs de formations inclus prend des formes variables. La forme revenant le plus souvent pour évaluer les acquis d'apprentissage est le feedback/commentaires écrits [3,7,8,9,10] ainsi que les questionnaires/examens [2,5,6,9,10]. Un mémoire/travail a été utilisé pour deux dispositifs de formation [5,10]. La présentation orale a été utilisée dans un dispositif de formation [5].

Dans la plupart des dispositifs de formation, l'évaluation des acquis d'apprentissage a été réalisée entièrement ou partiellement par les formateurs/enseignants [3,5,7,8,9]. Dans quatre dispositifs de formation, elle a été réalisée entièrement ou partiellement au travers de l'auto-évaluation des étudiants concernant les progrès qu'ils avaient faits par rapport aux acquis d'apprentissage [2,8,9,10]. De plus, concernant les dispositifs de formation intégrant des aspects de « service learning », certaines évaluations des acquis d'apprentissage ont également été réalisées par les organismes communautaires [3,10].

De manière générale, toutes les évaluations concernant les acquis d'apprentissage ont été réalisées au niveau individuel [2,5,6,7,8,9,10], exceptée un dispositif de formation qui a évalué les acquis d'apprentissage au niveau individuel et collectif étant donné que les étudiants étaient répartis en groupe de travail [3].

La fréquence des évaluations varie d'un dispositif de formation à l'autre. Certains dispositifs de formation inclus dans notre échantillon ont réalisé une évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage en deux étapes à savoir : à mi-parcours de la formation et à la fin pour un dispositif de formation [3] ou avant et après la formation [2,6,8]. Nous pouvons également constater que, pour certains dispositifs de formation inclus, les acquis d'apprentissage ont été évalués uniquement directement à la fin de la formation [5,9] ou ils ont été évalués tout au long de la formation pour deux dispositifs également [7,10].

Les évaluations des acquis d'apprentissage ont majoritairement une visée sommative [2,5-10], excepté pour un dispositif qui évalue les acquis d'apprentissage avec une visée formative, c'est-à-dire que l'évaluation est destinée à aider les étudiants au fur et à mesure qu'ils progressent dans la formation [3], et certains dispositifs de formation qui utilisent l'évaluation à des fins de diagnostic, c'est-à-dire pour déterminer les connaissances et les compétences antérieures des étudiants [2,6,8,10].

Un dispositif de formation mentionne le fait que les évaluations ont été élaborées par les formateurs/enseignants eux-mêmes en début de formation pour déterminer les acquis d'apprentissage ainsi que pour créer un plan d'évaluation [9].

À propos des dispositifs de formation intégrant des aspects de « service learning », une minorité des évaluations porte à la fois sur les acquis d'apprentissage pour les étudiants et sur l'impact dans la communauté [3,7,10].

- **Méthodes d'évaluation du dispositif de formation**

De manière générale, dans notre échantillon, toutes les évaluations concernant les dispositifs de formation en eux-mêmes ont uniquement été réalisées après l'implémentation de ceux-ci.

La majorité des évaluations des dispositifs a été réalisée de manière transversale [1,2,4,6,7,8,9,10] et quelques dispositifs inclus ont été évalués à la fois de manière transversale et longitudinale) [3,5]. En outre, au sein de plusieurs dispositifs de formation inclus, a été déterminée une stratégie d'évaluation des dispositifs à long terme. Le HC&P Program [5] mentionne la volonté de comparer l'enquête visant à évaluer la façon dont la formation a préparé les étudiants à atteindre les objectifs d'apprentissage, cinq et dix ans après la formation auprès des diplômés du programme et d'autres diplômés en médecine afin de comparer l'effet du programme sur la perception qu'ont les étudiants de l'efficacité du programme dans le temps. Un autre dispositif de formation inclus [3] aborde le fait qu'une retraite est organisée quelques semaines après la fin de la formation. Cette retraite est l'occasion pour les conseillers de la faculté d'identifier les points forts et les limites du dispositif de formation, de suggérer des modifications au programme sur base des feedbacks reçus et d'identifier des stratégies pour renforcer davantage les partenariats futurs entre les étudiants, les enseignants et les organismes communautaires, et ce, toujours dans cette optique de durabilité. Le TRIP [1] mentionne le fait qu'à la fin de la formation, des groupes de discussion sont organisés pour permettre aux étudiants consentants de réfléchir à leurs expériences cliniques au sein du programme et de formuler des recommandations pour les futures cohortes d'étudiants. Nous pouvons également observer la volonté de réaliser une autre évaluation du dispositif par les étudiants diplômés quelques mois après avoir obtenu leur diplôme afin de voir de quelle manière les avantages et les inconvénients du dispositif et de son efficacité sont maintenus.

La plupart des évaluations concernant les dispositifs de formation n'ont pas été réalisées de manière anonyme [1-6,9,10]. Nous avons observé que l'évaluation d'un seul dispositif inclus dans notre échantillon a été réalisée par une équipe indépendante [1].

Les évaluations des dispositifs portaient sur le degré de satisfaction des apprenants pour neuf dispositifs de formation [1-8,10], sur le changement de comportements des apprenants à la suite de la formation pour trois dispositifs (3/10, 30 %) [1,3,5] ainsi que sur les résultats de la formation pour quatre d'entre eux (4/10, 40 %) [1,5, 8,10].

À propos des dispositifs de formation employant le « service learning », nous avons observé une évaluation du dispositif à un seul niveau (celui des étudiants) [7,8], une évaluation du dispositif à deux niveaux, à savoir auprès des étudiants et des enseignants [9] et auprès des étudiants et de la communauté) [1,4, 6] ainsi qu'une évaluation du dispositif à trois niveaux (étudiants, enseignants et communauté) [3,10].

#### 2.2.4. De quelle manière la question de l'alignement pédagogique est abordée par les auteurs dans les dispositifs de formation ?

De manière générale, aucun dispositif de formation inclus dans la recherche n'aborde le concept d'alignement pédagogique, excepté un dispositif [9] qui mentionne le fait que les enseignants se sont réunis en amont de la formation afin de discuter des objectifs d'apprentissage et d'établir un plan d'évaluation.

Le Tableau 4 ci-dessous concerne les données relatives à la cohérence d'un enseignement, c'est-à-dire à l'alignement pédagogique, et ce, pour chaque dispositif inclus au sein de notre échantillon.

**Tableau 4.** Données relatives aux objectifs d'apprentissage et aux stratégies pédagogique et d'évaluation des dispositifs de formation inclus.

| Numéro de référence du dispositif de formation | Cibles de formation  | Stratégies pédagogiques   | Stratégies d'évaluation   |
|--|--|---|---|
| [1]  | Les étudiants doivent être capable à la fin du cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de communiquer efficacement ;</li> <li>• de raisonner de manière critique ;</li> <li>• de pratiquer de façon sûre ;</li> <li>• d'agir de manière professionnelle ;</li> <li>• et de diriger efficacement.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• élaboration de projet</li> <li>• immersion clinique</li> <li>• travaux de groupe</li> <li>• résolution de problèmes</li> <li>• participation à des conférences</li> <li>• simulation</li> <li>• scénarios/vignettes/études de cas</li> </ul> | non mentionnées   |
| [2]  | Les étudiants doivent être capable à la fin de la formation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de connaître les multiples recommandations diététiques actuelles qui constituent la base des conseils en nutrition ;</li> <li>• d'évaluer les preuves de diverses directives nutritionnelles cliniques ;</li> <li>• de distinguer les différences entre la prévention primaire et secondaire et de planifier et élaborer des plans spécifiques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• travaux de groupe</li> <li>• cours magistraux</li> <li>• résolution de problèmes</li> <li>• lectures</li> </ul>  | L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait au niveau des étudiants via un questionnaire pour récolter l'auto-évaluation des étudiants concernant leurs progrès en termes d'acquisition de compétences. L'évaluations porte donc uniquement sur les acquis d'apprentissage des étudiants. Elle se fait au niveau individuel après la formation. L'évaluation a une visée sommative et de |

|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
|     | <p>pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires en utilisant des stratégies de prévention fondées sur des preuves ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'évaluer la validité et la signification des études cliniques en utilisant l'approche axée sur le patient ou sur la maladie ;</li> <li>• de se familiariser avec les concepts de différentes théories de changement de comportement (par exemple, le modèle transthéorique ou le modèle de modification du comportement) et les appliquer ;</li> <li>• d'expliquer aux patients, avec bienveillance et autorité, les mythes et les idées fausses associés aux régimes à la mode, aux suppléments de perte de poids et aux médicaments connexe ;</li> <li>• de reconnaître et d'intégrer certains aspects culturels de la nutrition lorsqu'il s'agit d'aider des personnes d'origines ethniques différentes à planifier leurs repas ;</li> <li>• d'individualiser un plan de repas qui soit abordable et acceptable pour les patients souffrant de maladies chroniques spécifiques.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• scénarios/vignettes/études de cas</li> <li>• visionnages de vidéos</li> <li>• recherche dans la littérature</li> <li>• débat</li> </ul> | <p>diagnostic.</p>  |
| [3] | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les connaissances et compétences en : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ éducation sanitaire</li> <li>○ soins de santé primaires</li> <li>○ déterminants de la santé</li> <li>○ développement communautaire</li> <li>○ action politique et plaidoyer</li> <li>○ création de coalition</li> </ul> </li> <li>• identifier et analyser les problèmes de santé ;</li> <li>• et favoriser le développement et l'implémentation d'un plan sur la promotion de la santé généré au niveau communautaire.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'élaboration de projet</li> <li>• immersion clinique</li> <li>• travaux de groupe</li> </ul>   | <p>L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait à trois niveaux : au niveau des étudiants via des feedback/commentaires écrits pour récolter l'auto-évaluation des étudiants concernant leurs progrès en termes d'acquisition de compétences et dans la réalisation du projet, au niveau des organismes communautaires via des commentaires écrits concernant les progrès des étudiants en termes d'acquisition de compétences et dans la réalisation du projet et au niveau des enseignants via des commentaires écrits pour évaluer la performance des étudiants et la réalisation du projet. L'évaluations porte donc à la fois sur les acquis d'apprentissage des étudiants et sur l'impact du projet dans la communauté. Elle se fait au niveau individuel et collectif à mi-parcours et à la fin de la formation. L'évaluation a une visée formative.</p> |
| [4] | <p>Renforcer les compétences en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation des besoins en matière de santé ;</li> <li>• communication ;</li> <li>• planification et mise en place des interventions sanitaires ;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• élaboration de projet</li> <li>• travaux de groupe</li> </ul>   | <p>Non mentionnées</p>  |

|     |  |  |   |
|-----|--|--|---|
|     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• principes éthiques ;</li> <li>• supervision des personnes ;</li> <li>• collaboration interdisciplinaire ;</li> <li>• recherche participative communautaire ;</li> <li>• raisonnement critique en lien avec la recherche et des données probantes ;</li> <li>• collaboration en groupe ;</li> <li>• et plaidoyer politique.</li> </ul>   |  |   |
| [5] | <p>Après la formation, les étudiants seront capables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'appliquer les principes de base des disciplines fondamentales de la santé publique : épidémiologie clinique, biostatistique, science de la prévention, analyse des politiques publiques et santé environnementale ;</li> <li>• d'évaluer de manière critique la littérature médicale et de santé publique ;</li> <li>• de comprendre l'importance d'une analyse rigoureuse des données probantes sur la santé ;</li> <li>• démontrer et utiliser leurs connaissances des problèmes critiques auxquels est confronté le système de soins de santé est confronté aujourd'hui pour garantir l'accès améliorer la qualité des soins et évaluer le coût des soins ;</li> <li>• analyser au moins un domaine de la santé population et discuter de cette analyse en profondeur ;</li> <li>• communiquer habilement, notamment par d'une écriture claire et en s'adressant à diverses d'intervenants ;</li> <li>• et démontrer les compétences nécessaires pour le leadership au sein des systèmes de santé.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• stage</li> <li>• cours magistraux</li> <li>• résolution de problèmes</li> <li>• participation à des conférences</li> <li>• lectures</li> <li>• discussions de groupe</li> </ul> | <p>L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait au niveau des étudiants via une présentation orale pour évaluer leurs compétences en matière de communication orale, un examen pour évaluer l'acquisition des apprentissages et un mémoire pour évaluer l'acquisition des apprentissages et la communication écrite des étudiants. L'évaluations porte donc uniquement sur les acquis d'apprentissage des étudiants. Elle se fait au niveau individuel après la formation. L'évaluation a une visée sommative est réalisée entièrement par les enseignants.</p> |
| [6] | <p>Renforcer les compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• culturelles ;</li> <li>• en matière de services au sein de la communauté (enseignement) ;</li> <li>• et en matière de communication.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'élaboration d'intervention</li> <li>• simulation</li> <li>• jeux de rôles</li> <li>• jeux</li> </ul>  | <p>L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait au niveau des étudiants via un questionnaire pour comparer les connaissances et attitudes des étudiants en matière de PPS et sur l'impact dans la communauté. L'évaluations porte donc à la fois sur les acquis d'apprentissage des étudiants et sur l'impact dans la communauté. Elle se fait au niveau individuel avant et après la formation. L'évaluation a une visée sommative et de diagnostic.</p>   |
| [7] | <p>Renforcer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation de la santé communautaire</li> <li>• le changement de comportements à risque dans la communauté</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• élaboration de projet</li> <li>• stage</li> </ul>   | <p>L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait à deux niveaux : au niveau des étudiants via des commentaires écrits et un travail final pour récolter l'auto-</p>  |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• le changement environnemental</li> <li>• les disparités en matière de santé et les déterminants de la santé ;</li> <li>• l'organisation communautaire et la création de partenariats</li> <li>• le plaidoyer et le changement politique</li> <li>• l'évaluation des programmes</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• cours magistraux</li> <li>• participation à des conférences</li> <li>• lectures</li> <li>• jeux de rôles</li> <li>• jeux</li> </ul> | évaluation des étudiants concernant leur intervention dans la communauté et leurs progrès en termes d'acquisition de compétences et au niveau des enseignants via des commentaires écrits concernant les progrès des étudiants en termes d'acquisition de compétences. L'évaluation porte donc à la fois sur les acquis d'apprentissage des étudiants sur l'impact dans la communauté. Elle se fait au niveau individuel tout au long de la formation. L'évaluation a une visée sommative.   |
| [8]  | <p>Renforcer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• compétences en recherche</li> <li>• engagement civique et plaidoyer pour la santé</li> <li>• compétences en prise de décision</li> <li>• auto-régulation</li> <li>• compétences culturelles et pratique sensible à la culture</li> <li>• évaluation des ressources communautaires</li> <li>• développement du rôle professionnel</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• élaboration d'un programme de PS dans la communauté</li> </ul>  | L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait au niveau des étudiants via un feedback écrit des étudiants pour récolter l'auto-évaluation des étudiants concernant leurs progrès en termes d'acquisition de compétences. L'évaluation porte donc uniquement sur les acquis d'apprentissage des étudiants. Elle se fait au niveau individuel avant et après la formation. L'évaluation a une visée de diagnostic.  |
| [9]  | Non mentionnés   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• travaux de groupe</li> <li>• cours magistraux</li> <li>• résolution de problèmes</li> <li>• visionnages de films</li> </ul>         | L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait à deux niveaux : au niveau des étudiants via un questionnaire pour récolter l'auto-évaluation des étudiants concernant leurs progrès en termes d'acquisition de compétences et au niveau des enseignants via des commentaires écrits laissés par les étudiants pour l'atteinte des objectifs d'apprentissage. L'évaluation porte donc uniquement sur les acquis d'apprentissage des étudiants. Elle se fait au niveau individuel après la formation. L'évaluation a une visée sommative. Le questionnaire d'évaluation a été élaboré par les enseignants eux-mêmes en début de formation. |
| [10] | <p>Les étudiants seront capables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'utiliser efficacement les principes de la communication pour une présentation de qualité ;</li> <li>• de démontrer une compréhension des principes de compétence culturelle ;</li> <li>• d'assurer un leadership/mentorat pour aider les individus à améliorer la profession et participer à l'influence, la formation et le développement de la prochaine génération de pharmaciens ;</li> <li>• et de promouvoir la sensibilisation à la santé et la prévention</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• immersion clinique</li> <li>• cours magistraux</li> <li>• simulation</li> <li>• discussions de groupe</li> </ul>                    | L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage se fait à deux niveaux : au niveau des étudiants via des feedback/commentaires écrits et un travail pour récolter l'auto-évaluation des étudiants concernant leurs progrès en termes d'acquisition de compétences et au niveau des organismes communautaires via des questionnaires pour évaluer la performance des étudiants et l'impact dans la communauté. L'évaluation porte donc à la fois sur les acquis d'apprentissage des étudiants et sur l'impact dans la communauté. Elle se fait au niveau individuel tout au long   |

|  |               |  |   |
|--|---------------|--|---|
|  | des maladies. |  | de la formation. L'évaluation a une visée sommative et de diagnostic. |
|--|---------------|--|---|

Nous avons utilisé un code couleurs afin de différencier les domaines selon lesquels les objectifs d'apprentissages peuvent être classés, à savoir : les objectifs d'apprentissage relevant du domaine cognitif sont en jaune dans le tableau, ceux relevant du domaine socioaffectif sont en vert et ceux relevant du domaine psychomoteur sont en bleu. Nous n'avons pas pu identifier à quel domaine tous les objectifs d'apprentissage appartenait.

# **DISCUSSION**

## **1. Partie concernant l'analyse comparative de référentiels métiers**

Le but poursuivi par cette partie du travail était de comparer des référentiels de compétences en promotion de la santé, et ce, en créant une grille d'analyse sur base d'un cadre de référence le CompHP.

À la suite de notre analyse, nous avons apporté des éclairages à la question de recherche suivante : « *de quelle manière des référentiels de compétences spécifiques à des métiers de la première ligne de soins et du social, incluent des compétences pour la promotion de la santé ?* ».

Tout d'abord, nous pouvons tirer de nos résultats, une définition de la PS qui se veut être la plus pertinente et explicite pour le domaine de la PS, mais aussi dans le cadre de l'élaboration du référentiel au sein de notre recherche REFORM P<sup>2</sup>. Cette définition provient de la Charte d'Ottawa (1986) qui considère la promotion de la santé comme « un processus global, à la fois social et politique. Ce processus englobe non seulement les actions qui visent à renforcer les compétences et les capacités des individus, mais également celles qui tendent à modifier les conditions sociales, environnementales et économiques en vue d'atténuer leurs répercussions sur la santé individuelle et publique. En d'autres termes, la promotion de la santé se réfère au processus permettant aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer » (cité par Dempsey et al., 2011, p.17).

Toutefois, le référentiel qui sera élaboré dans le cadre de la recherche REFORM P<sup>2</sup>, devrait inclure et non exclure la prévention de la promotion de la santé. Tous les deux sont bien distincts, mais il est utile de les mettre ensemble pour être le plus efficient.

Les approches de prévention et de promotion de la santé doivent être appliquées par un professionnel de la promotion de la santé, celui-ci devant être capable de : *soutenir le changement, plaider pour la santé, travailler en partenariat, communiquer, avoir du leadership, analyser des besoins et des atouts, planifier, mettre en œuvre et évaluer la recherche.* (Dempsey et al., 2011) Ces compétences étant transversales et donc pouvant s'appliquer à une multitude de disciplines. Toutefois, ces énoncés de compétences que nous avons trouvés, indiquent que l'opérationnalité de celles-ci est très limitée pour pouvoir être traduits en acquis d'apprentissages pour les personnes à former. Autre élément, il serait intéressant de développer ces compétences au cours de rétroactions mutuelles entre le patient et les intervenants, tous les deux étant impliqués dans les soins de santé. En effet, le patient se verrait soutenu dans le développement de ses compétences tandis que les acteurs auraient leurs visions et leurs connaissances enrichies grâce au savoir expérientiel du patient. Les intervenants devraient également favoriser la participation des personnes dans l'amélioration de leur condition de vie, leur bien-être et dans les choix qu'ils font pour leur santé. De plus, ils doivent pouvoir respecter une certaine éthique et efficacité dans leur pratique. Idéalement, ces professionnels de première ligne de soins doivent être dotés de différentes valeurs telles que l'équité, la justice sociale et l'autonomie et faire preuve d'intégrité, d'honnêteté, d'altruisme, d'humilité, de respect de la diversité, de transparence relative aux conflits d'intérêts et enfin d'esprit coopératif.

La promotion de la santé étant sans cesse en évolution à la fois dans sa pratique que dans sa politique, il est donc intéressant d'être le plus global possible en vue d'améliorer la santé mondiale. C'est pour cela qu'il est judicieux de préconiser pour notre référentiel, qui sera élaboré dans le cadre de la recherche REFORM P<sup>2</sup>, une formation à la fois initiale et continue dans le domaine de la promotion de la santé. Il faudra pouvoir créer des normes

basées sur l'identification de compétences ainsi qu'un système de certification pour la pratique. C'est également un apprentissage continu qui est avancé et ce, par l'expérience, l'accompagnement professionnel ainsi qu'une rétroaction et des activités individuelles d'apprentissage.

Concernant le concept d'expérience, nous avons dans l'échantillon de nos référentiels, constatés qu'il est essentiel d'élaborer le référentiel sur base de l'expérience et de l'expertise développées dans le pays en question et sur les défis que pose la société actuelle. Ceci est essentiel afin de répondre aux réalités du contexte actuel. Il est également nécessaire de tenir compte de cette expérience et de l'expertise des autres membres de l'équipe ainsi que de créer avec ces derniers, des moments d'échanges et de partage de leurs connaissances et savoirs expérientiels de leur domaine d'expertise. Nous incluons ici les savoirs expérientiels du patient reliés à la vie avec la maladie.

Au sein du référentiel, dans le cadre de la recherche REFORM P<sup>2</sup>, il serait également intéressant d'indiquer les activités d'apprentissages auxquelles les apprenants ont participé afin d'atteindre les objectifs d'apprentissage visés. Ainsi, les personnes, prenant connaissance de ce référentiel, auraient une idée du type d'activités d'apprentissage à suivre pour pouvoir développer telles compétences qu'elles souhaitent, selon ces besoins. Il est aussi nécessaire de souligner dans ce référentiel comment les formateurs s'y prennent pour évaluer la pertinence et l'efficacité de leurs programmes de formation à la promotion de la santé, afin de venir appuyer la fiabilité de ces programmes.

C'est sur base de l'ensemble de ces éléments que nous pouvons guider l'élaboration du référentiel établi dans le cadre du projet REFORM P<sup>2</sup> et qui sera mis à la disposition des professionnels de la première ligne de soins. En effet, ces professionnels devraient avoir à leur disposition un référentiel métier regroupant les fonctions professionnelles nécessaires par les situations d'exercice du métier. En faisant toutefois une distinction entre les fonctions spécifiques à des situations professionnelles particulières pour lesquelles il est utile de penser que c'est au lieu de travail de préparer les travailleurs et les fonctions répétitives auxquelles la formation initiale à la responsabilité de préparer. C'est l'étude de ces dernières qui conduit à établir le référentiel métier, d'une part en réalisant une analyse des compétences permettant d'assumer les fonctions et d'autre part, en effectuant une analyse des moyens à maîtriser au service de ces démarches. (Beckers, 2007)

De plus, les compétences nécessaires n'ont pas toutes la même ampleur, il est donc essentiel de cibler, selon Vergnaud, les compétences critiques caractérisant le noyau de professionnalité propre à un métier, celles qui selon Pastré témoignent de l'intelligibilité de la tâche (cité par Beckers, 2007, p.222). Cette manière de faire étant plus efficient que celle consistant à lister, comme dans certains référentiels, tout ce qu'il faut savoir et savoir-faire pour pratiquer un métier.

Afin d'élaborer des référentiels pertinents, il est nécessaire d'analyser les fonctions requises par la profession dans tel ou tel contexte, ceci permettant d'identifier les objectifs généraux du programme de formation en termes de compétences et de caractéristiques identitaires pour développer les ressources indispensables à leur atteinte. De plus, il est nécessaire que cette analyse se fasse de manière critique en termes de formation, et ce à l'aide de diverses sources telles que SIEP propose des descriptions de métier, le FOREM aussi, via le carrefour emploi-formation. En France, l'Agence nationale pour l'emploi produit, pour quantité de métiers, des fiches ROME accessibles sur son site et décrivant les attentes du métier (Beckers, 2007).

## **2. Partie concernant l'analyse de dispositifs de formation initiale en promotion de la santé**

Maintenant que nous avons connaissance de ce qui est préconisé dans les référentiels, nous allons regarder la manière dont cela est mis en pratique dans le cadre de dispositifs de formation.

### **2.1. Réponse à la question de recherche**

Le but poursuivi par cette partie du travail était de réaliser en réalisant une synthèse de la littérature de type scoping review concernant des études d'implémentation de dispositifs de formation initiale en PPS des professionnels de première ligne, et ce, afin d'analyser de manière descriptive et approfondie des dispositifs pédagogiques de formation initiale et continue en PPS qui sont destinés à ce public ciblé. Nous pouvons, à présent interpréter nos données et tenter de répondre à la question de recherche concernant cette partie, à savoir : « *de quelle manière les dispositifs de formation initiale en matière de promotion de la santé participent au développement des compétences clés pour la promotion de la santé des professionnels de la première ligne ?* ».

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que nos résultats ont révélé une grande variété de compétences clés spécifiques à la PPS présentes au sein des dispositifs de formation. Celles revenant le plus souvent au sein des dispositifs de formation inclus étant des compétences en matière de communication et des compétences en lien avec le domaine communautaire telles que la production de méthodes, outils et connaissances utiles en PPS, le déploiement de services auprès de la communauté, le travail en partenariat. La compétence en matière de communication et le travail en partenariat font partie des neuf compétences transversales essentielles pour un professionnel de la PS et qui sont mentionnées par le CompHP. En outre, nous pouvons retrouver l'ensemble des neuf compétences transversales mentionnées dans le CompHP, avec un énoncé similaire, au sein des dispositifs de formations inclus dans notre échantillon, à savoir : soutenir le changement, plaider pour la santé, travailler en partenariat, communiquer, avoir du leadership, analyser des besoins et des atouts, planifier, mettre en œuvre et évaluer la recherche. Nous pouvons, par ailleurs, constater que les énoncés des compétences visées dans les dispositifs de formation inclus semblent similaires à aux énoncés des compétences des autres référentiels inclus. En effet, les compétences de production de méthodes, outils et connaissances utiles en PPS, de planification, de collaboration, de déploiement des services et des activités de PPS auprès des milieux de vie et le fait de prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrée sur les besoins du patient, qui sont mentionnées au sein du Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec (Martin et Brahim, 2014) sont des compétences que nous retrouvons dans plusieurs dispositifs de formation inclus dans notre échantillon. Nous pouvons également observer que dans les compétences transversales mentionnées au sein du Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux (2016), les compétences relatives au leadership collaboratif et à l'éthique clinique sont des compétences que nous retrouvons dans plusieurs dispositifs de formation inclus dans notre échantillon. Cependant, malgré les similitudes que nous pouvons observer, aucun dispositif de formation inclus ne fait mention du fait de s'être basé sur un référentiel de compétences lors de son élaboration. De plus, selon la littérature, le leadership est identifié comme compétence essentielle dans la pratique collaborative. Cependant, nous pouvons constater que peu de dispositifs de formation inclus dans notre

échantillon ne mentionne cette compétences dans leurs objectifs d'apprentissage (Gourde, M-A., 2011).

Concernant le contexte dans lequel les dispositifs de formation inclus dans notre échantillon ont été conçus et implémentés, la majorité étaient destinés à des étudiants infirmiers. Tous les dispositifs de formation ont été implémentés en Amérique du Nord. La durée de la plupart des dispositifs était comprise entre 12 et 18 mois. De manière générale, la majorité des dispositifs de formation inclus, excepté un seul, ont été mis en œuvre après 2011, qui est, pour rappel, la date à laquelle le CompHP a été implémenté. Si nous comparons cela avec les dates auxquelles les référentiels de compétences inclus dans notre échantillon ont été implémentés, nous pouvons remarquer que ces derniers ont tous été implémentés en 2011 ou après cette date.

À propos de la description des dispositifs de formation, nous pouvons remarquer que majoritairement, les dispositifs de formation inclus correspondent à un programme complet.

Nous avons pu observer qu'une majorité des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon étaient basés sur le « service learning », c'est-à-dire sur l'apprentissage par le service. La stratégie d'apprentissage par le « service learning », qui combine donc l'apprentissage du contenu des cours avec le service à la communauté, constitue une méthode d'apprentissage et de pratique utile et bénéfique pour les étudiants dans le domaine de la PPS et de la santé communautaire comme le montre une récente étude de Stagg et McCathy (2020). Nous trouvons cette stratégie d'apprentissage intéressante dans le sens où elle offre de nombreux avantages dont celui de profiter autant à la communauté, qu'aux étudiants et qu'aux universités, et ce, en s'attaquant à de vrais problèmes de santé, avec des personnes réelles dans des contextes réels comme nous avons pu le constater dans certains articles dont les dispositifs inclus font l'objet. De plus, nous pouvons constater que les dispositifs basés sur le « service learning » inclus dans notre échantillon utilisent l'apprentissage par le service comme moyen de développer un éventail de compétences en matière de PPS auprès de futurs professionnels de la santé. En outre, le « service learning », est efficace pour renforcer les compétences des étudiants en leadership et en collaboration (Breen et Robinson cité par Stagg & McCathy, 2020). Cependant, nos résultats ne vont pas dans le même sens que ceux de cette étude étant donné que peu de dispositifs de formation basés sur le « service learning » inclus dans notre échantillon mentionnent le développement de compétences en leadership et en collaboration. Nous trouvons également intéressant, comme le soulignent McIntosh et al. (2008), l'aspect qui est lié au fait que le « service learning » intègre le service communautaire, l'enseignement didactique et généralement une dimension de réflexivité de la part des étudiants afin d'améliorer l'apprentissage de ces derniers et la santé au sein de la communauté tout en favorisant les relations entre les apprenants, les membres de la communauté et les universités, et ce, dans un processus de partage des compétences, des expériences et des perspectives de ces trois parties prenantes. Ce sont pour toutes ces raisons que nous trouvons que cette stratégie d'apprentissage, qui est tout à fait innovante, mérite que nous nous y intéressions davantage dans le cadre du projet REFORM P<sup>2</sup>.

En ce qui concerne l'évaluation des dispositifs de formation, si nous comparons les résultats obtenus avec le modèle d'évaluation Kirkpatrick, nous pouvons observer que le premier niveau qui concerne les réactions des apprenants a bien été évalué au sein des dispositifs de formation inclus étant donné que la majorité des évaluations des dispositifs portaient sur le degré de satisfaction des apprenants. Concrètement, plusieurs aspects de la

formation ont été soumis à l'appréciation des étudiants : les objectifs du dispositif, les contenus des enseignements, l'organisation de la formation, les points forts et points d'attention de la formation, ainsi que l'utilité de la formation. Nous pouvons également observer que concernant le deuxième niveau en lien avec les apprentissages des étudiants, les connaissances, les aptitudes et les compétences acquises par les apprenants à l'issue des formations ont été recueillies et évaluées dans la plupart des dispositifs de formations inclus, et ce, majoritairement par le biais de questionnaires ou de commentaires écrits de la part des étudiants. Nous avons pu remarquer que peu d'articles mentionnaient la manière dont l'atteinte des objectifs d'apprentissage a été évaluée au sein des dispositifs de formation inclus. De plus, nous avons observé au sein des dispositifs de formation inclus que l'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage n'a majoritairement pas été réalisée avant et après la formation. Alors que, selon Bouyzem et Moustakim (2020), l'efficacité de cette évaluation réside dans le fait qu'elle soit réalisée avant et après la formation. À propos du troisième niveau qui concerne les changements comportementaux, nous pouvons remarquer que peu de dispositifs de formation inclus mentionnent avoir réalisé, quelques temps après la fin de la formation, une évaluation de l'application des connaissances, compétences et attitudes acquises par les étudiants dans leur pratique professionnelle. Concernant le dernier niveau qui porte sur les résultats de la formation, l'impact de la formation a été évalué par certains dispositifs de formation inclus dans notre échantillon. Les dispositifs qui réalisent cette évaluation à plus long terme s'en servent dans une volonté de renforcer le sentiment de durabilité qui est omniprésent dans la majorité des dispositifs ainsi que dans une volonté de renforcement des partenariats dans le cas des dispositifs inclus axés sur le « service learning ». In fine, nous pouvons conclure que, concernant les modalités d'évaluation, nous pouvons constater que la plupart des aspects du modèle de Kirkpatrick sont présents dans les évaluations réalisées au sein des dispositifs de formation, même si nous ne retrouvons pas tous les aspects considérés comme importants dans ce modèle n'ont pas été réalisés.

À propos de l'interdisciplinarité et de la collaboration à plusieurs niveaux, nous avons pu remarquer que certains des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon abordait ces notions. En effet, nous pouvons remarquer qu'un dispositif de formation inclus permet la création de synergies entre plusieurs niveaux d'apprentissage chez les étudiants. Nous trouvons cette manière de procéder intéressante étant donné qu'elle permet à ces étudiants de travailler en collaboration. Nous pouvons également observer dans nos résultats qu'un dispositif de formation inclus met l'accent sur l'éducation interprofessionnelle. Le choix des objectifs d'apprentissage pertinents et spécifiques à l'éducation interprofessionnelle est d'ailleurs déterminant (Gallant, Clerc, Gachoud & Morin, 2011). Les objectifs d'apprentissage de l'Université Médicale de Caroline du Sud, dont l'éducation interprofessionnelle est devenue le point central de la formation, concernent le travail en équipe, la connaissance des valeurs poursuivies par les autres professions de la santé, la démonstration de compétences interprofessionnelles tant dans l'activité clinique que dans la recherche (Blue, Mitcham, Smith, Raymond & Greenberg, cité par Gallant et al., 2011). Si nous comparons ces données avec les résultats que nous avons obtenus, nous pouvons remarquer que le TRIP [1] ne mentionne pas d'objectifs d'apprentissage similaires. En effet, ce dernier est davantage axé sur la communication, le raisonnement critique, la pratique sûre et professionnelle ainsi que le fait de diriger efficacement. Aux États-Unis, l'Association des Collèges Médicaux Américains préconisent d'ailleurs le développement de l'éducation interprofessionnelle (Gallant et al., 2011). Selon l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, il existe plusieurs enjeux et facteurs facilitant la mise en place de services de première ligne fonctionnant en

interdisciplinarité, à savoir : l'importance d'un soutien administratif permettant à l'interdisciplinarité de s'exercer au quotidien, le partage des mêmes missions et valeurs par tous les intervenants, l'établissement d'un leadership et d'une gouvernance qui soit clairs et une bonne communication (cité par Gourde, M-A., 2011). En outre, toujours dans cette optique de collaboration interprofessionnelle, il est essentiel de permettre aux apprenant d'être compétents et crédibles dans leur domaine, de respecter les différences interprofessionnelles et de posséder des habiletés relationnelles de communication (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal cité par Gourde, M-A., 2011). C'est pourquoi, l'interdisciplinarité devenant une nécessité évidente face à l'augmentation des soins complexes et chroniques en première ligne étant donné le vieillissement de la population (Vereniging van Wijkgezondheidscentra, 2012), nous trouvons que la présence de ces deux concepts est essentielle afin de mieux intégrer la PPS dans le cursus initial des futurs professionnels de la première ligne de soins. Depuis l'année 2010, un groupe de travail inter-institutionnel se réunit une fois par mois afin d'élaborer et de mettre en place des projets de formation interprofessionnelle (Michaud et al., 2011). Ce groupe a déjà pu mettre en avant le fait que le dynamisme des formateurs, la nécessité de la faisabilité et de la durabilité des projets ainsi qu'une coordination optimale entre es acteurs concernés étaient essentiels dans le domaine de l'éducation interprofessionnelle (Michaud et al., 2011). C'est pourquoi nous pensons que les travaux de ce groupe pourraient être intéressants à retenir dans le cadre de la recherche collaborative REFORM P<sup>2</sup>.

De plus, nous pouvons observer dans nos résultats un certain intérêt pour la durabilité. En effet, cette notion est représentée à différents niveaux au sein des dispositifs de formation inclus dans notre échantillon. En effet, cette optique de durabilité se traduit, dans les dispositifs de formation inclus, par des formes variables, à savoir : une stratégie d'évaluation du dispositif à long terme, une incitation des étudiants à s'orienter vers un cadre communautaire à la fin de leurs études et enfin des partenariats avec la communauté qui durent dans le temps, que ce soit par l'inspiration des projets des étudiants sur base des projets qui ont déjà été mis en place auparavant ou par le choix du lieu de travail des étudiants afin d'être au plus proche de la communauté. Nous pouvons constater que ces dispositifs de formation inclus dans notre échantillon sont en accord avec l'objectif ultime des programmes de PS qui est de promouvoir un changement durable ((PHPAdmin, B., 2020).

Concernant l'alignement pédagogique au sein des dispositifs de formation, nos résultats montrent qu'un seul dispositif inclus mentionne le fait que les enseignants se sont réunis en amont de la formation afin de discuter des objectifs d'apprentissage et d'établir un plan d'évaluation. Cependant, si nous comparons nos résultats avec les recommandations émises par l'Université de Lorraine (s.d.) au sujet de l'alignement pédagogique, nous pouvons tout de même remarquer une volonté d'assurer une certaine cohérence entre les objectifs d'apprentissage, les activités d'apprentissage et les modalités d'évaluation au sein de certains dispositifs de formation inclus. La formulation d'objectifs d'apprentissage observables sous la forme de verbes d'action et utilisant une taxonomie n'a été réalisée qu'au sein d'une minorité de dispositifs de formation. Étant donné que nous n'avons pas une formation de pédagogue, il a été difficile de déterminer dans quelle mesure les évaluations planifiées correspondent aux objectifs visés. Cependant, nous pouvons tout de même observer que ces deux composantes de l'alignement pédagogique ne sont pas tout le temps en cohérence au sein des dispositifs de formation inclus. Nous pouvons, par exemple, mentionner le fait que lorsqu'un dispositif aborde dans les objectifs d'apprentissage une compétence en matière de communication, une présentation orale

n'est pas toujours utilisée dans les stratégies d'évaluation par exemple, mais plutôt un questionnaire ou un feedback écrit. Ces dispositifs ne détaillent cependant pas si les compétences de communication doivent se développer uniquement à l'oral, mais également à l'écrit. Cela nous est donc difficile de trouver une certaine cohérence ou non entre les objectifs d'apprentissage et les modalités d'évaluation de ceux-ci au sein des dispositifs. Il en va de même pour la cohérence entre les activités d'apprentissage et les objectifs visés en fin d'enseignement. Lorsqu'un dispositif inclus mentionne dans les objectifs d'apprentissage une compétence en matière de collaboration, nous pouvons observer des activités en lien avec un groupe telles que des travaux ou des discussions de groupe par exemple. De manière générale, nous pouvons observer une volonté de construire des activités d'apprentissage qui préparent l'étudiant aux objectifs visés en fin d'enseignement. Nous pouvons également observer une grande variété dans les activités d'apprentissage au sein des différents dispositifs de formation inclus ce qui est préconisé par l'Université de Lorraine (s.d.). En outre, nous pouvons également retrouver dans ces recommandations le fait de préconiser l'utilisation d'une grille d'évaluation avec des critères afin de rendre la démarche d'évaluation davantage objectivante et transparente. Ce point n'a été mentionné dans aucun dispositif de formation. Cela ne nous permet donc pas d'observer si les dispositifs de formation veillent à utiliser des modalités d'évaluation permettant de vérifier concrètement le niveau d'atteinte des objectifs visés.

Étant donné que nous avons décidé de nous concentrer sur la formation initiale, nous avons exclu les articles concernant la formation continue. Cependant, nous avons identifié un article qui concerne un dispositif de formation continue et qui répond à nos autres critères de sélection. Si nous comparons ce dispositif avec ceux déjà inclus dans notre échantillon et qui concernent la formation initiale, nous pouvons observer certaines similitudes ainsi que certaines différences. Le Health Promotion Labory (HPL), qui a été implémenté en 2010 en Amérique du nord, est destiné à des professionnels de la santé provenant de différentes disciplines ainsi que des managers (Richard et al. (2015)). Nous pouvons remarquer que la notion d'interdisciplinarité est également présente au sein de ce dispositif de formation continue. En effet, le programme HPL aide une équipe constituée de praticiens multidisciplinaires à utiliser une approche basée sur la population pour concevoir et mettre en œuvre une intervention spécifique de promotion de la santé. Le HPL consiste en plusieurs rencontres de quelques heures à fréquence régulière sur une période allant de 18 à 36 mois. La durée de ce dispositif de formation continue est plus longue que la durée de la majorité des dispositifs de formation initiale inclus dans notre échantillon. En outre, ce dispositif de formation continue amène un nouvel éclairage dans l'implémentation des dispositifs au travers de deux notions qui sont la notion d'adaptabilité et la notion de composantes centrales. En effet, selon Richard et al. (2015), les dispositifs de formation en PPS et en SP ont besoin d'être adaptés à la complexité de la réalité de terrain des praticiens, et ce, tout en préservant les éléments essentiels du dispositif. L'idée ici est qu'il existe, au sein d'un dispositif de formation, des compétences clés ou centrales qui sont essentielles à retrouver, peu importe le contexte où le dispositif est implémentée, mais pour ce faire, il est essentiel de le faire de manière adaptative. C'est pourquoi un équilibre doit être trouvé entre la fidélité de l'implémentation du dispositif et l'adaptabilité<sup>10</sup> au contexte. Ceci est particulièrement pertinent dans le domaine de la PS

---

<sup>10</sup> La définition de l'adaptabilité dans cet article est vue comme le processus qui consiste à faire en sorte qu'un programme corresponde à un contexte spécifique, soit en le modifiant (par exemple en réorganisant, en retardant ou en mettant l'accent sur certains éléments), en changeant la manière ou l'intensité de la

où l'action est principalement contextuelle, communautaire et collaborative (Tremblay et al., cité par Richard et al., 2015). Pour recueillir ces données, le programme HPL a été mis en œuvre et adapté dans trois contextes différents tout en préservant les composantes centrales du programme. De plus, le programme HPL poursuit des objectifs à trois niveaux, à savoir : au niveau individuel, au niveau collectif et au niveau de l'institution dont les participants font partie. En effet, au niveau individuel, les participants doivent être capables de développer de nouvelles compétences professionnelles en PS et une réflexivité par rapport à leur expérience professionnelle. Sur base de ces nouvelles compétences acquises, les membres du groupe de travail doivent être capables de développer et mettre en œuvre collectivement une nouvelle intervention de promotion de la santé ciblant un problème spécifique. Enfin, il est supposé que les nouvelles connaissances et aptitudes acquises aient un effet au niveau de l'institution grâce à la diffusion des connaissances auprès des collègues des participants qui ne sont pas formellement impliqués dans le programme HPL. En outre, nous pouvons remarquer que ce programme ne mentionne pas non plus le fait de s'être basé sur un référentiel de compétences lors de son élaboration tel que le CompHP ou un autre référentiel métier. Enfin, nous pouvons également remarquer que contrairement aux dispositifs de formation initiale, l'absentéisme lié au fait que les participants aient une vie active en dehors de la formation constitue un frein à l'implémentation du dispositif de formation continue.

### **3. Discussion commune**

Nous venons de présenter et de discuter les résultats respectifs des deux parties de ce mémoire qui sont complémentaires étant donné que l'une analyse ce qui est préconisé sur le plan théorique au niveau de la formation des professionnels de la première ligne de soins en PPS, et que l'autre réalise un état des lieux des études dans lesquelles des programmes de formation ont été implémentés et en se demandant comment les personnes de la première ligne de soins ont été formés à la PPS. Cela nous permet maintenant de réaliser une discussion commune afin d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche générale de ce travail *“comment renforcer les compétences clés des professionnels de la première ligne de soins en matière de promotion de la santé ?”*.

Tout d'abord, concernant les compétences en PPS, nous pouvons observer qu'il existe une grande variété de compétences clés spécifiques à la PPS dans les dispositifs de formation et les référentiels de compétences inclus dans notre échantillon. De plus, nous pouvons également remarquer que les compétences transversales avancées par le CompHP sont toutes retrouvées dans les différents dispositifs de formation, et ce, malgré le fait qu'aucun dispositif de formation inclus dans notre recherche ne fasse référence au CompHP pour guider son élaboration. Cela nous renforce dans l'idée que nous avons du fait que ce référentiel transversal est un réel cadre de référence dans le domaine de la PPS. De plus, étant donné que nous avons pu observer que la compétence en lien avec la communication est celle qui revient le plus souvent, cela nous amène à penser que le fait de communiquer de manière efficace et adaptée au public est une compétence spécifique à la PPS qui est essentielle pour les professionnels de la première ligne de soins.

---

prestation des éléments du programme, soit en adaptant le programme aux sensibilités culturelles ou linguistiques (Richard et al., 2015).

De plus, nous avons remarqué une similitude entre nos deux parties en ce qui concerne les notions de partenariat, collaboration et interdisciplinarités. En effet, l'une des compétences des professionnels de la première de ligne de soins concerne le travail en partenariat, ils doivent donc pouvoir travailler en collaboration avec l'ensemble des intervenants impliqués y compris les patients. Ce qui nous amène à penser qu'il est essentiel d'impliquer, dans la conception d'un référentiel de compétences, toutes les personnes concernées par celui-ci et en ne se limitant pas aux professionnels visés par ces référentiels. De plus, il est intéressant d'impliquer diverses disciplines dans la construction d'un référentiel de compétences. Cette manière de faire renforce ainsi l'impact et la durabilité de l'action de promotion de la santé. Cet aspect pour la durabilité est d'ailleurs présent au sein des deux parties de ce mémoire. Nous pouvons constater qu'une vision à long terme est essentielle afin de réaliser un référentiel de compétences, et ce, pour être en accord avec les rôles des professionnels de la première ligne de soins qui doivent s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes.

De plus, une partie des référentiels de compétences est consacrée à la notion de valeur. Cependant, nous avons pu remarquer que celles-ci n'étaient pas abordées au sein des dispositifs de formation qui ont été implémentés, excepté pour un dispositif de formation qui mentionne l'éthique appliquée dans les compétences visées sans détailler davantage ce que cela représente. Nous nous posons alors la question concernant la raison de ce manquement. Les valeurs ne sont-elles pas intégrées dans le développement des dispositifs de formation ou les articles n'abordent-ils juste pas cette notion ?

Nos différents résultats ont également pu mettre en avant le fait que le concept d'évaluation n'est abordé que dans le développement et l'implémentation des dispositifs de formation inclus et non dans les référentiels de compétences inclus dans notre échantillon. Nous trouvons cela étonnant vu que les modalités d'évaluation dans les dispositifs de formation représentent une occasion d'améliorer le dispositif en lui-même ainsi que son efficacité. En outre, cet aspect fait partie de l'alignement pédagogique et permet d'assurer une certaine cohérence dans les apprentissages. Nous pouvons également observer que dans les référentiels de compétences inclus, les activités d'apprentissage, qui donne également un indice quant au respect d'un certain alignement pédagogique, n'est pas non plus détaillé.

In fine, nous pouvons également soulever le fait que les concepts de prévention et de promotion de la santé ont une définition claire et distincte au sein de plusieurs référentiels inclus. Ceux-ci, mentionnent tout de même le fait qu'il est intéressant de les apprécier de façon complémentaire. Toutefois, les dispositifs de formation inclus, quant à eux, ne font pas de différence aussi distincte entre ces deux concepts. Cela nous a amenées à nous questionner sur la manière dont nous percevons la PPS, c'est-à-dire en considérant la promotion de la santé comme s'inscrivant de manière transversale à la prévention des maladies. Il est de toute façon clair que ces deux concepts sont liés et ne s'excluent pas.

Lors de notre recherche de référentiels de formation, nous avons également pu identifier un référentiel implémenté en Belgique, à savoir le "*Référentiel de compétences de la bachelière et du bachelier en soins infirmiers*" (Dury, Lafortune, Colin & Duchêne, 2012) et que nous n'avons pas inclus dans notre recherche étant donné que l'un de nos critères d'exclusion concernait le fait de ne pas inclure de référentiel de compétences implémenté en Belgique. Ce référentiel a pour public cible les étudiants en soins infirmiers.

Tous ces éléments sont à prendre en compte afin de documenter ce qui existe et fournir des pistes de réflexion utiles pour le développement ou l'adaptation d'un référentiel de

compétences en promotion de la santé pour les professionnels de la première ligne, adapté au contexte de la Fédération Wallonie- Bruxelles.

### **3.1. Limites et biais**

Ce travail comporte quelques limites et biais. Tout d'abord, la petite taille de nos échantillons. En effet, seulement 10 dispositifs de formation différents ainsi que 5 référentiels de compétences ont été identifiés à l'aide de nos recherches.

De plus, les mots-clés que nous avons utilisés pour nos recherches, ont pu influencer nos résultats. En effet, nous avons davantage prêté attention au concept de promotion de la santé et moins à celui de prévention. Nous n'avons pas eu beaucoup de résultats qui concernaient la formation continue, peut-être aurait-il été intéressant d'y prêter attention lors de l'identification des mots-clés.

Notre analyse est basée sur les informations disponibles dans les études incluses. Ce qui fait donc que notre analyse se limite à ce qui a été explicitement décrit par les auteurs dans leurs articles. Il est donc possible que ces articles ne fassent pas mention de tous les aspects concernant les dispositifs de formation.

Il aurait été intéressant de pouvoir analyser davantage d'articles concernant les dispositifs de formation continue et davantage de dispositifs de formation implémentés après 2011 afin d'enrichir la partie concernant la discussion commune.

Parmi les points forts de notre étude, nous pouvons citer le fait que, tout au long de notre travail, nous avons eu l'opportunité de collaborer avec différentes parties prenantes du projet, recouvrant plusieurs secteurs de la santé. Nous pouvons également mentionner une triangulation des données ainsi que de leurs analyses.

# **CONCLUSION**

Ce travail de recherche autour du renforcement des compétences clés des professionnels de la première ligne de soins en matière de promotion de la santé a débuté en septembre 2021 lors d'une discussion avec Mesdames Isabelle Aujoulat et Ségolène Malengreaux qui nous ont ainsi présenté le projet de recherche collaborative REFORM P<sup>2</sup> auquel elles participent. En effet, la FRB ayant constaté que la prévention et la promotion de la santé étaient peu intégrées dans les programmes d'études de base en sciences médicales, paramédicales, psychologie ou sciences sociale, le secteur francophone de la promotion de la santé et des membres de la Chaire interdisciplinaire de la première ligne se sont associés afin de répondre à un appel du Fonds Van Mulders-Moonens (géré par la FRB) en déposant conjointement un projet. La finalité du projet consiste à co-construire, valider et diffuser des recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnels de la première ligne de soins afin de répondre à la question *“quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation de la première ligne de soins ?”*. Notre mémoire contribue à répondre à la question de recherche du projet par l'analyse de la littérature et a pour objectif de répondre à une question de recherche générale *“ Comment renforcer les compétences clés des professionnels de la première ligne de soins en matière de promotion de la santé ? ”*.

Pour ce faire, nous avons élaboré deux méthodes de recherche distinctes mais complémentaires. Premièrement, nous avons choisi de réaliser une analyse comparative de différents référentiels de compétences. Cela nous a permis d'apprécier les complémentarités entre plusieurs référentiels métiers afin de répondre à question de recherche plus spécifique **« de quelle manière les compétences clés nécessaires à la pratique de la promotion de la santé par les professionnels de la première ligne de soins et du social sont incluses dans des référentiels métiers de la première ligne de soins et du social ? »**. Pour ce faire, nous avons réalisé une recherche qui nous a permis d'identifier un référentiel de compétences transversales en PPS, le « CompHP », ainsi que plusieurs référentiels de compétences destinés aux métiers de la première ligne de soins afin d'arriver à une analyse comparative de référentiels métiers. Deuxièmement, nous avons choisi de réaliser une synthèse de la littérature concernant des études d'implémentation de dispositifs de formation en PPS des professionnels de première ligne. Cela nous a permis d'apprécier ce qui a été effectivement mis en œuvre et d'explorer ce que nous apprennent les différentes expériences de formation des professionnels de la première ligne de soins de santé qui ont été publiés dans la littérature scientifique afin de répondre à question de recherche plus spécifique **« comment les compétences clés pour la promotion de la santé se développent-elles au travers de dispositifs de formation initiale ? »**. Pour ce faire, nous avons réalisé une synthèse de la littérature de type *scoping review*, et ce, à l'aide des lignes directives PRISMA afin d'arriver à une analyse descriptive approfondie de dispositifs pédagogiques de formation initiale et continue en PPS qui sont destinés au public ciblé. Nous pouvons donc observer une complémentarité entre les deux parties de ce mémoire écrit à deux, étant donné que l'une analyse ce qui est préconisé sur le plan théorique au niveau de la formation des professionnels de la première ligne de soins en PPS, et que l'autre réalise un état des lieux des études dans lesquelles des programmes de formation ont été implémentés et en se demandant comment les personnes de la première ligne de soins ont été formés à la PPS.

En conclusion, nous pouvons répondre à la question de recherche principale de ce mémoire en disant qu'il existe une grande variété de compétences clés spécifiques à la PPS qui peuvent être renforcées chez les professionnels de la première ligne de soins. Selon nos résultats, la compétence en matière de communication semble être essentielle dans ce contexte. L'utilisation d'un cadre de référence, tel que le CompHP, nous semble être une

plus-value dans la définition des compétences clés en PS lors de l'élaboration d'un référentiel de compétences en promotion de la santé pour les professionnels de la première ligne. En outre, les notions de collaboration, d'interdisciplinarité et de durabilité nous paraissent être essentielles pour renforcer les compétences clés des professionnels de la première ligne de soins en matière de promotion de la santé. Enfin, la volonté d'assurer un certain alignement pédagogique dans les apprentissages nous paraît également fondamental afin d'assurer la cohérence d'un enseignement et devrait, selon nous, avoir sa place au sein d'un référentiel de compétences en promotion de la santé pour les professionnels de la première ligne.

Les forces de ce mémoire écrit à deux résident dans le fait qu'il a été nourri par les réflexions amenées lors des différentes réunions et collaborations avec les différentes parties prenantes du projet REFORM P<sup>2</sup>.

Finalement, nous sommes conscientes que les résultats discutés au sein de ce mémoire ont pu être influencés par les mots-clés que nous avons utilisés pour nos recherches respectives et sont uniquement basés sur les informations disponibles dans les articles ou référentiels inclus dans notre recherche.

In fine, le « service learning » est une piste qui nous semble pertinente à explorer davantage pour le développement ou l'adaptation d'un référentiel de compétences en promotion de la santé pour les professionnels de la première ligne, adapté au contexte de la Fédération Wallonie- Bruxelles. Cette stratégie d'apprentissage nous paraît intéressante dans le contexte de ce travail étant donné qu'elle est efficace pour développer et renforcer un éventail de compétences en matière de PPS auprès de futurs professionnels de la santé.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## Ouvrages

- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Bruxelles, Belgique : De Boeck
- Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., & Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. PU MONTREAL. <https://doi.org/10.4000/books.pum.9969>
- Jouquan, J., Parent, F., Ketele, D. J., & Dumez, V. (2013). *Penser la formation des professionnels de la santé : Une perspective intégrative (1re éd.)*. DE BOECK SUP.
- Lorto, V. & Moquet M.J. (2009). *Formation en éducation pour la santé*. Saint-Denis : INPES.

## Articles

- Alami, H., Gagnon, M., Ghandour, E. & Fortin, J. (2017). La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation. *Santé Publique*, 29, 179-184. <https://doi.org/10.3917/spub.172.0179>
- Beebe, L. H., Elliott, L. M., Whitaker, H., & Gladson, C. (2021). In Our Own Words : Baccalaureate Nursing Students Describe Academic Service Learning Experiences. *SAGE Open Nursing*, 7, 237796082110109. <https://doi.org/10.1177/23779608211010960>
- Beebe, L. H., Mixer, S. J., Thompson, K., Davis, S., Elliott, L., Lakin, B., Bullard, T., Hurt, M., & Niederhauser, V. (2019). Transforming RN Roles in Community-Based Integrated Primary Care (TRIP) : Background and Content. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(4), 347353. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1553006>
- Bouyzem, M. & Moustakim, O. (2020). Approches d'évaluation du e-learning comme nouveau mode de formation continue au sein des entreprises. *Revue D'Etudes en Management et Finance D'Organisation*, 11. <https://revues.imist.ma/index.php/REMFO/article/view/24525/12988>
- Chang, L., Popovich, N. G., Iramaneerat, C., Smith, E. V., & Lutfiyya, M. N. (2008). A Clinical Nutrition Course to Improve Pharmacy Students' Skills and Confidence in Counseling Patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(3), 66. <https://doi.org/10.5688/aj720366>
- Daele, A. et Berthiaume, D. (2009). L'identification et la rédaction des objectifs pédagogiques. *Université de Lausanne, Centre de soutien à l'enseignement*. [https://www.unil.ch/files/live/sites/cse/files/shared/brochures/memento\\_objectifs\\_pedagogiques.pdf](https://www.unil.ch/files/live/sites/cse/files/shared/brochures/memento_objectifs_pedagogiques.pdf)
- Deschamps, J.P. (2003) Une « relecture » de la Charte d'Ottawa. *Santé Publique*, 15, 313-325. <https://doi.org/10.3917/spub.033.0313>
- Falk-Rafael, A. R., Ward-Griffin, C., Laforet-Fliesser, Y., & Beynon, C. (2004). Teaching Nursing Students to Promote the Health of Communities. *Nurse Educator*, 29(2), 6367. <https://doi.org/10.1097/00006223-200403000-00007>
- Florence, J., & Behringer, B. (2011). Community as Classroom. *Journal of Public Health Management and Practice*, 17(4), 316323. <https://doi.org/10.1097/phh.0b013e3182140be7>
- Gallant, S., Clerc, M., Gachoud, D., & Morin, D. (2011). Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 40-46. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0040>

- Harris, R., Kinsinger, L. S., Tolleson-Rinehart, S., Viera, A. J., & Dent, G. (2008). The MD-MPH program at the University of North Carolina at Chapel Hill. *Academic Medicine*, 83(4), 371377. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318166a848>
- Kahan, B., & Goodstadt, M. (2001). The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion : Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. *Health Promotion Practice*, 2(1), 43-67. <https://doi.org/10.1177/152483990100200110>
- Lambert, A. W., Johnson, T. L., Fox, M. W., & Wang, C. H. (2018). Enhancing Community Education Through Innovative Teaching Strategies in a Baccalaureate Nursing Program. *Journal of Nursing Education*, 57(4), 240-244. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180322-10>
- Legendre, M.F. (2001). Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation. *Revue de l'AQEFLS*, 23(1), 12-30. [Legendre.PDF \(aqefls.org\)](#)
- Massé, R (2001). Analyse anthropologique et étique des conflits de valeurs en promotion de la santé. *Education pour la santé et éthique, Séminaire international*, p.25-51. Doi : <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030163240>
- McIntosh, S., Block, R. C., Kapsak, G., & Pearson, T. A. (2008). Training Medical Students in Community Health : A Novel Required Fourth-Year Clerkship at the University of Rochester. *Academic Medicine*, 83(4), 357-364. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181668410>
- Meresman, S., Colomer, C., Barry, M., Davies, J.K., Lindstrom, B., Loureiro, I., & Mittelmark, M. (2006). A review of professional competencies in health promotion : European perspectives. *International Journal of Health Promotion and Education*, 44(3), 113-120. Doi : 10.1080/14635240.2006.10708081
- Michaud P.A., Teike-Luethi F., Clerc M., Gachoud D., Chapuis J., Allin A.C., Wagnières S. & Morin D. (2011). L'éducation interprofessionnelle pour tous... Une expérience de sensibilisation pour des étudiants vaudois en formation prégraduée. *Revue Médicale Suisse*, 7 2363-2365. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22232859/>
- Raphael, D. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15(4), 355-367. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.355>
- Reising, D. L., Shea, R. A., Allen, P. N., Laux, M. M., Hensel, D., & Watts, P. A. (2008). Using Service-Learning to Develop Health Promotion and Research Skills in Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 115. <https://doi.org/10.2202/1548-923x.1590>
- Richard, L., Torres, S., Tremblay, M. C., Chiochio, F., Litvak, R., Fortin-Pellerin, L., & Beaudet, N. (2015). An analysis of the adaptability of a professional development program in public health : results from the ALPS Study. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0903-3>
- Stagg, D. L., & McCarthy, J. (2020). Service learning : A method of instruction for community health content in nursing curriculums. *Teaching and Learning in Nursing*, 15(1), 9-11. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.07.005>
- Smith, P. S., & Jones, M. (2015). Evaluating an Online Family Assessment Activity : A Focus on Diversity and Health Promotion. *Nursing Forum*, 51(3), 204 210. <https://doi.org/10.1111/nuf.12139>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and

integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Tardif, J. & Dubois, B. (2013). De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacles, souvent infranchissables. *Revue française de linguistique appliquée*, XVIII, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rfla.181.0029>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Levin S., Godfrey C. M., Macdonald M. T., Langlois E. V., Soares-Weiser K., Moriarty J., Clifford T., Tunçalp Ö. & Strauss S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72 (1), p.10. Retrieved from [La littérature en santé : un concept critique pour la santé publique. \(santepubliquefrance.fr\)](http://www.santepubliquefrance.fr)
- Vanmeerbeek, M., Mathonet, J., Miermans, M. C., Lenoir, A. L., & Vandoorne, C. (2015). Prévention et promotion de la santé : quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires ? *La Presse Médicale*, 44(6), e211-e220. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.027>
- Woodard, L. J., Wilson, J. S., Blankenship, J., Quock, R. M., Lindsey, M., & Kinsler, J. J. (2011). An Elective Course to Engage Student Pharmacists in Elementary School Science Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75(10), 203. <https://doi.org/10.5688/ajpe7510203>

## Sites web

- Claude, G. (2020). *La démarche inductive pour les étudiants : définition, méthodologie et exemple*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/demarche-inductive/>
- Delacroix, J. (2021, 14 mars). *Modèle d'évaluation d'une formation : Donald Kirkpatrick*. Jérôme Delacroix. <https://www.jeromedelacroix.com/modele-devaluation-dune-formation-donald-kirkpatrick/>
- Gall, E. (2021, 17 janvier). *Qu'est-ce que le modèle d'évaluation Kirkpatrick ?* City Formation Webmarketing. <https://city-formation.fr/la-pedagogie/quest-ce-que-le-modele-devaluation-kirkpatrick/>
- Healthy People. (s.d.). *Centers for Diseases Control and Prevention*. [https://www.cdc.gov/nchs/healthy\\_people/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/index.htm)
- Institut de formation de l'Éducation nationale. (s.d.). *Référentiel de compétences - IFEN*. <https://ssl.education.lu/ifen/referentiel-de-competences4#:~:text=Le%20r%C3%A9f%C3%A9rentiel%20de%20comp%C3%A9tences%20vous%20permet%20de%20cibler,sont%20indissociables%20de%20vos%20comp%C3%A9tences%20et%20qualit%C3%A9s%20personnelles>
- Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. (s.d.). *Le référentiel de compétences des métiers du professorat et de l'éducation*. <https://www.education.gouv.fr/le-referentiel-de-competences-des-metiers-du-professorat-et-de-l-education-5753>
- Muller, I. (2018). *Les limites de l'organisation de la première ligne de soins*. Fédérations des Maisons Médicales. <https://www.maisonmedicale.org/Les-limites-de-l-organisation-de-la-premiere-ligne.html>

- PHPAdmin, B. (2020, août 25). *Comment maintenir les comportements de santé à long terme ?* La psychologie de la santé pratique. <https://practicalhealthpsychology.com/fr/2020/08/how-to-maintain-health-behaviours-long-term/>
- Politiques de promotion de la santé | AVIQ. (s. d.). Agence pour une vie de qualité. <https://www.aviq.be/fr/sensibilisation-et-promotion/promotion-de-la-sante/politiques-de-promotion-de-la-sante>
- Salinas, T. (2021, 23 décembre). *L'évaluation en Formation : le modèle Kirkpatrick*. CSFC-Fédération.org. <https://csfc-federation.org/blog/modele-kirkpatrick/>
- Université de Lorraine. (s. d.). *Formuler des objectifs d'apprentissage*. <https://sup.univ-lorraine.fr/formuler-des-objectifs-dapprentissage/>
- UCLouvain. (s. d.). *Enseignement et formation en promotion de la santé et prévention*. <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/formation-et-enseignements-de-la-promotion-de-la-sante.html>

## Rapports

- Battel-Kirk, B. & Barry, M.M. (2009). *Testing the feasibility of implementing a pan-European framework for health promotion accreditation*. IUHPE Research Report Series. 4(1)
- Be.hive - Chaire Interdisciplinaire de la première ligne. (2020, février). *Un livre blanc de la première ligne en belgique francophone*. <http://www.be-hive.be/>
- Flajolet, A. (2008). *La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. p.1-17
- Réseau Emplois Compétences (2017), *Compétences transférables et transversales*. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/competences-transferables-transversales>
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé*. Association canadienne de santé publique. <https://www.cpha.ca/fr/vision-dune-culture-de-la-sante-au-canada-rapport-du-groupe-dexperts-sur-la-litteratie-en-matiere>
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra. (2012, janvier). *Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins - Une étude exploratoire dans les maisons médicales et wijkgezondheidscentra*. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=da151b345465b8e6JmltdHM9MTY1OTM3MzMwNCZpZ3VpZD00YWZkY2ExMy0xMjc3LTQxOWQtOTM2NS1kYjNiNDdkZWl2NGYmaW5zaWQ9NTE2Mg&pfn=3&hsh=3&fclid=9f13228c-11bb-11ed-bfa6-85c56e4a8065&u=a1aHR0cHM6Ly9kaXBvdC51bGluYWMuYmUvZHNwYWwNIL2JpdHN0cmVhbS8yMDEzLzEzMzcwMy8xL2ludGVyZGlzY2lwbGluYXJpdGUucGRm&ntb=1>

## Syllabus

- Aujoulat, I. (2020). *Place de la promotion de la santé (PS) dans la santé publique, historique, objets, valeurs de la PS*. Syllabus, Université catholique de Louvain, Diffusion Universitaire CIACO

## Appel à projet

- Fondation Roi Baudouin. (2021). *Appel à candidatures pour un projet de recherche 2021 Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?*. <https://www.kbs-frb.be/fr/fonds-van-mulders-moonens-mieux-ancrer-la-prevention-et-la-promotion-de-la-sante-dans-la-formation>

## Document de travail

- Boelen, Charles & Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé : document de travail / Charles Boelen. Organisation mondiale de la Santé.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67346>

## Thèses

- Cambon, L. (2012). *Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches "evidence based health promotion" : développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions* [Thèse de doctorat, Université de Lorraine]. HAL. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749646/document>
- Rosemberg, N. (2019). *La gestion des compétences en bibliothèque : une approche par les référentiels métiers* [Mémoire d'études, Université de Lyon]. Enssib. <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/notices/68852-la-gestion-des-competences-en-bibliotheque-une-approche-par-les-referentiels-metiers>
- Gourde, M-A. (2011). *L'effet d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur la personne sur la modification des attitudes des étudiants de trois différentes disciplines en contexte de soins et de services de première ligne* [Mémoire d'études, Université Laval]. CorpusUL. [https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od\\_3751::2ab13b2aef13f1faa567d12e7d176aa3](https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_3751::2ab13b2aef13f1faa567d12e7d176aa3)

## Référentiels de compétences

- Czabanowska, K., Shickle, D., Burazeri, G., Gershuni, O., Otok, R. & Azzopardi Muscat, N. (2020). *WHO-ASPHER competency framework for the public health workforce in the European Region*. Danemark : WHO Regional Office for Europe. Retrieved from WHO-ASPHER-Public-Health-Workforce-Europe-eng.pdf
- Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel - Université de Montréal (CIO-UdeM. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B. & Barry, M.M. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Paris : International Union of Health Promotion and Education (IUHPE). [https://www.researchgate.net/publication/236150975\\_The\\_CompHP\\_core\\_competencies\\_framework\\_for\\_health\\_promotion\\_handbook](https://www.researchgate.net/publication/236150975_The_CompHP_core_competencies_framework_for_health_promotion_handbook)

- Dury, C., Lafortune, L., Collin, J. & Duchêne, B. (2012). *Référentiel de compétences de la bachelière et du bachelier en soins infirmiers*. Haute Ecole de Namur-Liège-Luxembourg, Catégorie paramédicale
- Frank, JR., Snell, L., Sherbino, J. & Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.  
<https://studylibfr.com/doc/2122779/r%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-canmeds-2015-pour-les-m%C3%A9decins>
- Irigoien, M. Y., & Vargas, F. (2002). *Competencia laboral: manual, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo: Cinterfor- OPS.  
[https://issuu.com/rpcristina/docs/competencia\\_laboral\\_-\\_maria\\_irigoien](https://issuu.com/rpcristina/docs/competencia_laboral_-_maria_irigoien)
- L'Interfédé. (2015). *Référentiels de compétences transversales préparatoires aux métiers de services aux personnes* (Vol. 22). L'InterFédé.  
<https://www.interfedede.be/wp-content/uploads/2018/07/Referentiels-de-competences-transversales-preparatoires-aux-metiers-de-service-aux-personnes1.pdf>
- Lines, C. & Dunkley, R. (2016) Professional workforce development. *Healthcare Public Health : Ensuring sustainability and capability of health care public health across the system*. Solutions for Public Health. <https://www.sph.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/03/Healthcare-public-health-capability-in-England-March-2016.pdf>
- Martin, C. & Brahim, C. (2014). *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec*. Québec : INSPQ.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/1865>

### Bulletins mensuels

- HEC Montréal. (2019, août). *Cibler et formuler des objectifs d'apprentissage*. Coup de pouce pédagogique, 1. Consulté le 1 mai 2022, à l'adresse [https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup\\_de\\_Pouce\\_Pedagogique\\_1\\_Cibler\\_et\\_formuler\\_des\\_objectifs\\_d\\_apprentissage.pdf?\\_gl=1\\*oe2cmt\\*\\_ga\\*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..\\*\\_ga\\_FPW0B8V0CE\\*MTY1MTU3MDU1OS4xLjAuMTY1MTU3MDU1OS4w](https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup_de_Pouce_Pedagogique_1_Cibler_et_formuler_des_objectifs_d_apprentissage.pdf?_gl=1*oe2cmt*_ga*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..*_ga_FPW0B8V0CE*MTY1MTU3MDU1OS4xLjAuMTY1MTU3MDU1OS4w)
- HEC Montréal. (2019, décembre). *Dynamiser et rendre interactif son enseignement*. Coup de pouce pédagogique, 4. Consulté le 1 mai 2022, à l'adresse [https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup\\_de\\_Pouce\\_Pedagogique\\_4\\_Dynamiser\\_et\\_rendre\\_interactif\\_son\\_enseignement.pdf?\\_gl=1\\*1onp33z\\*\\_ga\\*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..\\*\\_ga\\_FPW0B8V0CE\\*MTY1MTU3MDU1OS4xLjEuMTY1MTU3MDg0Mi4w](https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup_de_Pouce_Pedagogique_4_Dynamiser_et_rendre_interactif_son_enseignement.pdf?_gl=1*1onp33z*_ga*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..*_ga_FPW0B8V0CE*MTY1MTU3MDU1OS4xLjEuMTY1MTU3MDg0Mi4w)
- HEC Montréal. (2019, septembre). *Assurer la cohérence et l'efficacité de son enseignement*. Coup de pouce pédagogique, 2. Consulté le 28 mai 2022, à l'adresse [https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup\\_de\\_Pouce\\_Pedagogique\\_2\\_Assurer\\_la\\_cohérence\\_et\\_l'efficacité\\_de\\_son\\_enseignement.pdf?\\_gl=1\\*dd9bc5\\*\\_ga\\*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..\\*\\_ga\\_FPW0B8V0CE\\*MTY1ODY0NjgzMS4xMi4xLjE2NTg2NDcwMDcuMA](https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup_de_Pouce_Pedagogique_2_Assurer_la_cohérence_et_l'efficacité_de_son_enseignement.pdf?_gl=1*dd9bc5*_ga*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..*_ga_FPW0B8V0CE*MTY1ODY0NjgzMS4xMi4xLjE2NTg2NDcwMDcuMA)
- HEC Montréal. (2020, février). *Évaluer les apprentissages des étudiants*. Coup de pouce pédagogique, 5. Consulté le 1 mai 2022, à l'adresse [https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup\\_de\\_Pouce\\_Pedagogique\\_5\\_Evaluer\\_les\\_apprentissages\\_des\\_etudiants.pdf?\\_gl=1\\*17yzirk\\*\\_ga\\*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..\\*\\_ga\\_FPW0B8V0CE\\*MTY1MTYwOTQxNC4yLjEuMTY1MTYwOTYwOC4w](https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Coup_de_Pouce_Pedagogique_5_Evaluer_les_apprentissages_des_etudiants.pdf?_gl=1*17yzirk*_ga*NzUwNTAxNDEuMTY1MTU3MDU1OQ..*_ga_FPW0B8V0CE*MTY1MTYwOTQxNC4yLjEuMTY1MTYwOTYwOC4w)

## Dossiers

- Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p. <https://www.fnes.fr/actualites-generales/onze-fondamentaux-en-promotion-de-la-sante-des-syntheses-theoriques>
- *Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel-le-s - Informations sur le projet*, 2021.
- *Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel-le-s - Informations sur l'équipe*, 2021.

## Glossaire

- Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. WHO/HPR/HEP/98.1. Genève. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Charte

- Organisation mondiale de la santé (2015). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [https://ossieg.ccas.fr/wp-content/uploads/sites/4/2015/11/Charte\\_ottawa\\_France.pdf](https://ossieg.ccas.fr/wp-content/uploads/sites/4/2015/11/Charte_ottawa_France.pdf)

## Fiche

- HELMo. (avril 2013). Rédiger des Acquis d'Apprentissage. *Développement pédagogique – Compétences, 1*. <https://www.helmo.be/Documents/Transversal/Profils/Enseignant/Cp4-Rediger-des-acquis-d-apprentissage-mai2013.aspx>



# **ANNEXES**

## Annexe 1 : Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur le projet

### **Fonds Van Mulders-Moonens**

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention :  
vers une articulation des approches dans la formation des  
professionnel·le·s

## **I. INFORMATIONS SUR LE PROJET**

- 1. Résumé**
- 2. Description du projet**
- 3. Budget**
- 4. Références**

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 1. Résumé

Du fait de leur proximité avec les patient·e·s et les citoyen·ne·s, les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins – tels que les médecins généralistes, les infirmier·ère·s et autres professions paramédicales ou sociales souvent actives au domicile des patient·e·s et exerçant parfois un rôle de coordination des soins – sont amené·e·s à développer des stratégies de promotion de la santé et de prévention en matière de santé (PPS), parfois difficiles à intégrer dans une pratique de soin. Le secteur francophone de la promotion de la santé et des membres de la Chaire interdisciplinaire de la 1<sup>ère</sup> ligne (Be.hive) se sont associés pour développer conjointement un projet qui rassemble leurs compétences respectives dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention en matière de santé et des soins de 1<sup>ère</sup> ligne.

L'objectif de notre projet est de **co-construire, valider et diffuser des recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins. Ces recommandations s'articuleront autour d'un référentiel de compétences et d'un ou plusieurs cahiers des charges opérationnels qui seront élaborés dans le cadre du projet. Elles comprendront également une attention aux facteurs contextuels et structurels propres à la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), territoire sur lequel nous mènerons la recherche.**

Notre projet met en œuvre une démarche collaborative encadrée par un modèle de gouvernance adapté de la sociocratie qui favorise l'intelligence collective au service de notre projet. Celui-ci est construit autour de 6 étapes, assorties de livrables spécifiques, et comprenant une préoccupation transversale pour des processus de valorisation et de dissémination des résultats de la recherche à toutes les étapes du projet : (i) Réaliser un état des lieux des connaissances actuelles en matière de compétences de PPS attendues chez les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soin (analyse de référentiels existants) et de pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en PPS (revue de la littérature internationale) ; (ii) Analyser les pratiques des formateurs/formatrices de dispositifs de formation continue et spécialisée en matière de PPS pour les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins en FWB ; (iii) Organiser un moment délibératif pour la co-construction d'un référentiel de départ ; (iv) Repérer les pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en matière d'enseignement de la PPS dans certaines filières de professions de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins en FWB ; (v) Identifier les leviers et contraintes structurels et contextuels à l'enseignement et à la formation de la PPS en FWB ; (vi) Discuter et valider les recommandations visant le renforcement de l'enseignement et de la formation de la PPS pour les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> de soins en FWB lors d'un moment délibératif.

**Au terme de notre projet, nous aurons renforcé les liens entre les acteurs/actrices de la PPS et les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins, développé une vision partagée de l'enseignement de la PPS aux professionnel·le·s en FWB et co-construit un ou des cahiers des charges ainsi que des recommandations opérationnalisables dans différents contextes pour l'enseignement et la formation de la PPS chez les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins.**

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 2. Description du projet

L'appel à projets du Fonds Van Mulders-Moonens constitue pour les professionnel·le·s de la promotion de la santé et des soins de 1<sup>ère</sup> ligne une invitation à investir en particulier l'axe 5 de la Charte d'Ottawa (1) – *La réorientation des services de santé* – par une attention particulière aux possibilités des personnes et au renforcement de leurs ressources personnelles et de celles liées à l'environnement, par opposition à une attention focalisée sur les problèmes et les facteurs de risque. Cette réorientation nécessite de la part des professionnel·le·s de soins de 1<sup>ère</sup> ligne de développer et mobiliser des compétences pointues en matière d'information, sensibilisation, éducation et accompagnement. En préparation de la remise de ce projet, 5 réunions ont été organisées, incluant des professionnels actifs dans la formation, l'enseignement et/ou la recherche. Ces réunions ont permis de définir l'objectif du projet et ses étapes. Elles ont été l'occasion pour les partenaires de commencer à créer un espace de collaboration et de co-construction d'un savoir partagé pour mieux ancrer la promotion de la santé et la prévention en matière de santé (PPS) dans la formation des professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins.

#### Objectifs du projet

L'objectif de notre projet est de **co-construire, valider et diffuser des recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PPS dans la formation initiale et continue des professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins. Ces recommandations s'articuleront autour d'un référentiel de compétences et d'un ou plusieurs cahiers des charges opérationnels<sup>1</sup>. (2) Elles comprendront également une attention aux facteurs contextuels et structurels propres à la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), territoire sur lequel nous mènerons la présente recherche.** Grâce à une association entre le secteur de la promotion de la santé et la Chaire Be.hive<sup>2</sup>, la recherche sera menée par un consortium de partenaires représentant une diversité de disciplines et disposant de compétences et expériences diversifiées, en matière de pratique, de recherche et d'enseignement dans les champs des soins de 1<sup>ère</sup> ligne et de PPS. Cette étroite collaboration permettra véritablement de mettre en lien, voire de renforcer mutuellement la 1<sup>ère</sup> ligne et la PPS. Un·e scientifique sera spécifiquement engagé·e pour mener à bien ce projet.

#### Méthodologie

Notre projet s'inscrit dans une démarche de recherche collaborative dans le sens où l'exploration de l'objet de recherche (i.e. l'enseignement et la formation de la PPS auprès des professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins) conduit à la co-construction de savoirs par la création d'un lien étroit entre différents milieux de pratique. (3) Ainsi, ce projet de recherche repose sur une structure de gouvernance permettant de créer les conditions favorables à cette dynamique collaborative et d'intelligence collective. Cette structure de gouvernance sera précisée lors d'un *kick off meeting* avec les partenaires, mais ses grands principes sont exposés dans l'annexe *team information*.

La figure 1 ci-après représente le dispositif global de la recherche imaginé. Les méthodes qui seront mobilisées à chacune de ces étapes sont brièvement détaillées dans la partie suivante.

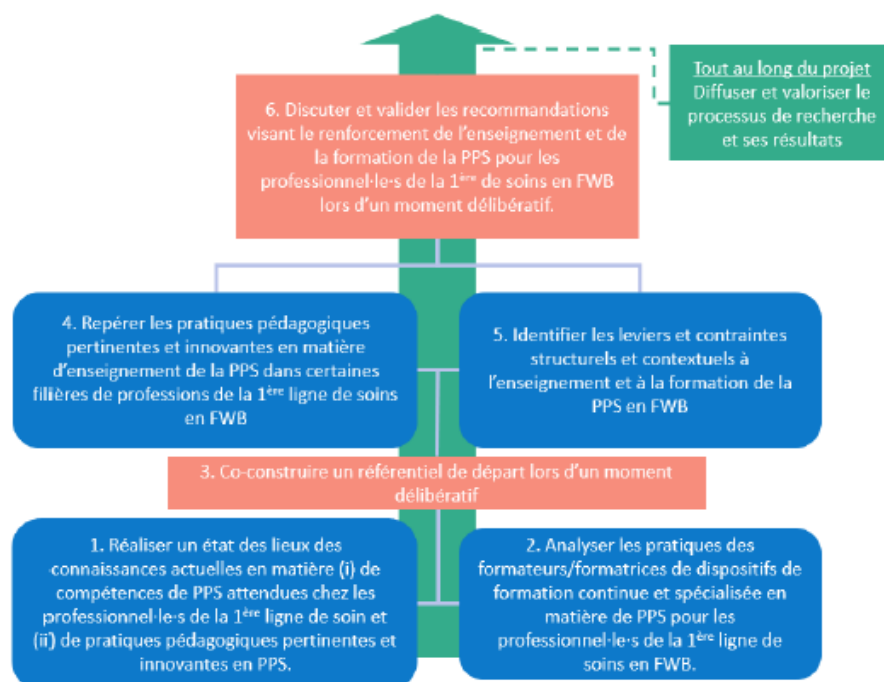
<sup>1</sup> Ces cahiers des charges comprendront au minimum (i) l'énoncé précis des acquis d'apprentissage qui seront retenus comme les plus pertinents ; le détail des thèmes et contenus à aborder en lien avec chaque acquis d'apprentissage ; (ii) les méthodes et stratégies d'apprentissage à mettre en œuvre, en fonction des acquis d'apprentissage visés et de la taille des groupes d'étudiants ; (iii) des suggestions concernant la durée, la fréquence et l'alternance de différentes méthodes et stratégies d'apprentissage ; (iv) des recommandations pour l'évaluation des acquis d'apprentissage.

<sup>2</sup> <https://www.be-hive.be/>

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

Figure 1 Dispositif global de la recherche



### Plan du projet et méthodes aux différentes étapes

- 1. Réaliser un état des lieux des connaissances actuelles en matière de (i) compétences de PPS attendues chez les professionnel-le-s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins et (ii) pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en PPS.**

À cette étape, des rapides états des lieux (4) se feront au travers d'une analyse de la littérature scientifique et grise l'une centrée sur les référentiels de compétences en PPS existants, tels que le CompHP (5), et l'autre sur les pratiques pertinentes et innovantes en matière d'enseignement et de formation en PPS au niveau international. Ces travaux seront initiés avant le début effectif du projet par la mobilisation de l'équipe du RESO au travers de sa mission de service de partage de connaissances en PPS<sup>3</sup>.

- 2. Analyser les pratiques des formateurs/formatrices de dispositifs de formation continue et spécialisée en matière de PPS pour les professionnel-le-s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins en FWB.**

Cette étape s'appuiera sur l'expertise des responsables des formations continues et spécialisées, témoins des besoins de formation exprimés par des professionnel-le-s déjà engagé-e-s dans des activités cliniques. L'objectif est de comprendre en réponse à quels besoins exprimés par les professionnel-le-s les dispositifs de formation continue ont été construits, pour la poursuite de quels objectifs, avec quelles méthodes et quels résultats d'évaluation ? Pour ce faire, des focus groupes seront réalisés avec des concepteurs de dispositifs de formation continue existants (identifiés selon une procédure d'échantillonnage « boule de

<sup>3</sup> <https://uclouvain.be/reso>

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

neige » au départ des réseaux et de l'expérience des partenaires du projet<sup>4</sup>), des responsables académiques des programmes de promotion de la santé au niveau master et des représentant·e·s des associations de patients participant au projet patients-formateurs au sein de la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS).<sup>5</sup> Les résultats de ces focus groupes (qui pourraient éventuellement être complétés d'observations des pratiques de formation) feront l'objet d'une analyse thématique inductive (6), afin de faire émerger une liste de compétences et de méthodes à inclure dans le référentiel pour l'enseignement de la PPS en étant attentifs à distinguer les compétences attendues au terme d'une formation initiale des compétences attendues au terme d'une formation continue en PPS. Cela renvoie à la notion de progressivité dans les apprentissages, tenant compte de la pratique clinique des professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne.

### 3. Co-construire un référentiel de départ lors d'un moment délibératif

Un moment de délibération (7) est prévu pour valider par consentement les termes d'un référentiel de compétences qui servira de cadre d'analyse pour les étapes suivantes du projet. La méthodologie de ce moment de délibération s'inspirera des méthodes d'intelligence collective et de croisement des savoirs telles que la méthode du forum ouvert. (8) La forme sera choisie avec les partenaires en temps voulu. Ce moment de délibération réunira l'ensemble des partenaires ainsi que d'autres parties prenantes invitées (politique, administration publique, pédagogue, ...). Le référentiel de compétences sur lequel nous nous serons mis d'accord au terme de ce moment constituera le cadre théorique de départ, nécessaire à l'analyse comparative des cahiers des charges existants, à l'étape suivante du projet. Cette 1<sup>ère</sup> version du référentiel évoluera tout au long du projet, en fonction des résultats émergents aux différentes étapes.

### 4. Repérer les pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en matière d'enseignement de la PPS dans certaines filières de professions de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins en FWB

#### 4.1. Sélection des filières et collecte des cahiers des charges à analyser

Dans un premier temps, les partenaires sélectionneront les filières (à titre indicatif, entre 3 et 5 filières seront sélectionnées) sur lesquelles nous nous pencherons. Cette sélection se fera à l'aide de critères tels que la complémentarité des filières choisies en termes d'environnement de travail (à domicile ou en cabinet) et du type d'enseignement (universitaire, Haute École ou autre). D'autres critères pourraient émerger lors de l'état des lieux. Plusieurs filières ont été nommées comme pertinentes par les partenaires lors de l'élaboration de ce projet : les métiers de l'aide et du soin à domicile, les assistants sociaux, les pharmaciens, les médecins généralistes et les kinésithérapeutes. Une fois les filières sélectionnées, les coordinateurs d'enseignement (doyens, etc.) de ces établissements seront contactés pour obtenir une liste des cours et des enseignant·e·s potentiellement concerné·e·s par l'enseignement de la PPS. Les cahiers des charges de ces cours seront ainsi récoltés.

#### 4.2. Analyse comparative des cahiers des charges collectés

Le référentiel élaboré au terme du premier moment délibératif servira de cadre théorique pour l'analyse de ces cahiers des charges, complété par des outils existants (9). Une attention particulière sera portée

---

<sup>4</sup> Nous nous reposerons notamment sur le travail de l'asbl Repères, partenaire du projet, qui organise des rencontres entre opérateurs de formation en Promotion de la Santé et a réalisé une analyse des besoins de support dans la formation en Promotion de la Santé pour la Région Bruxelloise. La note est téléchargeable [ici](#).

<sup>5</sup> Risques identifiés et stratégies de minimisation de ces risques : la méthodologie que nous prévoyons repose essentiellement sur la collaboration des coordinateur·trice·s d'enseignement pour identifier les formations les plus pertinentes. Au travers de cette méthodologie, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité. Cependant, cette stratégie est cohérente avec la démarche participative de notre projet dont découleraient des effets facilitant la dissémination et l'appropriation des résultats par les différentes parties prenantes. Si cette stratégie devait se révéler infructueuse, il pourrait être envisagé de procéder à un repérage plus exhaustif à partir des sites web des institutions identifiées.

## **Fonds Van Mulders-Moonens**

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

sur les acquis d'apprentissage, les méthodes d'enseignement et d'évaluation, ainsi que sur la place de ces cours dans le programme (nombre de crédits, années d'études, etc.). À titre de triangulation, des cahiers des charges de cours mis en œuvre dans d'autres pays, qui auraient été identifiés lors de l'étape 1, seront également analysés.

### **4.3. Entretiens avec les enseignant·e·s sélectionné·e·s sur base de l'analyse des cahiers des charges et analyse de ces entretiens**

Des entretiens approfondis (à titre indicatif : 3 entretiens par filière) seront organisés avec des enseignant·e·s dont le cahier des charges répondra aux critères de pertinence et de cohérence définis dans le référentiel initial (cf. étape 3) mais aussi qui s'en écartent. L'objectif de ces entretiens sera de comprendre les logiques derrière les choix et orientations pédagogiques des enseignant·e·s. Leur analyse permettra donc de documenter les pratiques d'enseignement pertinentes et innovantes, ainsi que les limites et contraintes perçues par les enseignant·e·s, et d'en analyser la transférabilité possible vers d'autres formations et professions. Dans le cadre de cette étape, le travail d'analyse des dispositifs pédagogiques innovants réalisé par la Chaire Be.hive (10) permettra de compléter notre compréhension de ce que représentent des pratiques d'enseignement pertinentes et innovantes pour la PPS. Au terme de cette étape, le référentiel de départ sera ajusté et précisé.

### **5. Identifier les leviers et contraintes structurels et contextuels à l'enseignement et à la formation de la PPS en FWB**

L'identification des parties prenantes de l'enseignement et de la formation en PPS sera réalisée en mobilisant les partenaires de la recherche et à l'aide des étapes précédentes de la présente recherche. Une fois ces parties prenantes identifiées, un échantillon des personnes à interviewer sera constitué (à titre indicatif : entre 10 et 15 entretiens) afin que chaque type de partie prenante soit représenté. Les parties prenantes suivantes ont d'ores et déjà été identifiées : les autorités, doyens et responsables d'enseignement universitaire et en Haute École, les concepteurs de formation continue en PPS en FWB, les décideurs/décideuses politiques, les Administrations Publiques et Organismes d'Intérêt Public en charge des matières de formation, des étudiant·e·s d'université et de Haute École, des participant·e·s à des formations continues en PPS et des usager·ère·s de services de santé. Ces entretiens auront pour objectif d'identifier les facteurs facilitants et les contraintes à prendre en compte lors de l'élaboration des recommandations finales de la recherche. Le référentiel de départ sera à nouveau ajusté et précisé au terme de cette étape.

### **6. Discuter et valider les recommandations visant le renforcement de l'enseignement et de la formation de la PPS pour les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> de soins en FWB lors d'un moment délibératif.**

Au départ des résultats générés aux étapes précédentes, les partenaires du projet co-construiront un ou plusieurs cahiers des charges pour l'enseignement et la formation de la PPS aux professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins, et des recommandations structurelles et contextuelles. Ces propositions de recommandations seront soumises à la discussion des parties prenantes (partenaires de la recherche et invité·e·s spécifiques) au cours d'un moment délibératif dont les objectifs seront de (i) discuter et valider ce ou ces cahiers des charges ; (ii) élaborer des recommandations pour la diffusion, la valorisation, l'accompagnement et l'évaluation de la mise en œuvre. À titre d'exemple, il pourrait y avoir un cahier des charges transversal présentant un socle de compétences communes aux différentes situations de formation, assorti de cahiers des charges plus spécifiques, en fonction de différentes filières ou suivant que l'on est en situation de formation initiale ou continue. Les recommandations structurelles et contextuelles pourraient porter sur les conditions nécessaires pour créer un environnement soutenant à

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

l'ancrage de la PPS dans les pratiques des professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne soins. Parmi ces conditions, pourrait figurer une offre de formation pour les enseignant·e·s désireux d'augmenter leurs propres compétences pédagogiques en matière d'enseignement de la PPS.

### Objectif transversal : Diffuser et valoriser le processus de recherche et ses résultats.

La qualité de la démarche collaborative dès le début du projet et de l'implication des décideurs/décideuses au niveau politique et des autorités compétentes au sein des institutions concernées sera déterminante pour le succès de l'appropriation et de la pérennisation des résultats du projet. Les modalités de valorisation des résultats du projet seront discutées avec l'ensemble des partenaires tout au long du projet et consolidées lors du moment de délibération final (cf. étape 6). Les échanges qui ont déjà eu lieu entre les partenaires pour élaborer ce projet ont montré l'intérêt commun et préexistant pour la formation et l'enseignement de la PPS. Nous pensons que le présent projet crée une opportunité de collaboration qui résonnera au-delà de ce projet sous des formes visibles (telles que des certificats, programmes de formation conjoints, dispositifs pédagogiques innovants, etc.) et moins visibles (telles qu'une déconstruction des représentations de ce qui fait santé, une motivation pour renforcer l'enseignement de la PPS, etc.). Une publication scientifique dans une revue indexée et en open access sera réalisée à l'issue du projet, ainsi que plusieurs publications professionnelles, ou encore des supports de partage des connaissances issues de cette recherche (tels que des webinars, capsules vidéo, infographies, guides, etc.).

## Planning

*Cf. page suivante*

## Résultats

Au terme de notre projet, nous aurons renforcé les liens entre les acteurs de la PPS et les professionnels de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins, développé une vision partagée de l'enseignement de la PPS aux professionnels en FWB et co-construit un ou des cahiers des charges ainsi que des recommandations opérationnalisables dans différents contextes pour l'enseignement et la formation de la PPS chez les professionnel·le·s de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins en FWB. D'autres livrables intermédiaires sont prévus (cf. tableau ci-dessous).

| Période | Livrables attendus   |
|---------|--|
| M4      | Une synthèse de la littérature sur les pratiques pertinentes et innovantes ainsi qu'une comparaison de référentiels de compétences existants en PPS.   |
| M6      | Un inventaire des dispositifs de formation continue et spécialisée en FWB et un rapport de l'analyse des focus groupes, avec des exemples de pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en FWB.  |
| M6      | Une version préliminaire d'un référentiel de compétences, en formation initiale et continue, adapté au contexte de la FWB.   |
| M9      | Un inventaire des formations initiales, spécifique aux filières choisies, qui proposent un enseignement en PPS aux futur·e·s professionnel·le·s de la 1 <sup>ère</sup> ligne de soins.   |
| M14     | Une synthèse des leviers et contraintes inhérents au contexte de la FWB, à prendre en compte dans la formulation des recommandations   |
| M16     | Un répertoire de pratiques pertinentes et innovantes en matière d'enseignement de la PPS aux niveaux national et international.  |
| M18     | Un référentiel de compétences ajusté en PPS et un ou des cahier(s) des charges opérationnalisable(s) dans différents contextes de formation, assorti(s) de recommandations co-construites pour diffuser, valoriser, accompagner et évaluer leur mise en œuvre. |

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

|   | oct-21 | nov-21 | déc-21 | janv-22 | févr-22 | mars-22 | avr-22 | mai-22 | juin-22 | juil-22 | août-22 | sept-22 | oct-22 | nov-22 | déc-22 | janv-23 | févr-23 | mars-23 | avr-23 | mai-23 | juin-23 |  |
|---|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|--|
| Kick-off meeting entre les partenaires.   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 1. Réaliser un état des lieux des connaissances actuelles en matière de (i) compétences attendues et (ii) de pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en PPS. |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 2. Analyser les pratiques des formateurs/formatrices de dispositifs de formation continue et spécialisée.   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 3. Co-construire un référentiel de départ lors d'un moment délibératif.   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 4. Repérer les pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en matière d'enseignement de la PPS dans certaines filières.  |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 4.1. Sélection des filières et collecte des cahiers des charges à analyser  |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 4.2. Analyse comparative des cahiers des charges collectés.   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 4.3. Entretiens avec les enseignant-e-s sélectionné-e-s sur base de l'analyse des cahiers des charges et analyse de ces entretiens.                                   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 5. Identifier les leviers et contraintes structurels et contextuels à l'enseignement et à la formation de la PPS en FWB.  |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| 6. Discuter et valider les recommandations stratégiques et opérationnelles.   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| Diffuser et valoriser le processus de recherche et ses résultats.   |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| Diverses présentations du processus de la recherche et de ses résultats.  |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |
| Publication des résultats dans des revues professionnelles et dans un journal scientifique en open access.  |        |        |        |         |         |         |        |        |         |         |         |         |        |        |        |         |         |         |        |        |         |  |

- Pour ces étapes, la personne engagée pour le projet sera sous la supervision de l'ULiège et de l'HELb
- Pour ces étapes, la personne engagée pour le projet sera sous la supervision du RESO
- Pour ces étapes, la personne engagée pour le projet sera sous la supervision de PSMG
- Étapes non financées par le Fonds mais mises en œuvre dans le cadre du projet.

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 3 Budget

| Dépenses anticipées   |                    | Coût réel du projet  |                     |
|---|--------------------|--|---------------------|
| Frais de personnel  |                    | Frais de personnel   |                     |
| 0,75 ETP sur 18 mois (2 ans d'ancienneté)                                       | 79.300,00 €        | Estimation du temps de travail et de son coût, dédié au projet au sein des équipes partenaires* :<br>0,4 au total pour l'ensemble des membres de l'équipe de recherche (4*0,1ETP)<br>0,2ETP au total pour l'ensemble des partenaires du projet<br>0,1ETP pour le support administratif de l'UCLouvain<br>Soit un total estimé de 0,7ETP sur 18 mois. | 74.000,00 €         |
| Frais de fonctionnement   |                    | Contributions matérielles  |                     |
| Frais de déplacements   | 1.000,00 €         | Matériel de bureau (ordinateur, enregistreur, bureau, logiciel Nvivo,...) pris en charge par l'UCLouvain   | 1.000,00 €          |
| Frais d'organisation des ateliers de délibération                               | 5.000,00 €         | Publication Open Access pris en charge par l'UCLouvain   | 2.000,00 €          |
| Autres frais de fonctionnement (frais d'impression, frais de réalisation, etc.) | 1.000,00 €         | Formation continue de la personne engagée (en promotion de la santé, logiciel Nvivo, etc.)   | 500,00 €            |
| <b>Total intermédiaire</b>  | <b>86.300,00 €</b> | Support demandé au Fonds   | 99.245,00 €         |
| PAFG  |                    |  |                     |
| 15% du total intermédiaire  | 12.945,00 €        |  |                     |
| <b>Total des dépenses sur le budget sollicité</b>                               | <b>99.245,00 €</b> | <b>Total des coûts estimés du projet</b>   | <b>176.745,00 €</b> |

\*Montant calculé à partir du barème de la personnes engagée pour un total de 0,7ETP (0,4+0,2+0,1)

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 4 Références

- (1) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS : Genève ; 1986.
- (2) Leclercq, D. Concevoir le cahier des charges d'une formation et de ses évaluations, *Hygiènes*, XXVIII, n°5, 2020, pp.266-277.
- (3) Morrissette, J. « Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ? » *Nouvelles pratiques sociales*, volume 25, numéro 2, printemps 2013, p. 35-49.
- (4) Garritty C, Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, King VJ, Hamel C, Kamel C, Affengruber L, Stevens A. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *J Clin Epidemiol*. 2021 Feb;130:13-22.
- (5) Speller V., Parish R., Davison H., Zilnyk A., et les partenaires du projet CompH (2012). *Le manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé (version abrégée)*, UIPES, Paris.
- (6) Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence Based Nursing*, 3, 68-70. doi:10.1136/ebn.3.3.68
- (7) Gauvin F-P., Qu'est-ce qu'un processus délibératif ?, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, octobre 2009. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1192\\_ProcessusDeliberatif.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1192_ProcessusDeliberatif.pdf)
- (8) Fondation Nicolas Hulot pour la nature et l'homme, Démocratie participative : guide des outils pour agir. 2015 (mis à jour en 2021). <https://www.fondation-nicolas-hulot.org/democratie-participative-guide-des-outils-pour-agir-2/>
- (9) Beckers J., Paquay L., Coupremagne M., et al. Comment décrire et analyser un dispositif réputé professionnalisant ? Proposition d'un outil descriptif et interprétatif. *Document pédagogique*, 2002
- (10) Be.hive, Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone, Fondation Roi Baudouin – Fonds De Coninck. Février 2020 <https://online.fliphtml5.com/zzhif/brui/#p=1>

## Annexe 2 : Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention : vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·le·s - Informations sur l'équipe

### **Fonds Van Mulders-Moonens**

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention :  
vers une articulation des approches dans la formation des  
professionnel·le·s

## **II. INFORMATIONS SUR L'EQUIPE**

1. Préambule
2. Votre CV (promoteur du projet)
3. Composition de l'équipe de recherche
4. CV de chacun des membres de l'équipe de recherche
5. Liste des partenaires
6. Liste des publications

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### Préambule

La structure de gouvernance de ce projet s'inspire d'un mode de prise de décision et de gouvernance conceptualisé sous le terme de « sociocratie ».<sup>1</sup> Ce modèle permet à tous les membres de la collectivité d'exercer un pouvoir souverain sur la gestion de l'organisation ou du projet (dans notre cas, de la recherche). En ce sens, nous estimons que ce modèle de gouvernance est cohérent avec les valeurs et approches de promotion de la santé des populations. Cette structure sera précisée en début du projet de manière participative lors d'un *kick-off meeting*. Nous pouvons néanmoins en présenter les grands principes.

Nous retiendrons de ce modèle une structure en Cercles de Responsabilité. Les Cercles sont d'une part, autonomes pour remplir les mandats qui leur ont été attribués et d'autre part, interconnectés pour permettre l'atteinte de l'objectif du projet. Ces cercles seront définis en intelligence collective lors du *kick-off meeting*. À l'intersection de ces Cercles de Responsabilité, un Cercle de Gouvernance sera mis en place. Celui-ci sera responsable de l'articulation des différents cercles, sera attentif à ce que la structure de gouvernance permette à chacun et chacune d'exercer sa souveraineté et dans le cas contraire d'adapter la structure de gouvernance. Les membres de ce Cercle portent également la responsabilité de la réalisation effective de la recherche et de sa gestion administrative (telle que le processus de sélection de la personne engagée et la remise du rapport final en temps et en heure). La responsabilité de la gestion financière du projet revient cependant à l'UCLouvain (Pr. Isabelle Aujoulat, porte-parole du consortium de recherche). Le cercle de gouvernance représente « l'équipe de recherche » au sens de l'annexe « information sur l'équipe ». Les personnes faisant partie du cercle de gouvernance (et/ou leur suppléant) font également partie d'un ou plusieurs Cercles de Responsabilité. Nous retiendrons également l'idée de Chœur qui rassemble l'ensemble des partenaires de la recherche (un peu à l'image d'une assemblée générale) et d'autres partenaires. Le Chœur n'est pas un lieu de prise de décision, mais de consultation et d'harmonisation.

Mis à part le cercle de gouvernance, les cercles ne sont pas fermés et pourront être rejoints par de nouveaux partenaires en cours de recherche. En cas d'acceptation du projet, un accord de consortium sera rédigé entre les organisations du Cercle de Gouvernance pour préciser les aspects de confidentialité, de partenariat, de propriété intellectuelle et de supervision de la personne engagée.

À différentes étapes du projet, des collaborations seront nouées avec le ou les autres projets financés par le Fonds Van Mulders-Moonens, notamment pour la réalisation de l'état des lieux de la littérature et des pratiques pertinentes et innovantes, et pour échanger sur l'évolution de nos recherches respectives. Au cours de l'élaboration de notre projet, les prémices d'une collaboration avec le projet du consortium porté par UC Leuven-Limburg (UCLL)<sup>2</sup>, représenté par Sandra Martin (responsable du centre de recherche « Health Innovation »), ont ainsi déjà vu le jour. Dans l'éventualité où nos deux projets seraient retenus, nous avons par exemple identifié la possibilité de mutualiser nos efforts en matière de revue de la littérature à l'aide d'outils partagés tels qu'Endnote ou Teams. Nous avons aussi envisagé que nos équipes respectives soient représentées dans les moments clés de la vie de chacun des projets. Ainsi l'équipe du projet porté par l'UCLL pourrait être représentée dans le Chœur de notre structure et lors des moments de délibération pour partager leurs expériences et favoriser la dissémination des connaissances au-delà de la FWB.

---

<sup>1</sup> Buck J.A. & Endenburg G., « La sociocratie. Les forces créatives de l'auto-organisation », 2004

<sup>2</sup> Titre du projet : Bridging the reality gap: Een gapanalyse als brug tot state-of-the-art onderwijs in gezondheidsbevordering en ziektepreventie voor eerstelijnsprofessionals

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 1. Pr. Isabelle Aujoulat – Promotrice du projet

#### Formation professionnelle

Isabelle Aujoulat a un doctorat en sciences de la santé publique, défendu en 2007 à l'UCLouvain. Le sujet de sa thèse de doctorat portait sur l'*empowerment* des patients vivant avec une maladie chronique, dans une perspective de promotion de la santé. Avant de réaliser son doctorat et après avoir fait des études initiales en langues et gestion (diplôme de maîtrise obtenu à l'Université de Paris en 1990), Isabelle Aujoulat -tout en travaillant- s'est spécialisée en santé publique au travers de 3 diplômes complémentaires : un diplôme d'études supérieures spécialisées (niveau DEA) en gestion de projets de soins de santé dans les pays en développement (Université de Bordeaux, 1995), un diplôme interuniversitaires en santé publique, option politiques européennes de santé (Nancy I et Nancy II, 2000), et une licence en santé publique avec spécialisation en promotion de la santé et éducation pour la santé/éducation thérapeutique des patients (UCLouvain, 2001) . Son mémoire de fin d'études portait sur le développement de la promotion de la santé en milieu de soins.

#### Carrière professionnelle

Isabelle Aujoulat est professeure à l'UCLouvain, chargée de l'enseignement de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, depuis 2014. Elle a 30 ans d'expérience dans le champ de la santé publique et de la promotion de la santé, dans des contextes aussi variés que les ONG, l'hôpital, la consultance, et l'Université. Outre la promotion de la santé, elle enseigne les méthodes qualitatives de recherche et la psychologie de la santé. Elle coordonne plusieurs projets de recherche et a publié 80 articles dans des revues scientifiques ou spécialisées.

#### Soutiens financiers majeurs et prix reçus

Isabelle Aujoulat a reçu plusieurs financements sur les 7 dernières années, dont les plus importants pour des projets de recherche financés par la Fondation Louvain, la Fondation Roi Baudouin, le Fonds Houtman, Innoviris, et la Fédération bruxelloise des soins palliatifs. Elle a également obtenu plusieurs financements pour des doctorants (Fonds M-M Delacroix et UCLouvain : Action de recherche concertée, Fonds spéciaux de recherche et Conseil pour l'Action internationale).

Isabelle Aujoulat est en outre co-responsable académique (avec le Pr. William D'Hoore) du service universitaire de promotion de la santé (UCLouvain/IRSS-RESO, <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso>), qui est mandaté par la Cocof, l'AVIQ et l'ONE pour une mission de documentation et partage des connaissances en promotion de la santé. Le RESO est également service support en évaluation et en transférabilité dans le cadre du [Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022](#) en Région Bruxelles-Capitale.

*Le CV du Prof. Aujoulat se trouve à la fin de ce document.*

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

## 2. Composition du Cercle de Gouvernance

*Le cercle gouvernance se réunira régulièrement (à minima toutes les 8 semaines) pour favoriser l'articulation du travail des Cercles de Responsabilité et soutenir le travail de la personne engagée.*

### Team leader

Nom/prénom : Isabelle Aujoulat

Nom de l'organisation : Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) , UCLouvain

Rôle dans l'organisation : Professeure

Rôle dans le projet : Responsable administrative, financière et scientifique de l'ensemble du projet ; Interlocutrice vis-à-vis de la Fondation Roi Baudoin ; Co-Responsable de l'atteinte de l'objectif de la recherche plus spécifiquement en charge de la supervision de la personne qui sera engagée sur le projet pour les étapes 1 et 2 du projet.

E-mail : [isabelle.aujoulat@uclouvain.be](mailto:isabelle.aujoulat@uclouvain.be)

### Membres

Nom/prénom : Pétré Benoît

Nom de l'organisation : Département des Sciences de la Santé Publique, ULiège

Rôle dans l'organisation : Professeur

Rôle dans le projet : Co-Responsable de l'atteinte de l'objectif de la recherche et plus spécifiquement de la supervision de la personne qui sera engagée sur le projet pour les étapes 4 et 5, avec M D'Ans.

E-mail : [benoit.petre@uliege.be](mailto:benoit.petre@uliege.be)

Nom/prénom : D'Ans Pierre

Nom de l'organisation : Haute École Libre de Bruxelles (HELB), Be.hive

Rôle dans l'organisation : Responsable de l'unité de recherche de la HELB

Rôle dans le projet : Co-Responsable de l'atteinte de l'objectif de la recherche et plus spécifiquement de la supervision de la personne qui sera engagée sur le projet pour les étapes 4 et 5, avec M Pétré.

E-mail : [pierre.dans@helb-prigogine.be](mailto:pierre.dans@helb-prigogine.be)

Nom/prénom : Fonteyne Gaëlle

Nom de l'organisation : Promotion Santé et médecine Générale

Rôle dans l'organisation : Coordinatrice

Rôle dans le projet : Co-Responsable de l'atteinte de l'objectif de la recherche et plus spécifiquement de la supervision de la personne qui sera engagée sur le projet pour les étapes 6 et 3.

E-mail : [coordination@promosante-mg.be](mailto:coordination@promosante-mg.be)

*Un statut de collaboratrice scientifique à l'UCLouvain sera demandé pour Mme Fonteyne le temps de la recherche.*

Nom/prénom : Malengreaux Ségolène

Nom de l'organisation : Service universitaire de Promotion de la Santé, RESO/IRSS, UCLouvain

Rôle dans l'organisation : Chercheuse

Rôle dans le projet : Co-Responsable de l'atteinte de l'objectif de la recherche et plus spécifiquement de la bonne gouvernance au sein du projet.

E-mail : [segolene.malengreaux@uclouvain.be](mailto:segolene.malengreaux@uclouvain.be)

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

À titre informatif :

Le **Service universitaire de Promotion de la Santé UCLouvain/IRSS-RESO, opérateur de promotion de la santé en FWB**, se veut être une interface entre les savoirs scientifiques, expérientiels et politiques en matière de promotion de la santé afin que les interventions et décisions visant à améliorer la santé des populations reposent sur les connaissances disponibles, voire sur les données probantes.

La Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, **Be.hive**, met en réseau trois universités, trois hautes écoles, des représentants des usager·ère·s de soins de santé et du public, professionnels, managers et politiques pour le développement d'une première ligne d'aide et de soins forte et efficace en Belgique francophone.

**Promo Santé Médecine Générale (PSMG)** est une association visant à soutenir et accompagner la démarche de promotion de la santé et de prévention dans la pratique des médecins généralistes, en partenariat avec les acteurs/actrices de la santé : les usagers et usagères, les professionnel·le·s et les décideurs/décideuses.

Dès lors, le cercle gouvernance est donc composé de deux acteurs (PSMG et RESO) représentant plus spécifiquement le secteur francophone de promotion de la santé et de deux acteurs (ULiège et HELB) représentant la 1<sup>ère</sup> ligne de soins.

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 3. CV de chacun des membres du cercle de gouvernance

#### **Membre 1 : Pr. Pétré Benoît**

##### Formation professionnelle

Benoît Pétré a une maîtrise en Santé Publique à finalité Promotion de la Santé ainsi qu'une maîtrise en Sciences, technologies et santé. Il a obtenu son Doctorat en Santé Publique en 2016.

##### Carrière professionnelle

Sa carrière au sein de l'ULiège se caractérise par différentes positions : Professeur des Sciences de la Santé Publique (2017), Président du Conseil des Etudes du Master en Sciences de la Santé (2019) et Vice-Président du Département des Sciences de la Santé Publique (2019).

##### Soutiens financiers majeurs et prix reçus

Financements SOLIDARIS, ONE, INAMI, Fondation Roi Baudouin, Financement européen FEDER et Région Wallonne, Financement FEDER, EUREGIO

#### **Membre 2 – Dr. Pierre D'Ans**

##### Formation professionnelle

Pierre D'Ans est Ingénieur Civil, diplômé de l'ULB en 2004 et également chercheur. Il exerce aussi en qualité d'enseignant dans le supérieur. Il a obtenu sa thèse de Doctorat en Sciences de l'Ingénieur en 2009 à l'ULB.

##### Carrière professionnelle

Il est depuis 2019 responsable de l'Unité de recherche de l'HELB. Il a été chargé de recherche au sein de l'École Polytechnique de Bruxelles de 2009 à 2019. Il a également été professeur invité, puis maître assistant et chargé de cours.

##### Soutiens financiers majeurs et prix reçus

Membre de Be.hive (fond Daniël De Coninck) ; projet FORMPAL (FBSP).

Hors domaine de la santé : 3 millions d'euros de fonds obtenus (bailleurs divers)

#### **Membre 3 – Gaëlle Fonteyne**

##### Formation professionnelle

Gaëlle Fonteyne est licenciée en Information et Communication à l'Université de Liège en 2001, elle a également un DES en Gestion du Développement ainsi qu'un Master en santé publique. Elle détient également un Certificat d'université en management des associations sans but lucratif.

##### Carrière professionnelle

Coordinatrice de l'ASBL Promo Santé & Médecine Générale depuis 2018, elle a également une expérience de terrain en tant qu'assistante technique et collaboratrice dans un partenariat en RDC. Anthropologue de formation, elle travaille plus particulièrement sur les questions de Santé (Santé publique, Droit à la santé, Promotion de la Santé, lutte contre les discriminations), de Genre et de Participation communautaire, en tant que chercheuse et coordinatrice de projet, en Belgique et en RDC. Son parcours est riche d'expériences en tant que professeure

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

invitée, chercheuse ou coordinatrice de projet auprès de différentes associations et universités (ASBL Sophia, APEFE).

### Soutiens financiers majeurs et prix reçus

Financement de PSMG comme opérateur du Plan Stratégique de Promotion de la santé et comme opérateur de promotion de la santé en Région wallonne

## **Membre 4 – Ségolène Malengreaux**

### Formation professionnelle

Diplômée en 2013 en Sciences politiques à l'ULB et à la VUB, Ségolène Malengreaux a également obtenu un Master de santé publique à finalité promotion et éducation de la santé à l'ULB en 2015. Elle entreprend actuellement un doctorat en Science de la Santé publique à l'UClouvain.

### Carrière professionnelle

Elle est assistante de recherche au service universitaire de Promotion de la Santé UClouvain-IRSS-RESO ainsi que représentante du RESO à la Fédération bruxelloise de promotion de la santé et à l'AG du Centre Bruxellois de promotion de la Santé depuis 2016. Elle a également été chargée de projets à l'ASBL Educa-Santé, spécialisée en prévention des traumatismes et en promotion de la sécurité.

### Soutiens financiers majeurs et prix reçus

na.

*Les CV des membres du Cercle de Gouvernance se trouvent à la fin de ce document.*

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 4. Liste des membres des Cercles de Responsabilité et du Chœur

*Toutes les personnes citées ci-dessous ont participé à l'élaboration du projet lors des cinq réunions de concertation qui ont eu lieu entre juin et septembre 2021.*

#### Membres des cercles de responsabilité

Les missions de ces cercles et leur composition seront précisées lors du kick-off meeting avec l'ensemble des partenaires. Les membres des cercles de responsabilité sont considérés comme des co-chercheurs/co-chercheuses et contribuent donc à la définition des grandes orientations du projet de recherche. Elles participeront aussi aux moments de délibération et contribueront à la dissémination des résultats de la recherche.

#### Partenaire 1

Nom/prénom : Dominique Werbrouck

Organisation : Repères

Rôle dans l'organisation : Formatrice

Adresse e-mail : dominique@reperes.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

#### Partenaire 2

Nom/prénom : Paul Preud'homme

Organisation : Repères

Rôle dans l'organisation : Formateur

Adresse e-mail : preudhomme@reperes.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

#### Partenaire 3

Nom/prénom : Jennifer Foucart

Organisation : ULB-Faculté des Sciences de la Motricité-Be.hive

Rôle dans l'organisation : Responsable de l'UR en Psychophysiology de la Motricité

Adresse e-mail : Jennifer.Foucart@ulb.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

#### Partenaire 4

Nom/prénom : Céline Prescott

Organisation : Cultures & Santé

Rôle dans l'organisation : chargées de projet - formatrice en promotion de la santé

Adresse e-mail : Celine.Prescott@cultures-sante.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

#### Partenaire 5

Nom/prénom : Maïté Cuvelier

Organisation : Cultures & Santé

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

Rôle dans l'organisation : chargées de projet - formatrice en promotion de la santé

Adresse e-mail : Maite.cuvelier@cultures-sante.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

### Partenaire 6

Nom/prénom : Christelle Senterre

Organisation : Educa Santé asbl

Rôle dans l'organisation : Chargée de projets promotion de la santé et de la sécurité

Adresse e-mail : projets1@educasante.org

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

### Partenaire 7

Nom/prénom : Thérèse Vandurme

Organisation : IRSS, UClouvain, Be.hive

Rôle dans l'organisation : Chercheuse

Adresse e-mail : therese.vandurme@uclouvain.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation aux Cercles de Responsabilité

## Membres du Chœur

Les membres du Chœur sont moins activement impliqués dans la définition des orientations de la recherche, mais portent un regard extérieur sur les avancées de la recherche (lors de 4 réunions sur les 18 mois du projet). Les membres du Chœur participeront aussi aux moments de délibération et contribueront à la dissémination des résultats de la recherche.

### Partenaire 8

Nom/prénom : Dominique Rozenberg

Organisation : Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)

Rôle dans l'organisation : Chargée de projets

Adresse e-mail : d.rozenberg@luss.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation au Chœur

### Partenaire 9

Nom/prénom : Jean-Christophe Servotte

Organisation : Henallux-Département paramédical, Be.hive

Rôle dans l'organisation : Gestionnaire de projets de recherche

Adresse e-mail : jean-christophe.servotte@henallux.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation au Chœur

### Partenaire 10

Nom/prénom : Bernadette Tayemans

Organisation : Fédération wallonne de promotion de la santé

Rôle dans l'organisation : Présidente

Adresse e-mail : bernadette@questionsante.org

Rôle dans le projet de recherche : Participation au Chœur

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### **Partenaire 11**

Nom/prénom : Bruno Vankelegom

Organisation : Fédération bruxelloise de promotion de la santé

Rôle dans l'organisation : Président

Adresse e-mail : bruno.vankelegom@f-q-s.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation au Chœur

### **Partenaire 12**

Nom/prénom : Marie-Pascale Minet

Organisation : Fédération des Maisons Médicales

Rôle dans l'organisation : Permanente politique promotion santé & soins infirmiers

Adresse e-mail : marie-pascale.minet@fmm.be

Rôle dans le projet de recherche : Participation au Chœur

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### 5. Sélection de publications des membres du cercle de gouvernance

Isabelle Aujoulat (<https://uclouvain.be/fr/repertoires/isabelle.aujoulat>)

- Dauvrin M. ; Schmitz O. ; Servais J., Cahier 1. Participate Brussel – Un projet collaboratif pour et par les Bruxellois. Haute École Léonard de Vinci – UCLouvain (2021)
- Leysen, B.; Schmitz, O. ; Aujoulat, I. ; Karam, M.; Van den Eynden, B. ; Wens, J. Implementation of Primary Palliative Care in five Belgian regions: A qualitative study on early identification of palliative care needs by general practitioners. *European Journal of General Practice*, 26 (1): 146-153 (2020).
- Dubois, A-C.; Schell, M.; Boland, M.; Gerrienne, H.; Javaux, A. ; Aujoulat, I. L'éducation thérapeutique des proches aidants : une réponse émergente aux besoins de répit des parents d'un enfant malade ou en situation de handicap Résultats d'une recherche participative en Région wallonne (Belgique). *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 12 (1) : 10203 (2020).
- Friedel, M. ; Aujoulat, I. Quel accès aux soins palliatifs pour les enfants porteurs d'une maladie chronique complexe en Belgique? *Revue multidisciplinaire d'oncologie et hématologie*, 14 (1) : 3 (2020).
- Friedel, M. ; Gilson, A. ; Bouckenaere, D.; Brichard, B. ; Fonteyne, C. ; Wojcik, T.; De Clercq, E. ; Guillet, A. ; Mahboub, A. ; Lahaye, M. ; Aujoulat, I. Access to paediatric palliative care in children and adolescents with complex chronic conditions: a retrospective hospital-based study in Brussels, Belgium. *BMJ Paediatrics Open*, 3 (1): e000547 (2019).
- Ricadat, E.; Schwering, K-L.; Fradkin, S.; Boissel, N.; Aujoulat, I. Adolescents and young adults with cancer: How multidisciplinary health care teams adapt their practices to better meet their specific needs. *Psycho-Oncology*, 28: 1576-1582 (2019).
- Ricadat, E.; Schwering, K-L.; Aujoulat, I.; Boissel, N. How can researchers and healthcare professionals better communicate? An example of a collaborative research conducted in an adolescent and young adult hematology unit [Entre soignants et chercheurs, quelle communication? Exemple d'une recherche-action menée dans un service d'hématologie pour adolescents et jeunes adultes]. *Psycho-Oncologie*, 12 (1) : 34-37. (2018)
- Aujoulat, I.; Dechêne, S.; Lahaye, M.. Non-disease Specific Health Promotion Interventions for Chronically Ill Adolescents in Medical Settings: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 6: 301 [1-8] (2018).
- Van den Broek, K.; Schmitz, O.; Friedel, M.; Aujoulat, I.; Wens, J. Opinions and attitudes about end of life care: A Belgian community study. 10th World Research Congress of the European Association of Palliative Care (Bern, Switzerland, du 24/05/2018 au 26/05/2018).
- Aujoulat I., Dufresne H., de Longchamp A., Joly A.-S. et Pélicand J. (2017), « Les enfants vivant avec une maladie chronique et leurs parents », In: Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs, Séminaire autour de quatre populations vulnérables, p. 30-32.
- Aujoulat I. (2017), « L'empowerment en santé », In: Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs, Séminaire autour de quatre populations vulnérables, p. 6.
- Martin, F. ; Aujoulat, I. Promouvoir la santé à l'hôpital. In: Breton, E., Manuel pédagogique francophone en promotion de la santé, EHESP: Rennes, p. 172-189. (2017)
- Aujoulat, Isabelle ; Mustin, Laurence ; Martin, Francois ; Pelicand, Julie ; Robinson, James. The application of salutogenesis to health development in youth with chronic conditions. In: Mittelmark

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

- M., Sagy S., Eriksson M., Bauer G., Pelikan J., Lindström B., Espnes G. A., *The Handbook of Salutogenesis.*, Springer International Publishing: Switzerland, 2017, p. 337-346. 978-3-319-04599-3. doi:10.1007/978-3-319-04600-6. <http://hdl.handle.net/2078.1/180313>
- Pélicand, J. ; Fournier, C. ; Le Rhun, A. ; Aujoulat, I. Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review. *Health Expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18 (3) : 303-311 (2015).
  - Fournier, C. ; Gautier, A. ; Mosnier-Pudar, H. ; Druet, C. ; Fagot-Campagna, A. ; Aujoulat, Isabelle. ENTRED 2007: Results of a French national survey on self-management education to people with diabetes... still a long way to go!. *Education Therapeutique du Patient*, 6 (1) (2014).
  - Aujoulat, I. ; Jacquemin, P. ; Rietzschel, E. ; Scheen, A. ; Tréfois, P. ; Wens, J. ; Darras, E. ; Hermans, M. Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, p. 141 (2014).
  - Aujoulat, I. ; Janssen, M. ; Libion, M-F ; Charles, A-S ; Struyf, C ; Smets, F ; Stéphenne, X ; De Magnee, C ; Sokal, E. ; Lerut, J. ; Ciccarelli, O. ; Reding, R. Internalizing motivation to self-care: a multifaceted challenge for young liver transplant recipients. *Qualitative Health Research*, 24 (3): 357-65 (2014).
  - Aujoulat, I. ; Deccache, A. ; Charles, A-S. ; Janssen, M. ; Struyf, C. ; Pélicand, J. ; Ciccarelli, O. ; Dobbels, F. ; Reding, R. Non-adherence in adolescent transplant recipients : the role of uncertainty in health care providers. *Pediatric Transplantation*, 15 (2): 148-156 (2011).
  - Fournier, C. ; Gautier, A. ; Attali, C. ; Bocquet-Chabert, A. ; Mosnier-Pudar, H. ; Aujoulat, I. ; Fagot-Campagna, A. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 42 – 43 : 460 - 464 (2009).
  - Fournier, C. ; Fagot-Campagna, A. ; Traynard, P-Y ; Mosnier-Pudar, H. ; Halimi, S. ; Varroud-Vial, M. ; Aujoulat, I. ; Gautier, A. Démarche éducative : comment les médecins la perçoivent-ils ? *Concours médical*, 131 (20) : 810-812 (2009).
  - Fournier, C. ; Fagot-Campagna, A. ; Traynard, P-Y ; Mosnier-Pudar, H. ; Halimi, S. ; Varroud-Vial, M. ; Aujoulat, I. ; Gautier, A. Démarche éducative: comment les médecins la perçoivent- ils ? : Résultats de l'étude ENTRED 2007. *Concours médical*, 131 (20) : 810 - 812 (2009).
  - Pélicand, J. ; Fournier, C. ; Aujoulat, I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualité et dossier santé publique*, 66 : 21-23 (2009).
  - Aujoulat, I. ; Marcolongo, R. ; Bonadiman, L. ; Deccache, A. Reconsidering patient empowerment in chronic illness : a critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine*, 66 (5): 1228-1239 (2008).
  - Aujoulat, I. ; Crispin, B. Du patient objet des soins au patient sujet de sa santé : dialogue autour des enjeux de l'éducation. *Perspective soignante*, 30 : 70-93 (2007).
  - Aujoulat, I. Enfants : mieux vivre avec une maladie ou un handicap. *La santé de l'homme*, 384 : 36-37 (2006).
  - Aujoulat, I. ; Simonelli, F. ; Deccache, A. Health promotion needs of children and adolescents in hospitals : a review. *Patient Education and Counseling*, 61 (1): 23-32 (2006).
  - Aujoulat, I. ; Libion, F. ; Bois, H. ; Martin, F. ; Deccache, A. Communication difficulties of healthcare professionals and family caregivers of HIV infected patients. *Patient education and counseling*, 47 (3): 213-22 (2002).
  - Aujoulat, I. ; Martin, F. ; Deccache, A. Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé. *Santé de l'Homme*, 360 : 27-29 (2002).
  - Aujoulat, I. ; Le Faou, A L. ; Sandrin-Berthon, B. ; Martin, F. ; Deccache, A. Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support. *Patient education and counseling*, 45 (4): 245-54 (2001).

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

**Benoît Pétré** ([https://www.uliege.be/cms/c\\_9054334/fr/repertoire?uid=u211824](https://www.uliege.be/cms/c_9054334/fr/repertoire?uid=u211824))

- Kirkove, D. ; Voz, B. ; Pétré, B. Renforcer la première ligne de soins (Implémentation des principes liés à l'approche en santé communautaire dans les pratiques des structures de la première ligne en Belgique francophone). *Santé Conjuguée*, 96 : 7-9 (2021).
- Pétré, B. ; Margat, A. ; Crozet, C. Un appel aux recommandations pour l'enseignement de l'ETP en formation initiale des professionnels de santé regards croisés entre exploration de la littérature et avis des acteurs européens de l'ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 13 (1): #10202 (2021).
- Nguyen-Thi, P-L. ; Voyen, M. ; Bohme, P. ; Ziegler, O. ; Paridans, M. ; Pétré, B. Enquête sur le partenariat de soins auprès de patients et de professionnels de santé– Validation psychométrique d'outils de mesure. *Coummunication/poster*, Congrès de la SFSP, (Octobre 2021)
- Kirkove, D. ; Vos, B. ; Pétré, B. Implémentation des principes liés à l'approche en santé communautaire dans les pratiques des structures de la première ligne en Belgique francophone. *Communication*, Conférence pour la première ligne, évènement commun à la Chaire be.hive et l'Academie Voor de Eerste Lijn (Mai 2021)
- Paccoud, I. ; Baumann, M. ; Le Bihan, B. ; Pétré, B. ; Breinbauer, M. ; Böhme, P. ; Chauvel, L. ; Leist, A.K. Socioeconomic and behavioural factors associated with access to and use of Personal Health Records. *BMC medical informatics and decision making*, 21 (1) : 18p. (2021)
- Pétré, B.; Margat, A.; Crozet, C. Un appel aux recommandations pour l'enseignement de l'ETP en formation initiale des professionnels de santé regards croisés entre exploration de la littérature et avis des acteurs européens de l'ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 13: 10202. (2021)
- Dodion, H; Fallon, C.; PetitJean, M. et al. Evaluation de la mission de mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé - Rapport final. (2020).
- Pétré, B.; Margat, A.; Guillaume, M.; Gagnayre, R. Et s'il était temps de croire en la capacité des citoyens à s'investir dans les questions de santé ? *Éducation Santé*, 368 : 7-10 (2020).
- Odero, A.; Pongy, M.; Chauvel, L.; Vos, B.; Spitz, E.; Pétré, B.; Baumann, M. Core Values that Influence the Patient—Healthcare Professional Power Dynamic: Steering Interaction towards Partnership. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. (2020).
- Dodion, H.; Fallon, C.; Petit Jean, M.; Charlier, N.; Pétré, B.; Streel, S. Evaluation de la mission de mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé - Rapport final (2020)
- Alvarez Irusta, L. ; Belche, J-L. ; Biston, C. ; Buret, L. ; D'Ans, P. ; Defraigne, F. ; Delabye, K. ; Di Biagi, L. ; Jacquinet, T. ; Jamart, H. ; Ledoux, A. ; Macq, J. ; Mahieu, C. ; Mellier, J. ; Petré, B. ; Schetgen, M.; Scholtès, B. ; Thunus, S. ; van den Bossche, A. ; Van Noppen, R. ; Vanderhofstadt, Q. ; Voz, B. ; Van Durme, T. Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone, 116 p. (2020)
- Pétré, B.; Scholtes, B.; Voz, B.; Ortiz Halabi, I.; Gillain, N.; Husson, E.; Guillaume, M.; Bragard, I. L'approche patient partenaire de soins en question. *Revue Médicale de Liège* (2018)
- Pétré, B.; Gagnayre, R.; De Andrade, V.; Ziegler, O.; Guillaume, M. From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of healthcare professionals. A pragmatic approach to defining competencies and resources. *Patient Preference and Adherence*, 11: 603-617 (2017)
- Pétré, B. ; Ketterer, F. ; Vanmeerbeek, M. et al. Etude transfrontalière des besoins de formation en Education Thérapeutique du Patient souffrant de diabète et/ou d'obésité pour le personnel médical et paramédical : enquête par méthode du groupe nominal. *La Presse Médicale*, 10: e351-e361. (2016)
- Pétré B., Gagnayre R., De Andrade V., et al. L'attitude éducative comme objet d'apprentissage des formations en Education Thérapeutique des Patients : une approche exploratoire, [communication orale] 6ème congrès de la Société d'Education Thérapeutique Européenne SETE, 2016.

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

- Pétré B., Leclercq D., Gagnayre R., *et al.* Outil d'évaluation d'une formation en Education Thérapeutique du Patient. [Communication orale] 27ème colloque de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Evaluation en Education (ADMEE), 2015
- Pétré B., Ketterer F., Vanmeerbeek M., *et al.* Besoins de formation en éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète de type 2 et de l'obésité : Résultats d'une étude par groupes nominaux auprès des professionnels de santé. [communication orale] Congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, 2014.

### Pierre D'Ans

- Mahieu, C.; Di Biagi, L.; Defraigne, F.; Mellier, J.; Bengoetxea, A.; D'Ans, P.; Vanderhofstadt Q.; Schetgen M.; Foucart, J; "Conducting Research on Interprofessional Practices in Primary Care during a Health Crisis: Methodological Issues of A Collective Interdisciplinary Survey", Conférence pour la Première Ligne, 18-21/5/2021.
- Defraigne, F.; Di Biagi, L.; Vanderhofstadt, Q.; Mellier, J.; D'Ans, P.; Schetgen, M.; A. Bengoetxea, A.; Foucart, J.; Mahieu, C.; « Les institutions de soins primaires en période de covid 19 », Conférence pour la Première Ligne, 18-21/5/2021.
- Defraigne, F.; L. Di Biagi, L.; L. Buret, L.; Q. Vanderhofstadt, Q.; J. Mellier, J.; H. Jamart, H.; P. D'Ans, M. Schetgen, J. Macq, J.-L. Belche, G. Aubouy, S. Brisack, J. Foucart, A. Bengoetxea, T. Van Durme, C. Mahieu, « La Cascade des qualifications », Santé Conjuguee. 94:14-16 (2021).
- Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences (chap. 4), dans : L. Alvarez Irusta, J.-L. Belche, C. Biston, L. Buret, P. D'Ans, F. Defraigne, C. Mahieu *et al.*, « Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone (2020).
- Mahieu, C. ; Di Biagi, L. ; Vanderhofstadt, Q. ; Defraigne, F.; Mellier, J.; Lecocq, D.; Karam, M.; Spinnewinne, A.; Bengoetxea, A.; Foucart, J.; Schetgen, M.; D'Ans, P. Le Covid-19 en première ligne : la recherche interdisciplinaire BeHive sur les modalités de collaboration et sur les conditions de travail des soignants et des intervenants sociaux, Regards croisés sur les politiques de préparation et de lutte contre le Covid-19, École de santé publique/ULB, 17/12/2020.
- Zeller, Z.; Lavigne, C.; D'Ans, P.; Towa, E.; Achten, W. "Assessing the environmental performance for more local and more circular biowaste management options at city-region level". *Science of the Total Environment*, 25 : 140690. (2020)

### Gaëlle Fonteyne

- Approche interculturelle dans un projet d'amélioration des soins de santé aux victimes de violences sexuelles au Congo, in A.Heine et L. Licata (sous la direction de), *La psychologie interculturelle en pratiques*, 2019, Ed. Mardaga
- Hermann, J. ; Fonteyne, G. ; Nambuwa, R. Rapport d'enquête. Les transitions et les trajectoires des adolescentes et des jeunes femmes à l' « economic empowerment », SDD (2017).

### Ségoène Malengreaux

- Lambert, H ; Malengreaux, S. L'hésitation vaccinale : menace ou opportunité ? *Education Sante*, 37 : 3-6 (2021).
- Malengreaux, S. ; Lambert, H. ; Le Boulengé, O. ; Rousseaux, R. ; Doumont, D. ; Aujoulat I. Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? Etat des lieux de la littérature scientifique et grise. *Woluwe-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS/RESO*, 25 p. (2021)

## Fonds Van Mulders-Moonens

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

- Malengreaux, S. ; Doumont, D ; Aujoulat, I. L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques, Woluwe-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO (2020)
- Malengreaux, S. ; Peeters M. D'une mindmap papier a une mindmap digitale : un outil de diffusion pour des connaissances partagées, Education Sante, n°354 : 14-15(2019)
- Malengreaux, S. ; Peeters, M. Pour mieux comprendre les raisons d'être des Rencontres « Ensemble pour la santé – Samen voor gezondheid ». Education Santé, 354 : 12-13 (2019)
- Malengreaux, S. Tirez votre plan ! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la sante en Flandre, en France, au Quebec et en Suisse ; Education Sante, n°341 (2018)
- Malengreaux, S. Une analyse de « Plans » pour promouvoir la sante en Flandre, en France, au Québec et en Suisse », Woluwe-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO (2017)
- Malengreaux, S. ; Doumont D. Lorsque les ondes électromagnétiques s'invitent à l'école : les effets sur la santé ? Woluwe-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO, (2017).

## Annexe 3 : Appel à candidatures pour un projet de recherche 2021 – Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

### Fonds Van Mulders-Moonens

#### Appel à candidatures pour un projet de recherche 2021

Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage  
de la prévention et de la promotion de la santé  
dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ?

#### Contexte

Dans sa vision des soins primaires<sup>1</sup>, l'OMS indique que ceux-ci ont trois objectifs prioritaires :

- répondre aux besoins (physiques, mentaux et sociaux) de santé des gens par des soins globaux, protecteurs, préventifs, curatifs, réhabilitants et palliatifs tout au long de la vie, en accordant une priorité stratégique aux services de santé essentiels destinés aux particuliers et aux familles au moyen de soins de première ligne ;
- s'attaquer systématiquement aux déterminants plus larges de la santé, y compris les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, en plus de caractéristiques et de comportements individuels ;
- donner à des individus, des familles et des communautés les capacités pour optimiser leur santé, comme défenseurs de politiques de promotion de la santé et du bien-être, comme co-concepteurs de services sociaux et de santé et comme aidants proches et responsables de leur propre santé.

Au cœur de ces soins, on retrouve donc la prévention et la promotion de la santé. Elles sont essentielles pour donner aux gens la capacité et les moyens pour prendre davantage leur santé en mains et pour l'améliorer. Elles peuvent mettre l'accent tant sur les comportements individuels que sur un large éventail d'interventions sociales et environnementales. La récente crise sanitaire liée au coronavirus a démontré, s'il fallait encore le faire, toute l'importance de l'action sur les déterminants de santé collectifs, politiques et institutionnels ainsi que des actions de prévention et de promotion des comportements de santé.

Pourtant, il suffit de regarder les grilles horaires des cursus de base en sciences médicales, paramédicales, psychologie ou sciences sociales pour remarquer que la prévention et la promotion de la santé sont peu présentes. Beaucoup de professionnels de la santé de la première ligne accusent donc un déficit de formation à ces concepts. Or, si l'on veut changer de paradigme et promouvoir une vision intégrée de l'ensemble du continuum de la santé (promotion de la santé, prévention, réduction des risques, accompagnement, soins, réhabilitation), c'est l'ensemble des professionnels de la première ligne qui doivent y être sensibilisés et formés. La promotion de la santé et le soin sont souvent vus comme relevant d'acteurs et professionnels différents et relèvent d'ailleurs de niveaux de pouvoirs

<sup>1</sup> A vision for primary health care for the 21st century', OMS, 2018



# Fonds Van Mulders-Moonens

différents, alors qu'ils doivent être envisagés dans ce continuum. Concrètement, Il serait utile d'intensifier l'intégration des concepts et des méthodologies relatifs à la prévention et la promotion de la santé dans les formations de base ou continue des professionnels de la première ligne.

## Objectifs

Par cet appel, le Fonds Van Mulders-Moonens vise à rencontrer deux objectifs principaux :

- 1) réaliser un cadastre et une analyse comparative de la manière dont la prévention et la promotion de la santé sont aujourd'hui intégrées dans les formations de base et continue des professionnels de santé de la première ligne<sup>2</sup>, en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles et Flandre) et à l'étranger ;
- 2) définir les stratégies pertinentes permettant de mieux intégrer de manière concrète à l'avenir la prévention et la promotion de la santé dans les formations de base ou continue des professionnels de santé de la première ligne, en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles et Flandre).

Les résultats de cette recherche devront permettre de disposer d'une vue globale de la maîtrise des concepts et méthodologies de prévention et de promotion de la santé par les professionnels de santé de la première ligne et proposer des recommandations pour renforcer leur maîtrise notamment via une amélioration des formations de base et continue.

## À qui s'adresse cet appel ?

Cet appel s'adresse aux différentes structures de recherche, universitaires ou non, et bureaux d'études actifs en Belgique dans la recherche en santé publique et en prévention/promotion de la santé.

Une collaboration avec des organismes de prévention/promotion de la santé ou des organisations de professionnels de la première ligne ou avec tout autre organisme pouvant apporter une plus-value dans le transfert ou la valorisation des résultats de recherches scientifiques constitue un plus pour le dossier de candidature.

---

<sup>2</sup> Un seul projet de recherche ne couvrira très probablement pas tous les métiers de la première ligne. Des projets spécifiques couvrant certaines professions (médecins généralistes, kinésithérapeutes, pharmaciens...) sont éligibles.

# Fonds Van Mulders-Moonens

## Critères de recevabilité

Pour pouvoir être pris en considération:

- le dossier de candidature devra être soumis exclusivement via le formulaire online se trouvant sur le site internet de la Fondation [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be);
- le dossier de candidature devra être rédigé en français pour les organisations francophones;
- l'organisation devra être établie et développer ses activités en Belgique;
- l'organisation devra posséder une personnalité juridique.

## Critères de sélection

Le Comité de gestion du Fonds analysera les dossiers de candidature sur la base des critères de sélection suivants:

- l'expertise de l'équipe de recherche (comprenant au moins un chercheur senior) et le fondement scientifique du projet de recherche ;
- la qualité des démarches méthodologiques envisagées ;
- l'implication des organismes de prévention/promotion de la santé et des organisations de professionnels de la première ligne dans le projet de recherche ;
- l'utilisation adéquate du montant du soutien ;
- l'engagement d'une démarche de publication des résultats visant un transfert vers le terrain (fédérations, sociétés scientifiques, universités, hautes écoles...), via notamment un plan de communication/diffusion aux acteurs de terrain.

## Qu'offre la Fondation ?

**180.000 € TTC** sont disponibles pour cet appel à candidatures.

Un ou plusieurs projets pourront être sélectionnés.

## Planning

- Lancement de l'appel: 09/05/2021
- Date limite d'introduction des dossiers de candidature: 27/09/2021
- Annonce des résultats: mi-novembre 2021



géré par la Fondation Roi Baudouin

Fondation d'utilité publique

RUE BREDERODE 21 - 1000 BRUXELLES

TÉL +32-2-511 18 40 WWW.KBS-FRB.BE INFO@KBS-FRB.BE

# Fonds Van Mulders-Moonens

## Contact

Pour toute information générale, vous pouvez appeler notre Contact Center :  
tél. 02/500 45 55 ou e-mail [contactcenter@kbs-frb.be](mailto:contactcenter@kbs-frb.be)

Pour toute information spécifique, vous pouvez prendre contact avec:  
Yves Dario au 02/549.61.73 ou via mail [dario.y@kbs-frb.be](mailto:dario.y@kbs-frb.be)

## Fondation Roi Baudouin

### Agir ensemble pour une société meilleure

*La Fondation Roi Baudouin a pour mission de contribuer à une société meilleure.*

*La Fondation est, en Belgique et en Europe, un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Elle cherche à maximiser son impact en renforçant les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises.*

*La Fondation Roi Baudouin est une fondation d'utilité publique. Elle a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.*

**Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.**

[kbs-frb.be](http://kbs-frb.be) Abonnez-vous à notre e-news [bonnescauses.be](http://bonnescauses.be)

Suivez-nous sur [Facebook](#) | [Twitter](#) | [YouTube](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram \(pictogrammes\)](#)



géré par la Fondation Roi Baudouin

Fondation d'utilité publique

RUE BREDERODE 21 - 1000 BRUXELLES

TÉL +32-2-511 18 40 WWW.KBS-FRB.BE INFO@KBS-FRB.BE

## Annexe 4 : Equations de recherche retenues sur PubMed

| Date       | Équation de recherche  | Nombre de résultats |
|------------|--|---------------------|
| 22-11-2021 | ("Health Promotion"[Mesh]) AND ("health Personnel"[Mesh]) AND ("Curriculum"[Mesh]) AND ((standards) OR ("Methods"[Mesh]))  | 54                  |
| 22-11-2021 | (("Health Promotion"[Mesh]) OR ("Primary Prevention"[Mesh])) AND ("health Personnel"[Mesh]) AND ("Curriculum"[Mesh]) AND ("Competency-Based Education"[Mesh])  | 11                  |
| 22-11-2021 | (("Health Promotion"[Mesh]) OR ("Primary Prevention"[Mesh])) AND ("health Personnel"[Mesh]) AND ("Curriculum"[Mesh]) AND ("Professional Competence"[Mesh])   | 48                  |
| 24-11-2021 | ("Professional Competence"[Mesh]) AND ("Health Education"[Mesh]) AND ("health Occupations"[Mesh]) AND ("Health Promotion"[Mesh]) AND ("Curriculum"[Mesh]) AND ("Students, Health Occupations"[Mesh]) | 24                  |

## Annexe 5 : Equations de recherche retenues sur Embase

| Date       | Équation de recherche   | Nombre de résultats |
|------------|---|---------------------|
| 24-11-2021 | ('health promotion'/exp) AND ('health care personnel'/exp) AND ('curriculum'/exp) AND ('standard'/exp) AND ('procedures'/exp) AND ('public health'/exp)                         | 2                   |
| 24-11-2021 | (('health promotion'/exp) OR ('primary prevention'/exp)) AND ('health care personnel'/exp) AND ('curriculum'/exp) AND ('teaching'/exp) AND ('learning'/exp) AND ('student'/exp) | 18                  |
| 24-11-2021 | (('health promotion'/exp) OR ('primary prevention'/exp)) AND ('health care personnel'/exp) AND ('curriculum'/exp) AND ('pedagogics'/exp)  | 4                   |
| 24-11-2021 | 'professional competence'/exp AND 'health promotion'/exp AND 'curriculum'/exp AND 'public health'/exp AND 'university'/exp)   | 2                   |
| 24-11-2021 | 'health promotion'/exp AND 'curriculum'/exp AND 'public health'/exp AND 'teaching'/exp)   | 22                  |

## Annexe 6 : Equations de recherche retenues sur CINAHL :

| Date       | Équation de recherche   | Nombre de résultats |
|------------|---|---------------------|
| 24-11-2021 | (MH "Health Promotion+") AND (MH "Health Personnel+") AND (MH "Curriculum+") AND (MH "Course content+") AND (MH "Health Policy+") AND ((MH "Teaching Methods+") OR (MH "Practice Guidelines"))              | 2                   |
| 24-11-2021 | ((MH "Health Promotion+") OR ((MH "Primary Health Care") OR ("primary prevention")))) AND (MH "Health Personnel+") AND (MH "Curriculum+") AND (MH "Education, Competency-Based")                            | 18                  |
| 24-11-2021 | ((MH "Health Promotion+") OR ((MH "Primary Health Care") OR ("primary prevention"))) AND (MH "Health Personnel+") AND (MH "Curriculum+") AND (MH "Colleges and Universities+") AND (MH "Teaching Methods+") | 14                  |
| 24-11-2021 | (MH "Health Promotion+") AND (MH "Curriculum+") AND (MH "Health Policy+") AND (MH "Teaching Methods+")  | 14                  |

