

Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne

Original use of a competence-based approach in formative supervision in Sub-Saharan Africa

Florence PARENT^{1,2}, Masserigne NDIAYE³, Yves COPPIETERS^{1,2}, Salif DEME³, Omar SARR⁴, Colette LEJEUNE^{2,5}, Dominique LEMENU^{2,5}, Jean-Marie DE KETELE⁶

Résumé *Contexte* : L'activité de supervision est un mode privilégié pour développer des outils d'identification des besoins de formation et d'évaluation basés sur une approche situationnelle des compétences. **Buts** : Présenter des résultats en terme de processus de construction, de création d'outils et de premières applications, d'une recherche innovante sur la mise en œuvre d'une logique d'approche par compétences en formation continue pour les professionnels de la santé ; illustrer les liens entre les expertises en ingénierie des compétences en provenance du monde de l'éducation avec celles de la santé publique. **Sujet/matériel** : Le cadre de référence pour la supervision formative s'est basé sur : 1) un terrain de recherche action au niveau de la région médicale de Diourbel au Sénégal ; 2) une modélisation systémique de la problématique ; 3) l'utilisation et l'adaptation au secteur de la santé d'une approche par compétences. **Résultats** : Des référentiels de compétences et bilans de compétences propres ont été construits pour deux profils de fonctions : médecin chef de district et infirmier chef de poste. L'activité de supervision permet une approche par compétences basée sur la logique de l'évaluation formative en situations professionnelles. **Discussion et conclusion** : Le référentiel de compétences assure une intégration globale et la plus exhaustive possible des activités et tâches attendues pour le profil professionnel analysé. Il permet une transposition didactique cohérente et continue à travers les dispositifs de formation et d'apprentissage. Les potentialités des outils élaborés sont multiples et le cadre de recherche action en matière d'innovation pédagogique dans le champ de la santé devrait être renforcé.

Mots clés Supervision formative ; référentiel de compétences ; bilan de compétences ; plans de formation ; formation continue des professionnels de santé ; innovation pédagogique ; ingénierie de la formation ; ressources humaines en santé.

Abstract *Context*: Supervision activity is a privileged way for the development of identification tools of needs for training and assessment, based on a situational approach of competences. **Objectives**: To present results in terms of a construction process, development of tools and first applications of an innovating research centred on the logic of a competence-based approach for health professionals' continuing development; to illustrate the links between expertises in engineering competences from the world of education and those from public health sector. **Subject/material**: A referential framework for the formative supervision was based on: 1) a field of research action in the Diourbel medical region in Senegal; 2) a systemic modelization of the problem setting; 3) the use and the adaptation of a competence-based approach to the health sector. **Results**: referential of competences and assessment of competences were elaborated for two functions: the District Head Medical Officer and the Head of post Nurse. The Supervision is used to develop a competence-based approach related on the logic of formative evaluation in professional situations. **Discussion**: The referential of competences assures a global and as exhaustive as possible integration of activities and tasks expected from the analysed specific professional profile. The referential allows a coherent and continuous "didactic transposition" through the training and learning process. The potential of these elaborated tools is multiple and the framework of action research in terms of pedagogical innovation should be reinforced.

Key-words Formative supervision; referential of competences; schedule of competences; on-going training; pedagogical innovation; engineering in training; human resources for health.

Pédagogie Médicale 2007;8:156-76

Introduction

Le rapport mondial de la santé 2006¹ rappelle l'importance accordée à la supervision formative comme moyen efficace pour guider la formation continue des professionnels de santé. Une telle approche est depuis longtemps prônée, dans le cadre des soins de santé primaires, comme une méthode à utiliser de façon prioritaire pour améliorer les pratiques professionnelles des agents de santé, notamment dans les districts et régions médicales en Afrique subsaharienne². Néanmoins, force est de constater que peu de projets ou de programmes ont recours à cette méthode comme modalité d'amélioration de la qualité des soins et des services, alors même que cette activité est à l'agenda de la plupart des plans opérationnels des régions et districts de santé. On constate de manière récurrente une dichotomie entre le discours et la pratique.

La supervision est une pratique d'accompagnement pédagogique qui se déroule individuellement, en petit groupe ou en équipe. Elle s'adresse à des personnes en formation ou à des professionnels. Le but de la supervision est l'amélioration des compétences professionnelles par la prise de recul, l'élucidation et l'analyse méthodique de situations professionnelles³. Dans cet article, on utilisera le terme de supervision formative ou d'évaluation formative, en considérant que ce qui compte est bien le mécanisme de *feedback* et de régulation des processus de formation^{4,5} propre à la dimension « formative » de la supervision. Au Sénégal, cette activité se déroule entre le médecin chef de district (MCD) et l'infirmier chef de poste (ICP), notamment dans le cadre du suivi des tâches relatives au paquet minimum d'activités. Ce sont en effet les postes de santé, services de premier échelon, qui ont la charge d'assurer certaines activités curatives, préventives et promotionnelles, définies en référence à des normes sanitaires à un niveau national. Les activités de supervision ne se limitent pas aux échanges entrent les MCD et ICP. Il existe une fonction de superviseur au niveau des régions médicales (RM) et au niveau des districts de santé (DS). Au Sénégal, on rencontre au niveau de la RM, une équipe importante de super-

viseurs, allant jusqu'à huit personnes, chacune en charge de superviser des activités spécifiques, relatives à un programme vertical ou à une stratégie nationale, tels que le programme national de lutte contre la mortalité maternelle, le programme élargi de vaccination ou les soins de santé primaires. Il existe ainsi 15 programmes verticaux ou stratégies nationales⁶.

Des travaux récents dans le cadre de la gestion des ressources humaines en santé en Afrique subsaharienne font apparaître l'intérêt de l'utilisation d'une approche par compétences (APC) dans la formation professionnelle pour le secteur de la santé^{7,8}. Certaines conclusions de ces travaux montrent qu'il est possible, moyennant l'appropriation et le développement d'une ingénierie de la formation par les acteurs de terrain, d'assurer une meilleure adéquation des activités de formation aux besoins des professionnels et systèmes de santé, ainsi qu'à ceux des populations. L'intérêt de s'appuyer sur une ingénierie pédagogique et de la formation, et plus particulièrement sur celle prenant en compte les compétences, est aujourd'hui mieux mesuré. Ceci n'est cependant pas suffisamment intégré dans le secteur de la formation en santé en Afrique subsaharienne. Il s'agit pourtant d'un terrain à privilégier pour ce type de développement. En effet, l'utilisation d'une APC participe au renforcement d'une logique de professionnalisation, notamment parce qu'elle donne un cadre de référence à la profession (à travers l'élaboration d'un référentiel de compétences⁹ qui détermine donc un profil de compétences) et qu'elle renforce la maîtrise des compétences en situations dans le cadre d'une approche situationnelle des compétences.

La définition de la compétence à laquelle on se réfère permet de mieux comprendre les finalités poursuivies. De nombreuses définitions du concept de compétences, existent, amenant des implications différentes et aussi des confusions. Actuellement on note une orientation de plus en plus précise du concept de compétences et on réalise mieux son implication pour les concepteurs des programmes de formation^{10, 11, 12, 13, 14}. La compétence, telle qu'elle a été développée dans les outils au Sénégal, fait

1- Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé, Ecole de Santé publique, Université Libre de Bruxelles (ULB), Bruxelles, Belgique

2- ARE@ Santé (Association pour le Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé), Bruxelles, Belgique

3- Région Médicale de Diourbel, Ministère de la Santé, Dakar, République du Sénégal

4- Coopération Technique Belge, Projet Appui à la Région Médicale de Diourbel (phase II)

5- Haute Ecole Léonard de Vinci, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI), Bruxelles, Belgique

6- Département d'Education, Université Catholique de Louvain (UCL), Belgique

Correspondance : Florence Parent, Université Libre de Bruxelles (ULB), Ecole de Santé Publique. Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES) - Route de Lennik 808 CP596 B.- 1070 Bruxelles (Belgique) Tel : +32 (0) 2 555 40 81. Mailto:florence.parent@ulb.ac.be

clairement référence à : « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations », selon la définition proposée par Tardif¹.

L'approche pédagogique développée dans l'expérience que nous rapportons fait ainsi explicitement référence au champ de l'ingénierie des compétences. Elle s'appuie également sur les différents postulats fondateurs du paradigme constructiviste et socio-constructiviste. En effet, il importe de comprendre que le changement envisagé ne concerne pas seulement l'accessibilité à des outils permettant d'améliorer la supervision formative, mais qu'il s'agit avant tout d'un changement de paradigme en termes de démarche de formation et de gestion des ressources humaines. Le constructivisme fait référence à un paradigme épistémologique de la connaissance : « chaque élève construit sa compréhension de la réalité à partir de ses propres perceptions. La connaissance ne se transmet pas à quelqu'un d'autre ; elle se construit activement par chacun et en chacun »¹⁴. Dans l'hypothèse constructiviste, c'est l'individu lui-même qui construit ses propres connaissances¹⁰.

Cet article présente les résultats, en termes de processus de construction, de méthodes de création d'outils et de premières applications, d'une recherche innovante sur la mise en œuvre d'une logique d'évaluation des compétences en formation continue pour les professionnels de la santé dans le contexte de la supervision formative au Sénégal. L'objectif est aussi de préciser les liens à développer entre les expertises en ingénierie pédagogique et celles en santé, qui devraient permettre de progresser de manière plus précise dans le développement d'outils pertinents et cohérents par rapport aux besoins en formation des systèmes et professionnels de santé en Afrique.

Méthodes et processus

L'élaboration d'un cadre de référence pour la formation continue et plus particulièrement pour la supervision formative s'est basé principalement sur trois éléments techniques et opérationnels : un terrain spécifique de recherche-action, une approche systémique et participative, une approche par compétences.

Le terrain de recherche-action

Le terrain de recherche-action est celui de la RM de Diourbel au Sénégal, dans le cadre d'un projet de coopération technique belge¹⁵. La problématique spécifique était d'établir des plans de formations intégrés dans les

plans opérationnels des districts de santé, qui soient en adéquation avec les besoins réels des populations et avec les compétences attendues des professionnels de santé.

L'approche systémique et participative

Nous avons utilisé une approche systémique et participative, selon le modèle PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Ecosystem Diagnosis and Evaluation*) de Green et Kreuter, qui a permis une modélisation de la problématique établie et le développement d'un processus de construction participative et représentative. Cette méthode permet d'analyser une problématique en tenant compte de sa nature multifactorielle et en structurant les déterminants contributifs en catégories. Ces catégories sont représentées par les acteurs et leurs comportements, les facteurs éducationnels ou motivationnels, les facteurs environnementaux, le domaine politique et administratif (facteurs institutionnels) et les variables sociodémographiques¹⁶. Chaque étape, depuis le diagnostic global de la problématique de la formation continue, en passant par l'élaboration des outils pédagogiques, jusqu'à celle de validation des productions, a respecté le principe de participation représentative des acteurs concernés par le changement dans le contexte donné. Ce double élément méthodologique, modélisation systémique de la problématique et approche participative, est essentiel en termes de vision de la complexité du changement d'une part, d'appropriation du processus par l'ensemble des acteurs et de gestion de la qualité d'autre part. C'est ainsi également que l'écart entre les connaissances, la recherche, l'action et sa mise en œuvre peut être diminué^{17, 18}. Le choix de travailler sur deux profils de compétences en même temps, celui du MCD et celui de l'ICP, a renforcé le conflit socio-cognitif et fait évoluer les débats. La méthode de construction des outils s'est entièrement basée sur un processus de co-construction de savoirs, en lien direct avec le paradigme du constructivisme et du socio-constructivisme. Au total, le processus a nécessité du temps pour l'analyse de la problématique, la construction des outils, le renforcement de l'utilisation des outils par le biais d'une formation de formateurs en pédagogies actives et APC, les échanges en réseau et le travail en atelier. L'expertise en ingénierie des compétences nécessaire à l'accompagnement pédagogique a totalisé une trentaine de journées en ateliers sur les deux années du projet. Le processus a ainsi permis l'appropriation de la méthode et d'un certain nombre de savoirs qui s'y réfèrent par une masse critique d'acteurs, représentés principalement par le personnel cadre de la RM et par des personnes clés d'autres institutions, dont les écoles de formation initiale et la direction des ressources humaines du ministère de la

santé. Le mécanisme de validation des outils provient à la fois du processus participatif interne au système à la RM, principalement, mais aussi de la mise en place de modalités de validation externe auprès d'experts et de personnes clés représentatives des acteurs concernés par la problématique de la formation et de la qualité des soins et services au Sénégal. Les outils ont également été prétestés dans le cadre du processus de validation.

L'approche par compétences

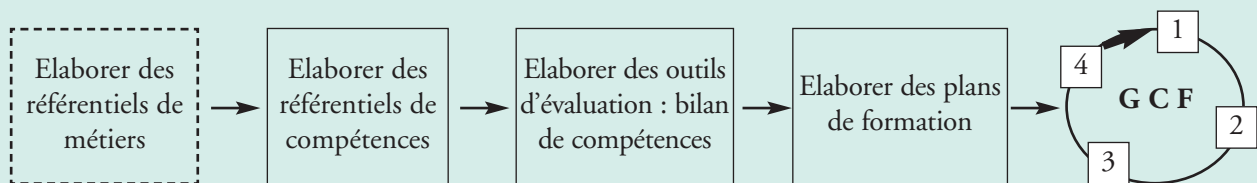
Nous avons développé une APC intégrant les aspects relatifs à l'ingénierie des compétences et à la professionnalisation^{19, 20}. Il importe de préciser que l'utilisation d'une approche situationnelle des compétences¹² a été adaptée au secteur de la santé sur la base d'une expertise et d'expériences acquises dans d'autres contextes⁷. En effet, des adaptations méthodologiques en lien avec les finalités et besoins du secteur de santé sont nécessaires. Plus particulièrement, une attention constante a été l'intégration, dès le départ, des normes sanitaires et/ou des programmes verticaux et des stratégies nationales au référentiel de métier ou de fonction²¹. Celui-ci est nécessairement complété par une récolte qualitative de données, centrée sur les pratiques professionnelles, en provenance des lieux d'exercices habituels de la profession. En effet, le référentiel de métier devrait refléter de façon exhaustive les fonctions, activités et tâches réellement effectuées par les professionnels dans leurs contextes à un moment donné et pas seu-

lement les normes prescrites. Ce n'est que par une récolte exhaustive de données, en lien avec la réalité professionnelle et organisationnelle, que le référentiel de compétences, élaboré à partir de ces différents ingrédients, pourra assurer son rôle de cadre de référence.

La figure 1 visualise chacune des étapes aboutissant à la gestion d'un cycle de formation dans le cadre d'une APC. On peut ainsi se rendre compte que le travail d'actualisation et d'exhaustivité du référentiel de métier n'est que la première étape d'un processus de construction d'outils et de formalisation d'une démarche de gestion de la formation. Le référentiel de métier va faire place à un référentiel de compétences (RC), qui lui-même va servir de cadre de référence pour l'élaboration des outils de bilans de compétences et de plans de formation. La gestion de cycle de formation (GCF) correspond à l'ensemble des étapes permettant de passer de l'analyse de situation (identification des besoins de formation), à la planification (élaboration des plans de formation), à la mise en œuvre (activités de formation et de supervision) et, enfin, à l'évaluation des acquis de la formation ou de la supervision.

Cet article est centré sur les résultats ayant trait au bilan de compétences en termes de présentation car c'est à partir de lui que la supervision formative peut prendre place. Nous avons choisi d'illustrer un seul profil de compétences, celui de l'infirmier, et une seule situation de supervision, celle de la supervision des ICP de santé de la RM de

Figure 1 :
Les étapes d'élaboration des outils d'évaluation et des plans de formation



G C F : gestion de cycle de formation

A P C : approche par compétences

1. **Analyser** les besoins de formation
2. **Planifier** la formation (Établir un plan de formation)
3. **Former** en utilisant les pédagogies actives et l'APC (Assurer les activités de formation)
4. **Evaluer** la GCF et la formation (résultats, effets et impact)

Concepts et Innovations

Diourbel. Néanmoins, un référentiel de compétences et des outils de bilans de compétences existent aussi pour le MCD de la RM de Diourbel au Sénégal.

Résultats

Comme précisé dans l'introduction, nos résultats concernent non seulement les outils et leur utilisation mais aussi le processus et la méthode de construction des bilans de compétences (Figure 1).

La transposition didactique d'un référentiel de métier²², dont on a vérifié l'exhaustivité, a été la première étape pour l'élaboration du référentiel de compétences de l'ICP. Elle a été établie selon la méthode préconisée par Charlier, notamment en ce qui concerne la catégorisation des savoirs en savoirs « cognitifs », « réflexifs », « procéduraux », « sociaux » et « psycho-affectifs »²³. Cette catégorisation est doublée d'une classification des verbes d'action selon leur degré de précision, afin de faci-

liter l'intégration de ceux-ci au niveau le plus pertinent dans le référentiel de compétences⁷. Le tableau 1 présente les compétences clés attendues de la part de l'ICP dans la RM de Diourbel au Sénégal.

Le référentiel de compétences est constitué des compétences clés déclinées en paliers de compétences, eux-mêmes précisés par des critères et des indicateurs. Au niveau épistémologique, la compétence englobe le concept de palier de compétence qui reflète en fait celui de capacité²⁴. Le tableau 2 permet de mieux comprendre comment une compétence se décline en paliers de compétences et en critères et indicateurs objectivables (ici il s'agit uniquement de présenter la compétence « *Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté* »).

Pour être complet, le référentiel de compétences exige un travail approfondi sur les familles et sous-familles de situations.

Tableau 1 :
Les compétences clés attendues de la part de l'infirmier chef de poste (ICP)

Compétence 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté.
Compétence 2. Analyser les situations individuelles, collectives et environnementales en lien avec la santé dans sa zone de responsabilité.
Compétence 3. Planifier et organiser les activités curatives, préventives et de promotion de la santé en rapport avec la communauté.
Compétence 4. Offrir des soins et des services de qualité.
Compétence 5. Promouvoir la participation communautaire.
Compétence 6. Renforcer les compétences du personnel du poste et des cases de santé.
Compétence 7. Evaluer et superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et de la communauté.
Compétence 8. Gérer les ressources du poste de santé.

**Tableau 2 :
Les paliers de compétences et les indicateurs de la compétence 1**

Compétence 1	Paliers de compétences	Exemple de critères et d'indicateurs
<p>Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté</p>	<p>1.1. Accueillir les malades et leurs familles</p>	<p>1.1.1. Existence d'un dispositif d'orientation des patients au PS (Poste de santé) 1.1.2. Temps d'attente réduit 1.1.3. Conditions d'attente favorables 1.1.4. Ecoute active 1.1.5. Relation chaleureuse (salutations d'usage) 1.1.6. Respect de la confidentialité (mise en confiance)</p>
	<p>1.2. Assurer l'éducation du patient</p>	<p>1.2.1. Thème en rapport avec les préoccupations du malade 1.2.2. Clarté et cohérence du message 1.2.3. Qualité du <i>counseling</i> (canaux de communication appropriés) ; qualité de la communication pédagogique, du conseil, de la séance éducative 1.2.4. Demande du patient prise en compte 1.2.5. Précision des explications sur la maladie, sa prise en charge, la prescription et le suivi 1.2.6. Pertinence des informations par rapport aux demandes du patient 1.2.7. Vérification de la compréhension du malade pour : - la prescription, les risques liés à sa situation - les mesures individuelles pour se protéger et protéger la communauté - les mécanismes de suivi de son problème de santé 1.2.8. Vérification de la compréhension du message (exemple : la connaissance par les femmes enceintes de la prise en charge de la consultation prénatale et postnatale)</p>
	<p>1.3. Animer des causeries, des séances d'information, des réunions, et faire un plaidoyer</p>	<p>1.3.1. Réunions organisées en temps utile 1.3.2. Production des invitations 1.3.3. Respect des ordres du jour annoncés 1.3.4. Personnes mobilisées à temps 1.3.5. Langage compréhensible et adapté 1.3.6. Équité dans la distribution de la parole 1.3.7. Capacité de susciter la participation 1.3.8. Respect de l'autre, des habitudes et des normes de vie du groupe 1.3.9. Atteinte des objectifs de la réunion, de la causerie ou des séances d'information 1.3.10. Suivi des recommandations des réunions</p>

Concepts et Innovations

Tableau 2 (suite)

Compétence 1	Paliers de compétences	Exemple de critères et d'indicateurs
Établir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté	1.4. Assurer le <i>counseling</i>	1.4.1. Prise en compte de la demande du patient 1.4.2. Présentations réciproques 1.4.3. Vérification de la compréhension du message 1.4.4. Présence des informations prioritaires 1.4.5. Ecoute active 1.4.6. Adéquation du langage 1.4.7. Congruence 1.3.8. Empathie 1.3.9. Respect du secret professionnel
	1.5. Rédiger un rapport	1.5.1. Respect des canevas 1.5.2. Choix des informations à transmettre 1.5.3. Qualité de l'expression écrite 1.5.4. Structuration du rapport 1.5.5. Implication des autres membres 1.5.6. Lisibilité du rapport
	1.6. Présenter un rapport	1.6.1. Capacité de synthèse 1.6.2. Qualité de l'expression orale 1.6.3. Structuration de la présentation et de l'information 1.6.4. Utilisation de ressources matérielles disponibles 1.6.5. Implication des autres membres 1.6.6. Créativité 1.6.7. Capacité de susciter la participation 1.6.8. Transmission du rapport au niveau supérieur
	1.7. Développer la collaboration avec les autres secteurs	1.7.1. Existence d'un cadre de concertation 1.7.2. Participation effective des autres secteurs aux activités de santé 1.7.3. Prise en compte des problèmes de santé par les autres secteurs 1.7.4. Implication du poste de santé dans le développement sociosanitaire de la zone de responsabilité (à travers le Conseil rural ou municipal, les autres secteurs de développement, les ONG (Organisation non gouvernementale) et les tradipraticiens)

Utilisation originale de l'approche par compétences ...

Ce sont les familles de situations (FS) qui répondent le mieux à la question du sens des apprentissages en précisant le profil final attendu. Les FS sont un ensemble de situations professionnelles courantes (entre trois à huit selon les contextes et les profils professionnels) auxquelles l'agent de santé devrait savoir faire face en mobilisant ses différentes compétences. L'élaboration des FS se base sur diverses ressources et analyses qualitatives, dont les grandes fonctions présentes dans une RM. La validation des lieux courants d'exercices professionnels est une étape importante sur un plan politique. Au niveau épistémologique, les FS englobent les compétences²⁴. Le *tableau 3* présente les familles et sous-familles de situations attendues d'un infirmier chef de poste.

La déclinaison des compétences en paliers de compétences accompagnés de leurs critères et l'explicitation des FS, témoigne d'une double entrée dans le référentiel de compétences. L'une, linéaire, centrée sur la compétence et l'autre, globale, centrée sur la situation. Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'approche linéaire des compétences se centre plus sur le verbe d'action, tandis que l'approche globale, situationnelle, se centre prioritairement sur le contexte et les problèmes de santé rencontrés.

Les outils d'évaluation, appelés « bilans de compétences », sont ensuite établis à partir des référentiels de compétences. En tant que telle, la notion de bilan de compétence renvoie plutôt à une opération de grande envergure ou à la gestion des ressources humaines dans une logique de plan de carrière¹³. Même si le référentiel de compétences et les outils de bilans de compétences peuvent renforcer la gestion des ressources humaines de manière plus vaste, leur utilisation dans le cadre de la formation fait plutôt référence au « bilan des apprentissages »¹³, dans un processus ciblé et de régulation continue. La démarche méthodologique pour créer les outils de bilans de compétences consiste à croiser les FS avec les compétences et paliers de compétences. Ce croisement assure en même temps une validation complémentaire à la fois des FS et des paliers de compétences (PC). En effet il est alors possible de s'assurer que l'ensemble des PC ou ressources nécessaires pour répondre aux FS est couvert ; de même, on peut alors vérifier que la description de la FS est cohérente avec les compétences qu'elle est sensée mobiliser. Par ailleurs, l'outil doit être construit de manière à ce que l'ensemble des PC puisse être évalué au moins une fois au travers des productions ou activités attendues dans les différentes FS. Le *tableau 4* présente ce croisement seulement pour le niveau des compétences et pas celui des paliers de compétences. Les outils de bilans de compétences ainsi obtenus corres-

pondent à des grilles de notation critériée pouvant être utilisées en supervision. Le *tableau 5* présente un extrait du bilan de compétences.

Une fois construits et prétestés, ces outils peuvent être appliqués dans différents contextes d'identification des besoins de formation. On se projette ainsi sur la GCF (*figure 1*). Le contexte qui nous intéresse ici est celui de la supervision formative. Lors de l'application des outils, une première étape est de définir de commun accord entre évaluateur et évalué l'objet de l'évaluation (*tableau 3*). Ce choix peut dépendre des activités menées dans le poste de santé au moment de la supervision, mais également de certaines priorités définies en amont, lors d'un bilan de compétences précédent ou en référence aux axes stratégiques de formation du programme national. Le bilan de compétences peut se faire pour une seule FS ou pour l'ensemble des FS. Dans ce dernier cas, il est préférable de planifier les FS en fonction des objectifs de la supervision et de la planification des activités de l'ICP, afin de s'assurer qu'au terme d'une année par exemple, le bilan de compétences aura été complété de manière exhaustive. Un bilan de compétences complet, pour l'ensemble des FS, permet d'identifier à la fois les FS moins bien maîtrisées et les compétences transversales lacunaires, celles qui sont bien maîtrisées et qui ne nécessitent dès lors aucun besoin de formation continuée. Selon les besoins et le moment, le plan de formation qui en découle pourra être d'autant plus complet et précis. Il est à noter qu'un plan de formation ne doit pas toujours être formalisé dans un document spécifique (« le plan de formation ») ; il peut être intégré dans l'outil BC qui prévoit un espace pour assurer un *feedback* (colonne « commentaires » du *tableau 5*). En effet, la conception des outils de bilan de compétences permet que chacun des acteurs, superviseur et supervisé, puissent garder une trace écrite du *feedback* de la séance d'évaluation.

Par ailleurs, cet outil prévoit, pour chaque FS, les activités à réaliser en présence du superviseur et les productions à mettre à sa disposition pour une analyse de contenu (*tableau 5*). Les activités sont évaluées de préférence au travers d'une observation de la personne en situation. Si cela s'avère impossible, il est recommandé d'utiliser l'entretien d'explicitation pour que la personne rende compte le plus fidèlement possible de son action²⁵.

Le *tableau 6* présente, dans les cellules grisées, les sous-familles nécessitant formellement une observation directe sur le terrain d'exercice professionnel. Lors des applications des BC, les critères et/ou indicateurs ont pris un rôle particulièrement important.

**Tableau 3 :
Les familles et sous-familles de situation**

Familles de situations		Sous-familles de situation
1. Prise en charge des malades	Lors de la consultation primaire curative, l'infirmier chef de poste (ICP) accueille le malade et sa famille si nécessaire, l'interroge, procède à l'examen clinique complet et soigneux, pose un diagnostic présomptif. Il établit un plan de soins, y compris le <i>counseling</i> prétraitement, selon l'ordogramme et le met en œuvre. Il assure le suivi de la prise en charge.	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation curative - Consultation de suivi - Dépistage
2. Management	Dans le cadre de l'exécution de son plan d'action semestriel au niveau du poste de santé, l'infirmier mobilise en collaboration avec la communauté toutes les ressources disponibles en vue de répondre efficacement aux besoins de la population de sa zone d'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> - Plans d'actions - <i>Monitoring</i> avec la communauté - Organisation et fonctionnement - Analyse de données du poste de santé
3. Formation	Dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'action et suite aux supervisions, l'infirmier chef de poste identifie les besoins de formation supplémentaires des agents de santé communautaire, des relais communautaires, des membres des comités de santé et comités de gestion. Il élabore son plan de formation, l'exécute et rédige un rapport. Il assure le suivi et évalue l'impact de la formation sur la qualité des services.	<ul style="list-style-type: none"> - Planification des formations - Mise en œuvre et évaluation de formations
4. Supervision	L'infirmier chef de poste au cours de ses visites régulières identifie les problèmes, les analyses, fixe les objectifs, élabore une grille de supervision et propose un plan de résolution pour améliorer la qualité des services offerts par les relais communautaires de sa zone.	<ul style="list-style-type: none"> - Planification de la supervision - Mise en œuvre de la supervision - Evaluation de sa supervision et réajustements
5. Communauté	L'infirmier chef de poste identifie avec la communauté les problèmes de santé dans sa zone de responsabilité, élabore son plan d'action et mobilise les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Par exemple, dans le cadre de ses rencontres périodiques avec la communauté, l'ICP rural constate effectivement un sérieux problème de santé publique dans la zone nécessitant la création d'une case de santé. Il supervise l'assemblée générale constitutive du comité de santé. Il organise et participe à la formation des agents de santé communautaires choisis et les membres du comité de santé et les aide à trouver un équipement et une dotation initiale en médicaments auprès des intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> - Planification - Animation - Analyse de données du poste de santé

Tableau 4 :
Tableau de croisement des familles de situation avec les compétences

Familles de situations		Compétences mobilisées en situation
1. Prise en charge des malades	Lors de la consultation primaire curative, l'infirmier chef de poste accueille le malade et sa famille si nécessaire, l'interroge, procède à l'examen clinique complet et soigneux, pose un diagnostic pré-somptif. Il établit un plan de soins, y compris le <i>counseling</i> prétraitement, selon l'ordinogramme et le met en œuvre. Il assure le suivi de la prise en charge.	<p>Compétence 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté</p> <p>Compétence 2. Analyser les situations individuelles, collectives et environnementales en lien avec la santé dans sa zone de responsabilité</p> <p>Compétence 3. Planifier et organiser les activités curatives, préventives et promotionnelles en rapport avec la communauté</p> <p>Compétence 4. Offrir des soins et services de qualité</p> <p>Compétence 7. Evaluer et superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et de la communauté</p> <p>Compétence 8. Gérer les ressources du poste de santé</p>
2. Management	Dans le cadre de l'exécution de son plan d'action semestriel au niveau du poste de santé, l'infirmier mobilise en collaboration avec la communauté toutes les ressources disponibles en vue de répondre efficacement aux besoins de la population de sa zone d'intervention.	<p>Compétence 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté</p> <p>Compétence 2. Analyser les situations individuelles, collectives et environnementales en lien avec la santé dans sa zone de responsabilité</p> <p>Compétence 3. Planifier et organiser les activités curatives, préventives et promotionnelles en rapport avec la communauté</p> <p>Compétence 7. Evaluer et superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et de la communauté</p> <p>Compétence 8. Gérer les ressources du poste de santé</p>

Concepts et Innovations

Tableau 4 (suite)

Familles de situations		Compétences mobilisées en situation
3. Formation	Dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'action et suite aux supervisions, l'infirmier chef de poste identifie les besoins de formation supplémentaires des agents de santé communautaire, des relais communautaires, des membres des comités de santé et comités de gestion. Il élabore son plan de formation, l'exécute et rédige un rapport. Il assure le suivi et évalue l'impact de la formation sur la qualité des services.	<p>Compétence 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté</p> <p>Compétence 2. Analyser les situations individuelles, collectives et environnementales en lien avec la santé dans sa zone de responsabilité</p> <p>Compétence 4. Offrir des soins et services de qualité</p> <p>Compétence 6. Renforcer les compétences du personnel du poste et des cases de santé</p> <p>Compétence 7. Evaluer et superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et de la communauté</p>
4. Supervision	L'infirmier chef de poste au cours de ses visites régulières identifie les problèmes, les analyse, fixe les objectifs, élabore une grille de supervision et propose un plan de résolution pour améliorer la qualité des services offerts par les relais communautaires de sa zone.	<p>Compétence 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté</p> <p>Compétence 5. Promouvoir la participation communautaire au sein de sa zone de responsabilité en rapport avec la communauté</p> <p>Compétence 7. Evaluer et superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et de la communauté</p>
5. Communauté	L'infirmier chef de poste (ICP) identifie avec la communauté les problèmes de santé dans sa zone de responsabilité, élabore son plan d'action et mobilise les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Par exemple, dans le cadre de ses rencontres périodiques avec la communauté, l'ICP rural constate effectivement un sérieux problème de santé publique dans la zone nécessitant la création d'une case de santé. Il supervise l'assemblée générale constitutive du comité de santé. Il organise et participe à la formation des agents de santé communautaire choisis et les membres du comité de santé et les aide à trouver un équipement et une dotation initiale en médicaments auprès des intervenants.	<p>Compétence 1. Etablir et promouvoir la communication avec le patient, la famille, les personnels et la communauté</p> <p>Compétence 2. Analyser les situations individuelles, collectives et environnementales en lien avec la santé dans sa zone de responsabilité</p> <p>Compétence 3. Planifier et organiser les activités curatives, préventives et promotionnelles</p> <p>Compétence 5. Promouvoir la participation communautaire au sein de sa zone de responsabilité en rapport avec la communauté</p> <p>Compétence 7. Evaluer et superviser les activités du poste de santé, des cases de santé et de la communauté</p> <p>Compétence 8. Gérer les ressources du poste de santé</p>

Tableau 5 : Bilans de compétences : exemples de paliers de compétences et d'indicateurs pour évaluer dans la famille de situation « prise en charge des malades » la sous-famille de situation « consultation curative » (seuls 3 paliers sur les 9 qui constituent cette famille de situation sont présentés ci-dessous)	
Date (jj/mm/aa) :	
Contexte d'application du bilan de compétences : - supervision formative - identification des besoins de formation	
Modalités d'évaluation : - auto-évaluation - co-évaluation - autre	
	Superviseur(s) : Supervisé :
Famille de situation 1	Prise en charge des malades
	Lors de la consultation primaire curative, l'infirmier chef de poste accueille le malade et sa famille si nécessaire, l'interroge, procède à l'examen clinique complet et soigneux, pose un diagnostic présomptif. Il établit un plan de soins, y compris le <i>counseling</i> prétraitement, selon l'ordinogramme et le met en œuvre. Il assure le suivi de la prise en charge.
Critères génériques proposés:	Pertinence, précision, globalité, intégration, respect des normes
Sous-famille de situation 1	Consultation curative
	Lors de la consultation primaire curative, l'infirmier accueille le malade et sa famille si nécessaire, l'interroge, procède à l'examen clinique complet et soigneux, pose un diagnostic présomptif. Il établit un plan de soins, y compris le <i>counseling</i> et l'éducation du patient, selon l'ordinogramme et le met en œuvre. Il coordonne la prise en charge et réfère le patient si nécessaire.

Concepts et Innovations

Tableau 5 (suite)

Dispositifs d'évaluation : activités et/ou productions de la famille de situations et méthodes de récolte des données (à titre indicatif)	Paliers de compétences (PC) ou capacités mobilisées dans l'activité et/ou la production	Dispositif et méthodologie de recueil de données pour le palier de compétence (à titre indicatif)	Exemples de critères ou d'indicateurs pour l'observation des paliers de compétences dans l'activité et/ou la production	Maîtrise ou non maîtrise du PC	Commentaires sur les critères ou indicateurs non maîtrisés/non observés
1. Consultation au dispensaire à visée curative (<i>par observation directe</i>) 2. Description d'une prise en charge de patient chronique (<i>par entretien d'explicitation</i>)	1.1. Accueillir les malades et leurs familles	1	1.1.1. Existence d'un dispositif d'orientation des patients 1.1.2. Temps d'attente réduit 1.1.3. Conditions d'attente favorables 1.1.4. Ecoute active 1.1.5. Relation chaleureuse (salutations d'usage) 1.1.6. Respect de la confidentialité (mise en confiance)		
3. Annotations des observations au registre de consultation ou sur les fiches (<i>par analyse de contenu</i>) 4. Description par l'ICP d'une dernière situation vécue où il y a eu lieu de référer le patient (<i>par entretien d'explicitation</i>) ou observation d'une décision de référence lors de la consultation (<i>par observation</i>)	2.3. Analyser une situation individuelle ou collective	1 et 3	Appréciation globale du PC (2/3) 2.3.1. Pertinence des sources d'information 2.3.2. Complétude de la collecte des données 2.3.3. Structuration des informations récoltées 2.3.4. Adéquation de la méthodologie de collecte de données 2.3.5. Prise en compte de tous les acteurs concernés 2.3.6. Prise en compte de l'environnement		
	4.1. Faire un examen clinique		4.1.1. Interrogatoire systématique 4.1.2. Qualité de la recherche de signes cliniques 4.1.3. Respect des conditions de confidentialité 4.1.4. Rapidité dans le recueil 4.1.5. Qualité de l'interprétation des résultats de laboratoire de routine		
			Appréciation globale du PC (2/3)		
Total des paliers de compétences maîtrisés				/9	
Synthèse des observations et/ou commentaires					

Tableau 6 :
Vision globale de l'ensemble des familles de situations et sous-familles de situations exercées par l'infirmier chef de poste

Familles de situations (FS)		Sous-familles de situations							
			page		page		page		page
1	FS prise en charge des malades	Consultation curative	11	Consultation de suivi	14	Dépistage	16		
2	FS de management	Plans d'action	20	Monitoring avec la communauté	22	Organisation et fonctionnement	23	Analyse des données du Poste de santé	26
3	FS de formation	Planification des formations	29	Mise en œuvre et évaluation de formation	31				
4	FS de supervision	Planification de la supervision	34	Mise en œuvre de la supervision	35	Evaluation de sa supervision et réajustements	37		
5	FS en communauté	Planification	40	Animation	42	Analyse des données du Poste de santé	45		

Les cellules grisées correspondent aux sous-familles nécessitant une observation directe sur le terrain d'exercice professionnel

Il s'agit en effet de repères précieux pour le superviseur afin de préciser les éléments à rechercher par observation, entretien d'explicitation ou analyse de contenu. De plus, par la précision ainsi atteinte, ils permettent d'élargir d'emblée la supervision à des aspects jamais abordés dans des supervisions de routine. Ceci s'est avéré d'autant plus vrai que l'on se trouve dans la phase de démarrage où l'utilisation de critères et de méthodes de récoltes qualitatives de données n'est pas encore suffisamment intégrée dans l'action d'évaluation, aussi bien pour le superviseur que pour la personne évaluée. Une remarque sur l'utilisation particulière du concept de critère et d'indicateur est nécessaire. Des critères de type « pertinence », « cohérence », « complétude », « participation », etc. ont été définis pour chaque FS (tableau 5). Ces critères génériques ont un rôle dans le processus méthodologique lors de la détermina-

tion des indicateurs en regard de chacun des paliers de compétence. Les « exemples de critères et indicateurs » que l'on retrouve en regard de chacun des paliers de compétence (tableau 5) sont nos réelles balises « opérationnelles » pour l'évaluation et le *feedback* formatif.

Afin de définir la maîtrise ou la non-maîtrise pour chacune des unités d'évaluation (palier de compétences, sous-famille de situation, FS, compétence), c'est le recours à la règle des 2/3 qui a été utilisé afin de définir un seuil discriminatoire. Par exemple, sur le total des paliers de compétences de la FS (ensemble des sous-familles), il faut que les 2/3 soient maîtrisés afin de considérer la FS comme maîtrisée. L'appréciation de la maîtrise ou non d'un palier de compétence se fait sur base des critères ou indicateurs en référence à la règle des 2/3 mais dans une application souple (l'appréciation

Concepts et Innovations

du PC est laissée au superviseur/évaluateur sachant que le plus souvent l'atteinte des 2/3 des critères et/ou indicateurs indique une maîtrise du PC). Un barème d'évaluation figure au bas de chaque FS avec un récapitulatif pour l'ensemble des FS en fin de bilan de compétences (tableaux 7 et 8).

Afin de respecter le concept d'intégration en lien avec la définition de compétence sur laquelle s'appuie notre démarche, tous les paliers d'une même sous-famille ou

famille de situations doivent nécessairement être évalués au même moment, par une combinaison de diverses méthodes de récoltes de données qualitatives. Une attention particulière doit être portée à l'instauration d'un climat chaleureux de confiance propice à l'expression réelle des atouts et difficultés du professionnel sur le terrain. Le fait de pointer les lacunes ou erreurs est alors perçu comme une occasion de progresser, une motivation à se former et non pas comme prétexte à sanction. Il est

Tableau 7 :
Grille de synthèse d'évaluation des compétences de l'infirmier chef de poste pour la famille de situation « Prise en charge des malades »

Famille de situation 1 : Prise en charge des malades					
		Sous-famille			
Niveau de compétence		Consultation curative	Consultation de suivi	Dépistage	Résultat global
		Date(s) (jj/mm/aa) :			
Nombre de paliers de compétences maîtrisés		/9	/3	/8	/20
Niveau de maîtrise	Maîtrise maximale : Tous les paliers de compétences sont atteints				
	Maîtrise satisfaisante : 2/3 des paliers de compétences sont atteints				
	Maîtrise partielle : Moins de la moitié des paliers de compétences sont atteints				
	Aucune maîtrise : Aucun palier de compétence n'est atteint				
		<i>Cochez le niveau de maîtrise acquis</i>			
Commentaires :					

Utilisation originale de l'approche par compétences ...

important, lors de l'application des outils, de revenir de manière consciente à la finalité du processus, qui est bien de tendre vers des pratiques d'évaluation formative, faisant appel à la co-évaluation et à la co-décision. La part de remédiation immédiate en supervision formative peut être importante. Il est intéressant de ne pas s'arrêter à la démarche et à l'identification de la maîtrise des compétences mais aussi de discuter du cas concret dans une visée d'actualisation des connaissances et d'échanges de pratiques autour d'une situation particulière. Il s'agit là d'un processus de formation inductive, et par des échanges entre professionnels, qui a tout son sens dans le paradigme socio-constructiviste.

Le résultat final de l'application des bilans de compétences permet de se projeter de manière concrète et précise sur l'identification des besoins de formation en termes de compétences et sur l'élaboration de plans de formation, notamment en vue de sessions de formation plus ponctuelles. Un retour sur la *figure 1* permet de se situer dans la GCF. En effet, après avoir élaboré le RC à partir du référentiel de métier, des outils de bilans de compétences ont

été construits ainsi que des outils de plans de formation. Dans leurs applications, ces derniers sont l'image en miroir des bilans de compétences. Les objectifs de formation sont en effet directement liés aux paliers de compétences non maîtrisés. Les plans de formation permettent aussi d'intégrer la FS dans les objectifs pédagogiques. De ce fait, l'unité de formation n'est pas seulement le PC et la compétence mais également la FS. L'unité de formation fait référence à l'unité d'évaluation utilisée en docimologie. En APC, il est nécessaire de prévoir des dispositifs d'évaluation et de formation qui permettent d'intégrer à la fois le niveau des ressources et celui de l'intégration¹¹.

Le concept de GCF (*figure 1*) formalise la mise en place d'un système pour le renforcement de la formation, basé sur des cycles continus et cohérents entre identification des besoins de formation (application des BC), planification (application des plans de formation), formation et évaluation. Ces outils de BC peuvent être mis à profit pour établir des plans de formation collectifs, sur base d'un échantillonnage représentatif. En effet, les outils sont développés non seulement dans une perspective indivi-

Tableau 8 :
Grille de synthèse d'évaluation des compétences de l'infirmier chef de poste

		FAMILLES DE SITUATIONS ET SOUS-FAMILLES DE SITUATIONS																			Résultat Global		
		PRISE EN CHARGE DES MALADES				MANAGEMENT				FORMATION			SUPERVISION				COMMUNAUTÉ						
		Consultation curative	Consultation de suivi	Dépistage	TOTAL FS	Plans d'action	Monitoring avec la communauté	Organisation et fonctionnement	Analyse des données du Poste de santé	TOTAL FS	Planification des formations	Mise en œuvre et évaluation de formation	TOTAL FS	Planification de la supervision	Mise en œuvre de la supervision	Évaluation de sa supervision et réajustements	TOTAL FS	Planification	Animation	Analyse des données du Poste de santé		TOTAL FS	
Nombre de paliers de compétences		9	3	8	20	3	2	9	3	17	3	4	7	1	5	3	9	5	8	1	14	67	
Nombre de paliers de compétences maîtrisés		/9	/3	/8	/20	/3	/2	/9	/3	/17	/3	/4	/7	/1	/5	/3	/9	/5	/8	/1	/14	/67	
NIVEAU DE MAÎTRISE	Maîtrise maximale : Tous les paliers de compétences sont atteints																						
	Maîtrise satisfaisante : 2/3 des paliers de compétences sont atteints																						
	Maîtrise partielle : Moins de la moitié des paliers de compétences sont atteints																						
	Aucune maîtrise : Aucun palier de compétence n'est atteint.																						
		Cochez <input checked="" type="checkbox"/> le niveau de maîtrise acquis																					
Commentaires :																							

Concepts et Innovations

duelle mais aussi collective. Des modalités de gestion de la qualité doivent être instaurées afin d'assurer que le cadre de référence, représenté par le référentiel de compétences, reste toujours en adéquation aux besoins du système de santé.

Discussion

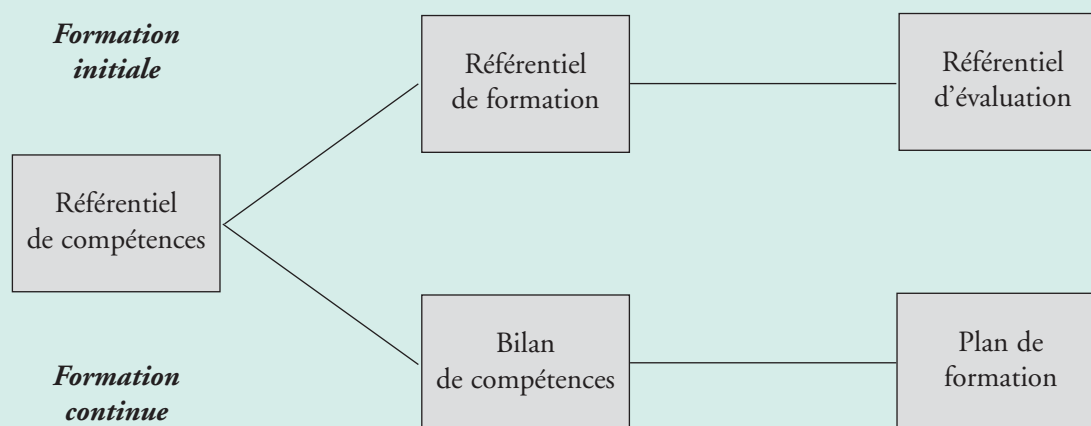
La discussion va aborder d'une part, les liens entre la méthode et les résultats et d'autre part, les forces et les limites de l'utilisation de ces outils au stade actuel du processus.

L'appropriation d'outils complexes tels que des BC nécessite que les utilisateurs eux-mêmes construisent ces outils à un niveau opérationnel suffisamment proche de leur application. D'une part, la qualité du produit final est mieux assurée (plus proche des réalités de terrain) et, d'autre part, la maîtrise des concepts sous-jacents à l'APC et la durabilité du changement au niveau de l'organisation sont ainsi mieux assurés. L'utilisation d'un modèle d'analyse systémique de la problématique de la formation continue (modèle PRECEDE) a permis de cerner les acteurs clés et de vérifier tout au long du chemin leur représentativité²⁶. En regard des spécificités de l'APC qui a été utilisée, il importe de revenir dans cette discussion sur le concept de transposition didactique. Académiquement, la transposition didactique fait référence au passage des savoirs savants aux savoirs enseignés. Pour d'autres, il s'agit d'une démarche plus globale qui inclut le passage des savoirs

pragmatiques aux savoirs savants et qui part donc des tâches professionnelles, du référentiel de métier et de la description de fonctions²². Le RC qui a été présenté assure une intégration globale et la plus exhaustive possible des activités et tâches attendues pour le profil professionnel analysé. Pour garantir ce degré d'exhaustivité, la récolte des données lors de l'élaboration du référentiel de métier devra nécessairement inclure, de manière pertinente et consensuelle, aussi bien les tâches réalisées que celles prescrites. C'est ainsi que l'ensemble des programmes verticaux et des stratégies nationales a également été intégré dans les outils (RC et BC). A partir de là, la transposition didactique peut s'opérer à travers les dispositifs de formation et d'apprentissage. Par le processus participatif mis en place, mais aussi par un temps de formation aux méthodes en pédagogies actives et APC, le personnel cadre de la RM de Diourbel a renforcé ses compétences en ingénierie de la formation afin de garantir le plus de cohérence possible dans cette transposition didactique. Par ailleurs, ce sont les mises en situations professionnelles qui assurent le mieux l'intégration, notamment celle des compétences. Une fois la mise sur pied d'un RC, l'exercice pédagogique reste donc complexe aussi bien en formation initiale qu'en formation continue (figure 2).

En formation initiale, la transposition didactique est opérationnalisée grâce à des référentiels de formation et d'évaluation. En formation continue, la précision des dispositifs d'évaluation (tableau 5) en regard des paliers de compétences évalués et des indicateurs est un atout

Figure 2 :
Lien entre formation initiale et formation continue



Utilisation originale de l'approche par compétences ...

considérable dans les outils de bilans de compétences proposés. Ces dispositifs d'évaluation qui reflètent les situations réelles renforcent la transposition didactique en supervision formative lors de l'application des bilans de compétences. On pourra aussi se référer aux dispositifs d'évaluation des BC dans les plans de formation, afin de guider l'élaboration des dispositifs d'apprentissages. On est de la sorte bien dans l'évaluation de la maîtrise des situations professionnelles, telle que décrite par Le Boterf¹⁹.

L'application concrète sur le terrain des bilans de compétences a permis un certain nombre d'autres constats quant aux liens entre la méthode et les résultats. L'opérationnalisation des normes sanitaires n'en est pas l'un des moindres. En effet les systèmes de santé en Afrique développent, par le biais de programmes plus ou moins spécifiques, de nombreuses normes. Celles-ci sont très diverses. Elles peuvent faire référence à la qualité des soins (comme, par exemple, la définition des critères de qualité relatifs à l'utilisation correcte d'un partogramme). Les normes font aussi appel à l'application correcte de procédures telles qu'on peut les retrouver en Afrique dans certains ordinogrammes définis par le ministère de la santé sur base d'études, par exemple le choix de certaines techniques en santé de la reproduction, etc. Un autre type de normes fait référence aux registres statistiques qui, pour chacune des pathologies prioritaires, définissent une nomenclature propre. De multiples exemples existent. La question est de savoir dans quelle mesure l'élaboration d'un cadre de référence constitué par le référentiel de compétences et sa traduction opérationnelle en des outils d'évaluation formative amène à une opérationnalisation efficace des normes sanitaires. En effet, le RC devient une nouvelle norme en soi, qui intègre de manière cohérente, exhaustive et structurée l'ensemble des éléments prescrits à un moment donné de l'évolution du système. De ce fait, il garantit au système une vision globale et actualisée, pour autant qu'un mécanisme de gestion de qualité ait été instauré dans le temps. Il peut paraître contradictoire de favoriser une approche formative de l'évaluation et, en même temps, constater l'intérêt de ce qui est défini ici comme « une opérationnalisation des normes sanitaires ». L'évaluation formative entrant dans le champ des développements socio-constructivistes, le paradigme sous-jacent fait référence à des principes d'action qui sont ceux de l'autonomie et du transfert. La priorité est dans la recherche d'une adéquation de la formation avec la demande et les besoins des populations et pour cela il est impératif, dans une perspective de santé publique, que les professionnels intègrent de manière cohérente également les besoins de santé définis par le système. Ceci n'empêche

pas un débat de fond entre professionnels sur la pertinence et l'application de certaines normes. De même une analyse critique et argumentée des normes face à des prises de décisions, de la part d'un agent supervisé, est une démarche à intégrer dans le processus de mise en œuvre de l'évaluation formative dans le cadre de l'application des BC et qui pourrait avoir des répercussions sur les normes elles-mêmes. A un niveau organisationnel, il est également intéressant d'observer que le fait d'avoir travaillé sur les deux profils de compétences MCD et ICP a permis de mieux cerner le rôle et les compétences attendues des superviseurs. Une priorité est accordée au niveau de la RM pour élaborer ce profil de compétences. Un travail sur un profil de compétences pour les matrones est également envisagé comme priorité, suite aux difficultés d'assurer actuellement des formations qui répondent aux besoins du système. La clarification des besoins du système et des relations entre professionnels fait nécessairement partie du processus d'élaboration de ce type d'outils.

Dans un contexte d'évaluation formative, diverses modalités d'évaluation peuvent être envisagées telles que la co-évaluation, l'auto-évaluation, l'évaluation par les pairs. On pourrait envisager une évolution vers une auto-évaluation formative en gageant qu'avec une grille de supervision/évaluation bien construite, concrète et intégrée par la personne évaluée, il n'est plus nécessaire de faire appel à un évaluateur extérieur, tout au moins plus dans les mêmes conditions. Ce dernier serait plutôt un guide dans l'utilisation de la grille et dans la recherche des moyens et outils de remédiation disponibles.

Les limites dans l'application sont celles rencontrées avec tout outil pédagogique (lisibilité, compréhension, utilisation correcte, etc.), renforcées par la complexité inhérente à l'approche pédagogique. C'est ainsi que lors des premières utilisations, il est apparu essentiel de prendre un temps suffisamment long d'échanges avec les personnes supervisées, afin notamment d'expliquer les différents ingrédients du BC ainsi que les objectifs formatifs sous-jacents à son utilisation (même si une explication préalable à l'entrevue avait eu lieu). Un document de procédure a également été établi avec l'équipe cadre de la RM afin de formaliser les différents usages de ces outils. Ce type de formalisation sert principalement de repère en début de processus. La question de l'actualisation des outils a souvent été relevée ainsi que la nécessité de formaliser une démarche de gestion de qualité en partenariat direct avec le centre de formation régional des personnels de santé. Une coordination avec les programmes verticaux en faveur d'une actualisation des connaissances et procédures devrait s'intégrer à différents niveaux institutionnels selon des modalités nouvelles. Les mécanismes à mettre en place

participeraient à l'apprentissage organisationnel dans un long terme. Le questionnement sur le concept de compétences en pédagogie active ou à l'égard du paradigme socio-constructiviste devrait être continu afin d'évoluer avec le changement et ainsi maintenir des occasions de débats. Cette démarche devrait permettre de consolider la maîtrise des concepts pour les « anciens agents » et d'en favoriser l'appropriation pour les « nouveaux ». A titre d'exemple, dans cet article, une limite est donnée à l'utilisation du mot « compétence ». En effet, l'évolution des débats sur l'APC²⁷ nous permet actuellement de considérer la FS comme plus congruente avec la définition que nous nous sommes donnée de la compétence, en l'occurrence « un savoir agir en situation ». Par ailleurs, il faut insister sur le fait que c'est la cohérence globale de l'outil qui compte et donc sa « bonne structuration » hiérarchique et systémique.

Malgré l'importance accordée aux aspects d'ingénierie des compétences, il est prudent de maintenir une vision précise de la profession et des implications des choix pédagogiques dans l'application des outils. Par exemple, la subdivision de la FS « Consultation curative » en trois sous-familles est préjudiciable à une approche globale du patient. Cette erreur conceptuelle, notée par certains acteurs lors de la construction des outils, s'est avérée évidente sur le terrain (parcellisation du patient). C'est l'expertise en santé qui doit guider les choix méthodologiques et non l'inverse. Cet aspect est crucial compte tenu des évolutions marchandes actuelles rencontrées dans le monde de la formation, d'autant que l'ingénierie des compétences est un domaine en pleine expansion. Cette prudence quant à des appropriations peu pertinentes en terme de finalité pour le secteur de la santé par le monde marchand de la formation, s'ajoute paradoxalement aux freins et résistances que l'on rencontre dans de nombreux processus de changement. Celui-ci n'y échappe pas et la RM de Diourbel, porteuse d'une volonté d'innovation en matière de gestion des ressources humaines en santé, développe des stratégies et ses ressources en situation afin de persévérer sur ce nouveau chemin de la formation.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble des personnels de santé des districts et de la RM de Diourbel qui ont participé à l'élaboration et à la mise en place de ces outils d'évaluation et de supervision. Cette initiative sur le renforcement des ressources humaines en santé entre dans le cadre du projet « Appui à la RM de Diourbel » du Ministère de la Santé et de la prévention médicale du Sénégal, en partenariat avec ARE@ Santé (www.areasante.org) et la Coopération Technique Belge (BTC-CTB).

Contributions

Florence Parent est médecin, spécialiste en pédagogie et santé publique ; elle a coordonné pendant 2 ans ce travail sur l'élaboration des bilans de compétences dans le cadre du renforcement de la formation continue des professionnels de santé. Elle a établi, de manière participative, le cadre conceptuel et favorisé la mise en œuvre de l'approche sur le terrain avec les partenaires. Elle est la rédactrice principale de cet article. Masserigne Ndiaye est médecin-chef de la région médicale de Diourbel. Il est à l'initiative du projet d'intégration de l'approche par compétences dans le cadre du renforcement des formations de son personnel de santé. Il a participé à toutes les étapes de construction des référentiels et bilans de compétences. Il a participé à l'élaboration de l'article par une révision tant des éléments contextuels que des aspects plus techniques. Yves Coppieters a accompagné l'encadrement de santé publique de l'ensemble du processus. Il a participé à la conception, à la validation et à la mise en œuvre des outils sur le terrain. Il a contribué de manière rapprochée à l'écriture et à la correction de l'article (recherches bibliographiques, structuration, etc.). Omar Sarr est le chef de projet de la coopération technique belge qui a permis le déroulement de l'ensemble du processus. Il a participé à chacune des étapes d'élaboration des outils et à la relecture de l'article tant dans ses éléments contextuels que plus techniques. Salif Deme est le superviseur « soins de santé primaires » de la région médicale de Diourbel. Il a travaillé en étroite collaboration avec les expertes pédagogues pour appliquer la démarche sur le terrain. Il est un des moteurs « opérationnels » de son démarrage et de son suivi/évaluation. Il a participé à la relecture de l'article tant dans les éléments contextuels que pour des aspects plus techniques. Dominique Lemenu et Colette Lejeune sont enseignantes à l'Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI) de Bruxelles. Elles ont été des appuis techniques pédagogiques et de santé (sur le terrain et en Belgique) pour construire l'ensemble des outils. Elles ont participé à l'écriture de l'article notamment dans le cadre de la formalisation de la démarche. Jean-Marie De Ketele a fourni des expertises ponctuelles sur les productions dans le cadre de cette recherche-action. Il est une référence clé pour les auteurs et les partenaires sur le terrain face à ces développements pédagogiques. Il a relu l'article et l'a renforcé dans ses aspects techniques ainsi que dans le développement d'une vision de cohérence pédagogique en regard de l'évolution actuelle de la définition du concept de compétence.

Références

1. World Health Organization. *The world health report 2006: working together for health*. Genève : WHO, 2006.
2. Mercenier P. *Role of education in the development of health systems*. *Ann Soc Belg Med Trop* 1995;75 Suppl 1:89-94.
3. De Jonckere C. Monnier, *Miroir sans tain pour une pratique sans phare. La supervision en travail social*. Genève : Éditions I.E.S, 1996.
4. Allal L. *Vers une pratique de l'évaluation formative*. Bruxelles : Editions de Boeck, 1991.
5. Perrenoud P. *From formative evaluation to a controlled regulation of learning processes. Towards a wider conceptual field*. *Assessment in education* 1997,1:85-102.
6. Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal. *Recueil d'outils de bilans de compétences et de plan de formation pour l'Infirmier Chef de Poste de santé (ICP). Contexte de supervision formative et/ou d'identification des besoins de formation*. MSPM, Dakar, 2007.
7. Parent F, Lemenu D, Lejeune C, Baulana R, Komba D, Kahombo G, Coppiters Y. *Présentation du référentiel de compétences infirmier en République Démocratique du Congo dans le cadre du renforcement des ressources humaines en santé*. *Santé Publique* 2006,18:459-73.
8. Parent F. *Déterminants éducationnels et facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique. Etude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé*. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique. Ecole de Santé Publique/ULB. D/2007/Florence Parent, Auteur-Editeur, 2007.
9. Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal. *Référentiel de compétences de l'Infirmier Chef de Poste de santé (ICP). Un outil au service de la gestion et de la formation continue des ICP*. Dakar : MSPM, 2007.
10. Jonnaert P. *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*. Bruxelles : Editions de Boeck, 2002.
11. Tardif J. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Education, 2006.
12. Masciotra D. *L'agir compétent : une approche situationnelle*. 2007 [On-line] Disponible sur : <http://www.ore.uqam.ca/Documentation/Masciotra/L'agir%20comp%20E9tent%20situ%20E9.pdf>
13. Scallon G. *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles : De Boeck Université, 2004.
14. Durand MJ, Chouinard R. *L'évaluation des apprentissages. De la planification de la démarche à la communication des résultats*. Québec : Ed. Hurtubise HMH Itée, 2006.
15. Coopération Technique Belge. *Appui à la Région médicale de Diourbel – ARMD Phase II*. Bruxelles : CTB/BTC, 2003.
16. Green LW, Kreuter MW. *Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach*. 4th Ed. Mc Graw Hill, 2005. [On-line] Disponible sur : <http://www.lgreen.net>
17. World Health Organization. *Bridging the "Know – Do" Gap, Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. Genève : WHO, 2006.
18. Anadon M. *La recherche participative*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2007.
19. Le Boterf G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Ed. d'Organisation, 2002.
20. Roegiers X. *Une pédagogie de l'intégration : compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, 2000.
21. Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal. *Guide national de l'infirmier chef de poste de santé*. Dakar : MSPM, 2005.
22. Perrenoud P. *La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences*. *Revue des sciences de l'éducation (Montréal)* 1998,3:487-514.
23. Charlier P. *Elaborer une description de fonction et un profil de compétences*. Séminaire de formation et de réflexion. BIEF Louvain-la-Neuve, 2003.

24. Jonnaert P, Barette J, Boufrahi S, Masciotra D. *Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. Revue des Sciences de l'éducation* 2005;3:667-96.
25. Vermersch P. *L'entretien d'explicitation. Collection pédagogies, Paris : ESF, 1994.*
26. Parent F, Kahombo G, Bapitani J, Garant M, Coppieters Y, Levêque A, Piette D. *A model for analysis, systemic planning and strategic synthesis for health science teaching in the Democratic Republic of the Congo : a vision for action. Human Resources for Health* 2004;2:16.
27. Jonnaert P, Barette J, Masciotra D, Yaya M. *La compétence comme organisateur des programmes de formation revisitée, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de « l'agir compétent ». IBE Working Papers on Curriculum Issues N°4, Genève, 2006.*

Manuscrit reçu le 30 mai 2006 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 6 novembre 2006 ; accepté pour publication le 5 juin 2007.