

Repenser la formulation des compétences des patients : quels apports pour l'ETP ?

Paul Quesnay^{1,*}, Marie Craquelin^{1,2}, Rémi Gagnayre¹ et Thomas Marquillier^{1,2}

¹ Université Sorbonne Paris Nord, LEPS, UR 3412, F-93430 Villetaneuse, France

² Université Lille, CHU Lille, UFR3S-Odontologie, Odontologie pédiatrique, F-59000 Lille, France

Reçu le 6 février 2025 / Accepté le 22 avril 2025

Résumé – L'éducation thérapeutique du patient (ETP) intègre des compétences (d'autosoin et d'adaptation à la maladie) en tant que cadre pédagogique de ses programmes. Celui-ci peut être questionné au regard du déploiement de l'Approche Par Compétences (APC) dans les formations en santé. Le développement de l'APC dans le domaine de l'ETP constitue une proposition pour améliorer l'efficacité et l'équité des pratiques. En considérant les compétences spécifiques des soignants (notamment relationnelles et réflexives), cette approche permettrait de mieux répondre aux besoins des patients, en tenant compte de leur vécu, de leurs attentes et de leurs capacités. L'objectif de cet article est de cerner les nuances conceptuelles et opérationnelles entre les différentes approches et de l'illustrer par un exemple concret. L'APC constitue un levier essentiel pour une ETP plus inclusive et centrée sur le patient, contribuant à une plus grande autonomie des patients.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient / approche par compétences / réingénierie de programme / éducation

Abstract – **Rethinking the formulation of patient competencies: what benefits for TPE?** Therapeutic patient education (TPE) incorporates competencies (self-care and adaptation to illness) as part of the pedagogical framework of its programs. This can be questioned in the light of the deployment of the Competency-Based Approach (CBA) in healthcare training. The development of CBA in the field of TPE is a proposal for improving the efficiency and equity of practices. By taking into account the specific competencies of healthcare professionals (in particular relational and reflexive competencies), this approach would make it possible to better respond to patients' needs, taking into account their experiences, expectations and abilities. The aim of this article is to identify the conceptual and operational nuances between the different approaches, and to illustrate this with a concrete example. CBA is an essential lever for a more inclusive, patient-centered TVE, contributing to greater patient autonomy.

Keywords: patient education as topic / competency-based education / program development / education

Abréviations

APC Approche Par Compétences
ARS Agence Régionale de Santé
CE Composante Essentielle
ETP Éducation Thérapeutique du Patient
HAS Haute Autorité de Santé
PPO Pédagogie Par Objectifs

1 Introduction

La notion de compétence est aujourd'hui largement répandue dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et

apparaît comme une finalité des programmes. Pourtant, son usage n'est pas évident pour certains auteurs [1,2]. L'objet de cet article est d'explorer les apports de la formulation des compétences, notamment dans le cadre de l'approche par compétences (APC) en ETP. La réflexion portée dans cet article est adossée à des pratiques et approches pédagogiques issues du domaine des sciences de l'éducation et de la formation et des sciences de la santé (en particulier de la pédagogie médicale). Il questionne leur transposition possible à l'ETP. Ainsi, dans une première partie, nous reviendrons sur l'émergence de la notion de compétence dans le champ des sciences de l'éducation et dans celui des sciences de la santé. Il sera ensuite précisé la structuration en approche par compétences (APC) qui est aujourd'hui fortement incitée voire imposée dans les réformes pédagogiques des formations [3,4]. Ces éclairages permettront de développer également la

*Auteur de correspondance : paul.quesnay@gmail.com

notion de compétence dans le champ de l'ETP ainsi que les enjeux et limites de son usage. Une deuxième partie présentera la réflexion théorique et le cadre de l'APC utilisée en formation pour sa potentielle transposition dans le cadre des programmes d'ETP. Cela permettra dans une troisième partie d'en présenter une illustration par le programme EDUCADENFANT, programme d'ETP dans le contexte de santé orale. Enfin, ces éléments feront l'objet d'une discussion adossée à la littérature.

1.1 Contexte : la notion de compétences dans le champ des sciences de l'éducation et des sciences de la santé

La notion de compétence est issue de plusieurs disciplines dont les sciences de l'éducation [3,4]. Chacune de ces différentes origines porte sa propre logique, et l'on critique souvent la compétence pour ses dérives productivistes, dès lors que compétence devient synonyme de performance assujettie à un monde du travail néolibéral [5].

Ainsi, deux manières emblématiques de concevoir la compétence sont retrouvées dans la littérature en pédagogie médicale [6].

La première considère la compétence en termes d'accumulation de ressources par l'apprenant, et sa capacité à mobiliser la bonne ressource dans le bon contexte. Cette manière de considérer la compétence est issue du courant pédagogique comportementaliste nord-américain et provient de la pédagogie par objectifs (PPO) [7]. L'accent mis sur les ressources de la compétence et leur mobilisation peut entraîner une segmentation de l'apprentissage (perte de sens pour l'apprenant) et une centration sur les comportements observables (dérive comportementaliste).

La deuxième considère la compétence comme la mobilisation et la combinaison de ressources en contextes. Retrouvée dans les écrits francophones [8,9], elle est issue des courants pédagogiques socio-constructivistes et socio-cognitivistes et tend à se démarquer de la PPO. C'est dans cette deuxième perspective que se place la définition de la compétence retenue pour ce travail : « *un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes, à l'intérieur d'une famille de situations* » [10].

1.2 La structuration en approche par compétences des formations

En Europe, l'introduction de la notion de compétence dans les réformes pédagogiques est consécutive du processus de Bologne au début des années 2000. L'usage de la compétence est arrivé en premier lieu dans le champ de l'éducation [11], puis dans celui de la santé. Elle est apparue formellement dans les textes des réformes des formations en santé à partir de 2009 [12]. Ce cadre pédagogique de référence est au cœur des réformes des formations en santé [13–17] et plus largement de l'enseignement supérieur. Son importance est rappelée par différentes instances ministérielles [18] et d'accréditation [19].

Dans le domaine de la santé, l'enjeu de ces réformes est pédagogique : améliorer la formation et palier aux limites des

réformes précédentes, mais également sociétal : répondre aux besoins de santé de la population par la formation des professionnels de santé [20–22].

Ainsi, à partir de la notion de compétence, la littérature voit apparaître l'approche par compétences (APC), une proposition d'approche pédagogique visant à structurer les formations. Elle s'inscrit dans la lignée des approches qui lui précèdent. Comme dans la PPO, on retrouve des verbes d'action pour définir les finalités de la formation. Néanmoins, les compétences expriment un niveau de granularité plus large et complexe que les objectifs. Les compétences sont présentes en nombre restreint pour éviter la segmentation des formations en un grand nombre d'objectifs pouvant entraîner une perte de sens pour les apprenants.

L'APC intègre également le principe des approches par problèmes (APP) où la construction des apprentissages est contextualisée à des problèmes cliniques, qui servent de fil conducteur pour la formation, ce qui est défini comme une « approche-programme » [23]. Dans l'APC, l'ensemble des éléments du curriculum de formation (des valeurs aux méthodes pédagogiques) est mis en cohérence avec les compétences dans une perspective d'alignement pédagogique.

Ce cheminement a conduit l'OMS dans un récent rapport à décrire l'APC comme un des meilleurs moyens de structurer un curriculum de formation, en proposant un alignement des éléments pédagogiques avec les compétences [20]. Rappelons plusieurs intérêts mis en avant dans la littérature pour ce type d'approche pédagogique : de meilleurs résultats à l'évaluation [24], un rythme d'apprentissage généralement plus rapide [25] et une diminution de la variabilité entre les résultats des étudiants [26]. Sont également rapportées une meilleure préparation des apprenants aux évaluations [27] et à la pratique [28], une satisfaction des étudiants au regard de la pertinence de l'apprentissage [27] et enfin, une meilleure réponse aux besoins des étudiants, des administrateurs, du corps enseignant et des patients [29].

L'APC comporte néanmoins des limites qui entraînent des difficultés à sa mise en œuvre. La diversité d'auteurs et de définitions ne facilite pas sa compréhension [30] et a conduit à une stabilisation tardive de l'APC. Cela se traduit par une variété de manières d'opérationnaliser l'APC, pour construire les référentiels de compétences ou pour les opérationnaliser dans l'ingénierie pédagogique et son organisation. Ce mouvement de réforme par APC questionne les formations actuelles qui reposent encore majoritairement sur une pédagogie traditionnelle, dans laquelle chaque discipline est enseignée de manière séparée des autres et où les compétences sont reléguées au second plan [31]. L'APC nécessite alors des changements importants et constitue une difficulté pour les équipes pédagogiques [31,32].

1.3 La compétence dans le champ de l'ETP

La structuration du champ de l'ETP bénéficie des acquis des sciences de l'éducation et de la formation, en particulier en matière de pédagogie centrée sur l'apprenant [33]. La notion de compétence y apparaît également dès les années 2000 où elle est mentionnée dans les textes structurants de l'ETP : « *Compétence* : capacité professionnelle requise pour accomplir certaines fonctions ou tâches. Aptitude reconnue

a accomplir une action spécifique. La compétence est un potentiel qui se réalise au moment de la performance. » [34].

La compétence est également inscrite dans les textes réglementaires français concernant l'éducation pour la santé [35]: « *Elle a pour but que chaque citoyen **acquière tout au long de sa vie les compétences** et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.* »

Comme le soulignent d'Ivernois et Gagnayre [33]: « *les **compétences** décrites dans ce système expriment un résultat en termes d'acquisition-appropriation par les patients* ». Le développement des compétences apparaît comme la cible prioritaire des programmes d'ETP.

Cela conduit à la formalisation de référentiels structurant les programmes d'ETP, formalisés sous la forme de compétences d'autosoin et de compétences d'adaptation à la maladie qui intègrent des objectifs contributifs [36].

1.4 La compétence : limites et enjeux en ETP

Pourtant, plusieurs limites existent à l'usage de la notion de compétence dans le champ de l'ETP et sont autant d'obstacles à son opérationnalisation.

En dépit de la volonté affichée d'une pédagogie centrée sur le patient, certains auteurs dénoncent un formalisme pédagogique des compétences qui sont rédigées par les soignants [37]. « *Malgré ses références aux théories éducatives, elle [l'ETP] souffre de remises en question qui pointent son formalisme [38], sa pédagogie par compétences [1], la standardisation trop normée des séances éducatives et dans certains cas, leur prisme trop biomédical [39]. Pourtant, bien menée, elle est centrée sur les attentes des patients et les autonomise [40] en les outillant dans une perspective autonome [41]* ».

Initialement, les compétences d'autosoins et d'adaptation à la maladie (ou psychosociales) ont été proposées comme une première base facilement appropriable et déclinable par les soignants-éducateurs aux différents contextes de l'ETP. Néanmoins, ces deux types de compétences ont été intégrés tels quels dans les recommandations de la HAS et parfois même appliqués en l'état au sein des programmes. Ce constat amène parfois à un décalage avec les besoins individuels des patients et la volonté de l'ETP de favoriser l'auto-gestion de leur maladie ou de leur parcours de soin, mais également leur implication pour co-construire leur parcours d'ETP. En effet, une proposition d'ETP décidée uniquement par les professionnels ou les institutions (publiques ou privées), peut entraîner un centrage des compétences en ETP en rapport avec des intérêts plus économiques ou utilitaristes.

Une stratégie pour éviter cette dérive, serait de remettre la singularité du patient au centre des programmes d'ETP dès leur création et notamment au moment de l'élaboration des compétences. Par ailleurs, la participation du patient à la formulation de ses compétences pourrait revêtir un intérêt salutogénique, c'est à dire visant à développer sa capacité à influencer sur son environnement ou le système de soins [37].

2 L'APC comme cadre de référence en ETP

Dans cette perspective, la formulation des compétences d'autosoin et d'adaptation à la maladie, qui apparaît nécessaire

pour expliciter les attendus pédagogiques et structurer les programmes peut sembler, en absence de contextualisation, éloignée de la réalité et des besoins des personnes. L'enjeu de la formulation des compétences est de mettre en avant de manière explicite un savoir-agir complexe qui reflète un « agir-en santé », c'est à dire qui se décentre des seuls soins techniques en mettant en lumière les ressources psychosociales des professionnels que le patient a besoin de développer, dans son propre contexte [42]. Ce savoir-agir complexe intègre les ressources cognitives, psychomotrices et psycho-sociales nécessaires.

D'un point de vue pédagogique, la formulation de la compétence est supposée d'une part clarifier la distinction entre la compétence et ses ressources, et d'autre part éviter une segmentation par un nombre trop grand d'objectifs avec laquelle elle est en rupture [43]. C'est un des risques de la dichotomie des compétences d'adaptation à la maladie ou d'autosoin et leur déclinaison en de nombreux objectifs contributifs.

Ainsi se pose la question de savoir comment formuler et intégrer, sur le modèle de l'APC, les compétences d'autosoin et d'adaptation à la maladie pour qu'elles soient à la fois pertinentes et appropriées, tout en évitant une segmentation qui nuirait à l'apprentissage et au transfert des compétences dans la vie quotidienne des patients ?

Le présent article propose une réflexion théorique sur le cadre de l'APC utilisée en formation et sa potentielle transposition dans le cadre des programmes d'ETP.

Dans la continuité de la définition de la compétence proposée précédemment, l'APC est ici considérée au regard de l'abondante littérature qui s'y rapporte [43–45].

Plusieurs notions sont ainsi à prendre en compte pour compléter la construction d'une compétence dans un référentiel, à savoir [43]:

- leurs composantes essentielles (CE): elles représentent les critères qualité de la mise en œuvre de chaque compétence. Les CE traduisent la complexité de la compétence et peuvent se référer à un résultat à atteindre, à des normes à respecter, à la qualité d'une démarche à mener ou encore à la relation entre des personnes;
- les familles de situations professionnelles: il s'agit des familles de contextes dans lesquels sont mises en jeux les compétences. dans la formation, elles constituent ainsi un cadre d'apprentissage conçu pour mobiliser et combiner à la fois les savoirs, savoir-faire pratiques et savoir êtres d'une compétence;
- les niveaux de développement: ils indiquent la complexité croissante des apprentissages. et permettent d'organiser une progression dans le développement de la compétence visée et de la planifier;
- les apprentissages critiques: il s'agit d'étapes clés dans le développement des compétences, ce que les étudiants doivent développer pour passer d'un niveau à un autre. Il y en a plusieurs au sein d'une compétence; ils ne peuvent néanmoins pas se compenser;
- les ressources: elles sont de deux types. Les ressources internes correspondent à l'ensemble des savoirs, savoir-faire, attitudes et expériences personnelles mobilisées pour accomplir une tâche. Les ressources externes sont constituées par les environnements, les supports, outils et l'ensemble des aides qui facilitent l'acquisition et la mise en œuvre des compétences.

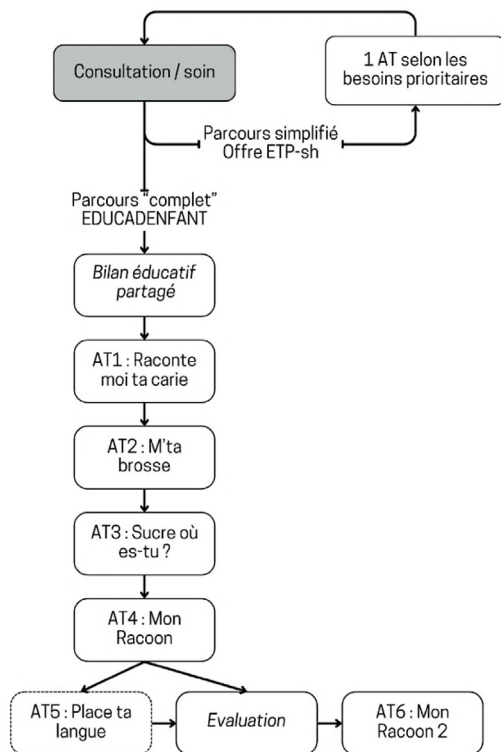


Fig. 1. Le parcours de l'enfant porteur de la maladie carieuse.
Fig. 1. The pathway for children with caries.

Selon Poumay *et al.*, le formalisme de l'APC s'exprime avec une structuration précise des compétences à développer, une méthode d'évaluation et une mise en œuvre en situation réaliste [43].

Afin de clarifier notre propos, et à titre d'exemple de cette démarche, l'APC a été appliquée à un programme d'éducation thérapeutique centré sur la maladie carieuse pédiatrique, le programme EDUCADENFANT.

3 Le programme EDUCADENFANT

3.1 Description du programme existant / du programme EDUCADENFANT

Pour faciliter la compréhension de cette approche, la partie suivante illustre avec un exemple concret de réingénierie d'un programme d'ETP qui a évolué sur la formulation de ses compétences, le programme EDUCADENFANT. Il s'agit du premier programme d'ETP en santé orale autorisé par l'ARS des Hauts-de-France en 2017 [46]. Ce programme porte sur la maladie carieuse chez l'enfant et cible les comportements en santé orale de l'enfant et de son entourage (alimentation, hygiène orale, recours aux soins...). Il est déployé en milieu hospitalier (CHU de Lille) par une équipe pluridisciplinaire en lien avec le médecin traitant. L'approche éducative proposée dans le programme EDUCADENFANT permet de compléter les soins bucco-dentaires qui sont réalisés, constituant ainsi un parcours éducatif (Fig. 1). Celui-ci a été construit au regard des différents référentiels existants, dont ceux de la HAS [47].

Le programme, depuis son autorisation, était basé sur une approche par objectifs. L'approche par objectifs est un modèle de conception pédagogique qui explicite l'apprentissage selon les comportements, ainsi que les conséquences mesurables qui en découlent. Ces derniers étaient formulés en lien avec l'atelier proposé. Les principaux objectifs du programme étaient définis comme :

- comprendre comment la carie se forme (Atelier 1) ;
- adopter une technique de brossage appropriée (Atelier 2) ;
- identifier la consommation de sucre au cours de la journée (Atelier 3) ;
- adopter des comportements favorables à une bonne santé orale (Atelier 4) ;
- porter et entretenir sa prothèse amovible (Atelier 5).

L'approche proposée initialement présentait toutefois des limites. La fragmentation de ces objectifs, sans cohérences les uns entre les autres pouvait sembler être dénuée de sens pour le patient. Par ailleurs, il s'agit d'une approche qui ne facilite pas l'évaluation globale des compétences acquises par le patient. La difficulté de mesurer des objectifs de haut niveau taxonomique conduit, la plupart du temps, à formuler des objectifs faciles à évaluer plutôt que pertinents. Il s'agit par exemple d'évaluer la réalisation d'un geste technique plutôt que les conditions de sa réalisation [48].

3.2 La réingénierie en APC

La réingénierie du programme EDUCADENFANT avait pour objectif de se baser sur une approche par compétences. Le développement de cette approche avait pour but de solutionner les limites rencontrées dans l'approche par objectifs.

La phase de rédaction des compétences du programme a suivi plusieurs étapes. La 1^{re} étape a consisté en une proposition de formulation par un groupe de travail constitué d'un chercheur en sciences de l'éducation et de deux odontologistes pédiatriques référents du programme d'ETP et chercheurs en santé publique. La 2^e étape a été la validation de cette proposition au cours d'une MasterClass dédiée aux compétences lors du congrès de la Société Européenne d'Éducation Thérapeutique (2024). Les compétences formulées ont été exposées et questionnées en comparaison aux pratiques actuelles des participants. La 3^e étape constituera une perspective de validation auprès des patients afin d'implémenter cette nouvelle approche après l'évaluation quadriennale (fin 2025) et de l'évaluer par la suite.

Ainsi trois compétences socles ont ainsi pu être définies dans le programme (Fig. 2).

Chaque compétence a pu être définie au regard de ses composantes essentielles et de ses apprentissages critiques (Fig. 3). La déclinaison de l'ensemble des compétences est disponible en annexe.

Afin de s'adapter au niveau de littératie des différents interlocuteurs au sein d'EDUCADENFANT, une déclinaison de cette formulation a été proposée : pour les professionnels (niveau 1), pour les parents (niveau 2) et pour les enfants (niveau 3) (Fig. 4).

La mise en place de l'APC dans le programme EDUCADENFANT nous a alors amené à planifier des ateliers en fonction des compétences visées (Fig. 5).

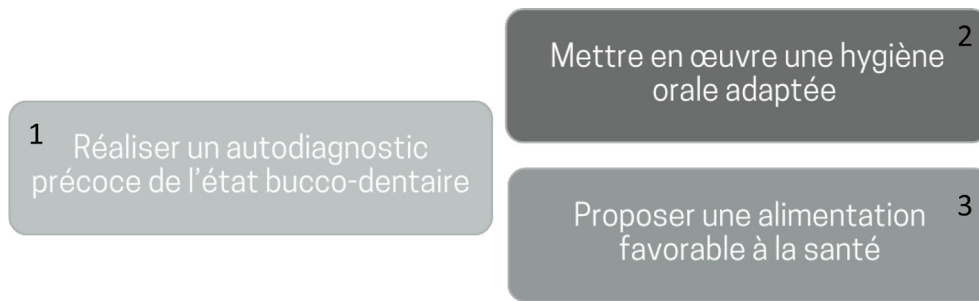


Fig. 2. Compétences socles du programme EDUCADENFANT basée sur l'APC – formulation pour les professionnels.

Fig. 2. EDUCADENFANT programme competencies based on the CBA – wording for professionals.

Compétence 3

Composantes essentielles



Apprentissages critiques :

AC.3.1 Classer les aliments

AC.3.2 Identifier les aliments à risque et protecteur

AC.3.3 Evaluer sa consommation de sucre au cours de la journée

AC.3.4 Composer son repas

Fig. 3. Exemple de la compétence 3 du programme EDUCADENFANT basé sur l'APC avec ses composantes essentielles et ses apprentissages critiques.

Fig. 3. Example of Competency 3 from the EDUCADENFANT programme based on CBA, with its essential components and critical learnings.

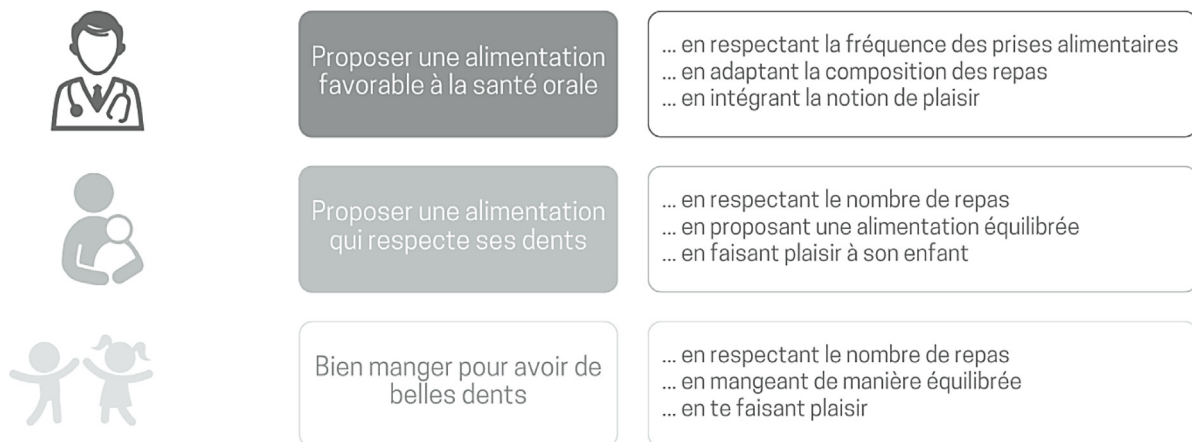


Fig. 4. Déclinaison à trois niveaux (professionnels, parents, enfants) de la compétence 3 et des composantes essentielles du programme EDUCADENFANT.

Fig. 4. Three-level implementation (professionals, parents, children) of Competency 3 and the essential components of the EDUCADENFANT programme.

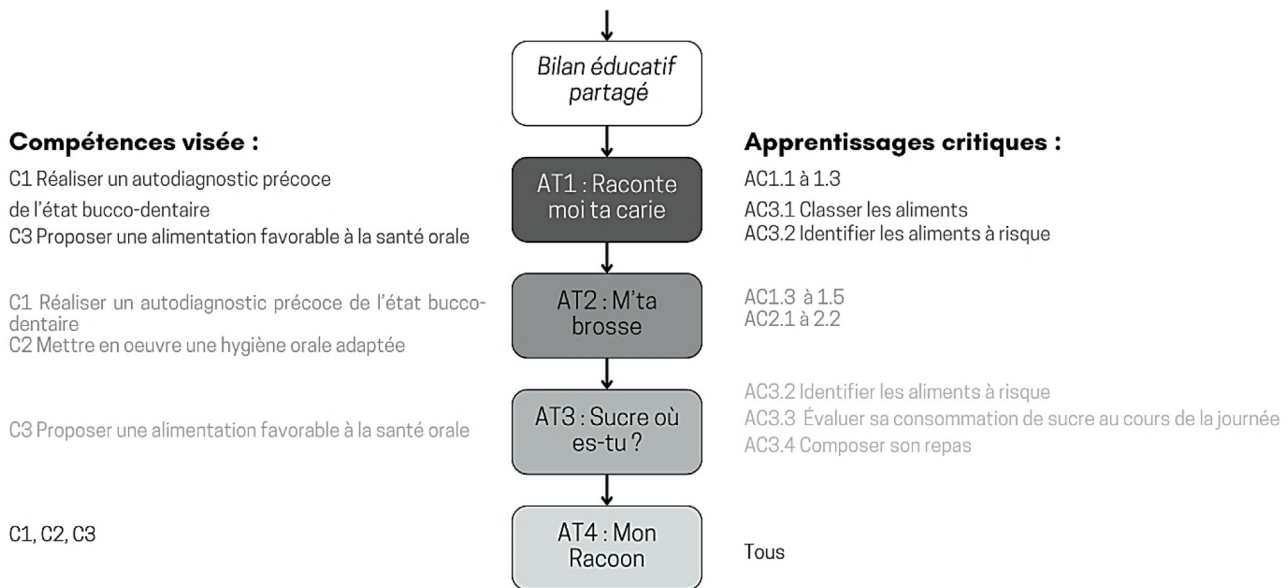


Fig. 5. Planification des ateliers du programme EDUCADENFANT avec une APC.

Fig. 5. Planning EDUCADENFANT workshops with a CBA.

Il ne s'agit désormais plus de sommer des objectifs mais de déployer une approche itérative des compétences qui permet d'ancrer les apprentissages tout au long du parcours de l'enfant. Cette approche met en évidence une cohérence des notions abordées dans l'atelier avec les composantes essentielles de la compétence visée (Fig. 6).

Dans cette APC, les composantes essentielles sont utilisées comme critère qualité pour questionner les connaissances, au cours d'un échange verbal direct par exemple :

- d'après vous, qu'est-ce qu'un repas équilibré ? ;
- quel serait pour vous un calendrier idéal ? ;
- qu'est-ce qui peut poser problème dans l'alimentation d'un enfant pour ses dents ? ;
- s'il faut retenir 3 points concernant l'alimentation sur votre enfant, que choisiriez-vous ?

Ces composantes essentielles permettent aussi de questionner les pratiques (Fig. 7).

Enfin la composante essentielle constitue un critère qualité qui permet de questionner le sentiment de compétence (Fig. 8). Le sentiment de compétence est une notion prégnante en ETP. En effet, un patient qui a un sentiment de pouvoir contrôler la situation (sentiment de compétence fort) sera davantage motivé à poursuivre la démarche éducative.

La vignette ci-après (Tab. 1) illustre la complexification des apprentissages et le développement des compétences d'un patient au cours du programme.

Dans la vignette, le soignant-éducateur a demandé à Émile, 8 ans, ce qu'il faisait au quotidien pour avoir de belles dents (renvoyant à la compétence 3). Cette question a été posée au début de l'atelier 1 et à la fin de chaque atelier (dans l'exemple, à la fin de l'atelier 3).

Lors de l'atelier 1, Émile se base sur les connaissances qu'il a acquises antérieurement à l'atelier pour répondre.

Celles-ci traduisent une conception générale et simplifiée de la maladie carieuse (seuls les aliments connus comme fortement sucrés sont responsables des lésions carieuses).

A la fin de l'atelier 3, Émile a une vision plus globale de la maladie carieuse, de ses causes, des facteurs défavorables et protecteurs. Sa seconde réponse montre qu'il a réalisé des apprentissages en lien avec les apprentissages critiques 2 et 3 : « identifier les aliments à risque et protecteur » et « évaluer sa consommation de sucre dans la journée ».

Sa réponse montre également qu'il a développé sa compétence 3 : « bien manger pour avoir de belles dents » en mettant en évidence les stratégies qu'il emploie pour y parvenir. Pour expliquer sa réponse, il s'appuie sur des composantes essentielles comme « en mangeant de manière équilibrée » : il sait identifier les aliments moins favorables à la santé (ex. : pizza, soda) et les alterne avec des aliments plus favorables (haricots verts, eau) ; pour s'aider il peut par exemple utiliser le semainier alimentaire présenté lors de l'atelier 3. Il intègre également la notion de plaisir, ce qui renvoie à la 3^e composante essentielle. Émile sait que le soda n'est pas bon pour ses dents, néanmoins il sait également qu'en buvant ce dernier de manière raisonnée (une fois par semaine, un verre), cela n'entrave sa volonté de garder des dents saines. Sa réponse traduit ainsi la construction de sa propre norme (autonormativité), qu'il a construite lors des différents ateliers.

Par ailleurs, cette vignette met en évidence que dans la réflexion d'Émile pour avoir de belles dents des éléments en lien avec la compétence 2 « Mettre en œuvre une hygiène orale adaptée », comme le nombre de brossages par jour ou la technique à employer vus lors de l'atelier 2. Il fait par ailleurs un lien entre les repas (compétence 3) et le brossage des dents (compétence 2) en précisant que le brossage des dents se fait après le repas.



Fig. 6. Exemples de cohérence des notions abordées avec les composantes essentielles dans la compétence 3.

Fig. 6. Examples of how the concepts covered are consistent with the essential components of competency 3.

4 Discussion

4.1 Les apports pédagogiques de la réingénierie APC au service de l'ETP

Telles que proposées dans la réingénierie, les trois compétences semblent clarifier la finalité de la formation en la décentrant des ressources (par exemple: « Identifier la consommation de sucre au cours de la journée (Atelier 3) »). Les compétences sont plus globales et ne se limitent pas à un savoir, savoir-être ou savoir-faire [43]. Au contraire, ceux-ci sont bien articulés et contextualisés au sein des compétences (dans l'exemple précédent: « Proposer une alimentation favorable à la santé orale »).

Les compétences permettent ainsi de centrer chaque module du programme sur la personne et son développement de compétence. Elles incarnent une perspective intégrative [48], c'est-à-dire visant à dépasser une simple juxtaposition des éléments qui la composent.

En outre, l'usage systématique des compétences rejoint une perspective d'alignement pédagogique qui se traduit dans la réingénierie par l'usage d'une même terminologie: pour la planification des ateliers, pour le choix des notions abordées au cours d'un atelier, pour le choix des critères qualité pour questionner l'action et pour l'évaluation des apprentissages [49]. C'est ainsi que les approches programmes dont l'APC

fait partie sont décrites dans la littérature comme permettant une meilleure transférabilité des apprentissages, par une plus grande motivation et un engagement de l'apprenant qui est plus à même de voir sa progression [50].

4.2 L'APC comme opportunité pour une ETP salutogénique

La formulation des compétences du programme EDUCADENFANT intègre leur déclinaison de manière à tenir compte des besoins des bénéficiaires et leur niveau de littératie en santé [51]. Cette manière de formuler les compétences vise à rendre explicite les différents « agir-en-santé » [42] ciblés par le programme (pour reprendre l'exemple de la compétence 3: « proposer une alimentation qui respecte ses dents / bien manger pour avoir de belles dents »).

Ainsi, la compétence offre l'opportunité de se démarquer d'apprentissages centrés sur des aspects pré-déterminés ou biomédicaux. Au contraire, l'expression de la compétence de l'apprenant permet de suivre son développement au cours du programme. L'APC semble bien s'inscrire dans une perspective autonormative qui intègre toutes les dimensions personnelles de la personne [41].

Dans cette perspective, et comme cela a été décrit dans d'autres contextes d'éducation à la santé, l'usage de l'APC dans

Proposer une alimentation favorable à la santé orale

... en respectant la fréquence des prises alimentaires
... en adaptant la composition des repas
 ... en intégrant la notion de plaisir

Semaine du 44

Indiquer toutes les prises alimentaires (nourriture, boisson) ainsi que l'heure de prise

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							

Fig. 7. Utilisation d'un semainier alimentaire pour questionner les pratiques à domicile.

Fig. 7. Use of a food diary to question practices at home.

Vous sentez vous capable de :

Proposer une alimentation qui respecte les dents de votre enfant ?

... en respectant le nombre de repas

... en proposant une alimentation équilibrée

... en faisant plaisir à son enfant

Au global

Tout en ...

Fig. 8. Échelle permettant de questionner le sentiment de compétence au regard des composantes essentielles.

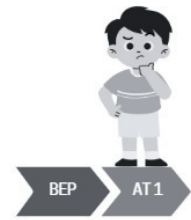
Fig. 8. Scale for assessing sense of competence with regard to essential components.

un dispositif d'apprentissage peut être promoteur de justice épistémique [52]. En santé, les injustices épistémiques peuvent se traduire par des pratiques où les patients, (notamment issus de minorités) se voient dépossédés de leurs propres savoirs parce que ces derniers sont perçus comme inférieurs ou non légitimes. L'APC qui met en avant une approche centrée sur le patient, vise à renverser cette dynamique en valorisant le savoir expérientiel du patient et en l'impliquant activement dans son

parcours de santé. L'intégration de patients dans l'élaboration de ces compétences permettrait également de s'assurer de la pertinence et de l'intelligibilité de leur formulation.

Néanmoins, la réingénierie du programme EDUCADEN-FANT a mis en évidence des difficultés à plusieurs niveaux. La première se situe au niveau des professionnels concernés par le programme qui ne sont pas formés à l'APC. L'APC est une démarche pédagogique pour laquelle il est indispensable d'être

Tableau 1. Apprentissages réalisés par Émile (8 ans), au cours des ateliers.**Table 1.** Learning and competencies developed by Émile (age 8) during the workshops.

Question du soignant-éducateur : que fais-tu pour avoir de belles dents ?	
Réponses d'Émile au début de l'atelier 1	
- Je fais attention au sucre : soda, bonbons. - Je me brosse les dents.	
Réponses d'Émile à la fin de l'atelier 3	
- Je fais attention à la quantité et le nombre de fois où je mange du sucre. Si je veux un bonbon, c'est de temps en temps et je le mange à la fin du repas - Pour les boissons, je bois de l'eau, sauf au goûter où je peux boire du lait. De temps en temps, pour me faire plaisir j'ai le droit à un verre de soda. - Il y a du sucre partout, il est caché, comme par exemple dans le pain ou les chips. - Hier soir j'ai mangé une assiette de haricots verts, ce soir je pourrai manger de la pizza. - Le brossage des dents, c'est 2 fois par jour pendant 2 minutes en brossant de la gencive vers la dent, avec un dentifrice pour mon âge et une brosse à dents douce. - Le brossage des dents c'est après le repas, mais pas tout de suite après, on attend un peu, sinon ça abîme les dents.	

formé pour en comprendre les enjeux. Aussi, la plupart des guidelines sont formatés sur une PPO. Le second point réside dans la nécessité d'adopter une démarche globale sans multiplier de manière excessive les nombres de compétences au sein du programme.

4.3 Perspectives

Les perspectives de cette approche en APC dans l'éducation thérapeutique sont plurielles. Il s'agirait en premier lieu de proposer une phase de validation et d'ajustement du dispositif avec des usagers afin d'accroître la contribution sociale dans une dimension participative [53], comme ça a pu être réalisé dans d'autres programmes d'ETP [54]. C'est à cette condition que l'APC peut réellement incarner les opportunités d'une ETP salutogénique, comme discuté précédemment.

La mise en œuvre de cette APC, transposée au domaine de l'ETP nécessite également d'être déployée sur le territoire et testée en condition réelle afin d'être évaluée et ajustée si nécessaire. En ce sens, le cadre réglementaire actuel pourrait faire émerger, au regard des évaluations annuelles et quadriennales, les nécessités d'ajustements du dispositif [55].

Effectuer une transition en APC nécessite une appropriation du format et des pratiques qui en découlent. L'apport de ce cadre

pédagogique nécessite, néanmoins une formation et un accompagnement des équipes. Ce qui implique de repenser le contenu de formation à l'ETP dispensées aux soignants [56]. Cette formation pourrait constituer un levier pour améliorer la qualité des soins et la prise en charge éducative. En effet, former les acteurs impliqués, dans le cadre d'un partenariat avec des usagers, constitue une piste pour contribuer au développement de leurs compétences interpersonnelles (ou *soft skills*) [57]. L'implication des usagers constitue un levier dans l'appropriation par les soignant de ce nouveau cadre, agissant comme un catalyseur de leurs compétences d'adaptation [58].

5 Conclusion

L'intégration de l'APC permettrait, dans une certaine mesure, de proposer un cadre pédagogique cohérent contribuant à situer les besoins et les savoirs du patient au cœur du processus éducatif. Ceci permettrait aussi d'orienter tous les intervenants vers un même but en mettant l'accent sur les composantes essentielles là où une pédagogie par objectifs entretient un clivage des interventions sans relation entre ces derniers. Pour intégrer l'APC dans l'ETP, il semble nécessaire que les référentiels et guides de bonnes pratiques la formalisent de manière explicite [59].

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts par rapport à cet article.

Références

1. Grimaldi A. Où va l'Éducation Thérapeutique du Patient ? Méd Mal Métab. 2017; 11(7):606–7.
2. Grimaldi A. L'éducation thérapeutique du patient : novlangue ou double langage ? Méd Mal Métab. 2016; 10(5):475–7.
3. Jonnaert P. Chapitre 1. Compétence, performance et qualification. In: Compétences et socioconstructivisme. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2002, pp. 9–24.
4. Postiaux N, Bouillard P, Romainville M. Référentiels de compétences à l'université. Rech Form. 2010; (64):15–30.
5. Jonnaert P, Barrette J, Boufrahi S, Masciotra D. Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité. Rev Sci L'éducation 2004; 30(3):667–96.
6. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Varying conceptions of competence: An analysis of how health sciences educators define competence. Med Educ. 2012; 46(4):357–65.
7. Jonnaert P. Chapitre 2. Plusieurs approches du concept de compétence en éducation. In: Compétences et socioconstructivisme. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2002, pp. 25–41.
8. Jonnaert P, Furtuna D, Ayotte-Beaudet JP, Sambotte J. Vers une re-problématisation de la notion de compétence. Cah CUDC. 2015; (34).
9. Le Boterf G. De la compétence : essai sur un attracteur étrange. Paris: Les Ed. d'Organisation; 1997.
10. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal (QC): Chenelière Éducation; 2006, 363 p.
11. Braslavsky C. Tendances mondiales et développement des curricula. Bruxelles; 2001.
12. Légifrance. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier [Internet]. 2009. [Consulté 29 févr 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020961044>.
13. Légifrance. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [Internet]. 2017 [consulté 29 févr 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000034508221/2018-04-25/>.
14. Légifrance. Arrêté du 18 octobre 2017 fixant la réglementation applicable à la formation commune à la médecine et à l'odontologie délivrée dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de chirurgie orale et modifiant l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie [Internet]. 2017. [consulté 29 févr 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000035880056/2019-07-14>.
15. Légifrance. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute [Internet]. 2015. [consulté 29 févr 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>.
16. Légifrance. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie — Annexe I : Référentiel d'activités et compétences [Internet]. 2014 [consulté 3 juill 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/12/AFSH1426478A/jo/texte>.
17. Légifrance. Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux [Internet]. 2021. [consulté 29 févr 2016] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>.
18. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche-DGESIP. Articuler le RNCP à une approche par compétences. 2023.
19. SNESUP-FSU. Analyse des référentiels HCERES [Internet]. 2022. [consulté 15 avril 2025]. Disponible sur : <https://www.snesup.fr/article/analyse-des-referentiels-hceres>.
20. World Health Organization. Global competency and outcomes framework for universal health coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [consulté 6 avr 2022]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352711>.
21. Aiguier G, Cobbaut JP. Chapitre 1. Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation. J Int Bioéthique Ethique Sci. 2016; 27(1):17–40.
22. World Health Organization. Life in the 21st century: A vision for all [Internet]. 1998. Disponible sur : <https://www.who.int/whr/1998/en/>.
23. Frenay M, Parmentier P, Warnier L, Wouters P. Implémenter l'approche-programme dans une perspective de développement de la qualité de l'enseignement universitaire. In: Compétences et approche-programme Outiller le développement d'activités responsables. Londres: Interdisciplinarité, sciences et humanités; 2018. (Innovation et responsabilité).
24. Thurman GK, Sanders MK. Competency-based education versus traditional education: A comparison of effectiveness. Radiol Technol. 1987; 59(2):164–9.
25. Long DM. Competency-based residency training: The next advance in graduate medical education. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2000; 75(12):1178–83.
26. Stillman PL, Wang Y, Ouyang Q, Zhang S, Yang Y, Sawyer WD. Teaching and assessing clinical skills: A competency-based programme in China. Med Educ. 1997; 31(1):33–40.
27. Hitzblech T, Maaz A, Rollinger T, Ludwig S, Dettmer S, Wurl W, *et al.* The modular curriculum of medicine at the Charité Berlin — a project report based on an across-semester student evaluation. GMS J Med Educ. 2019; 36(5):Doc54.
28. Dijkstra IS, Pols J, Remmelts P, Rietzschel EF, Cohen-Schotanus J, Brand PLP. How educational innovations and attention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: The key role of the learning environment. Perspect Med Educ. 2015; 4(6):300–7.
29. Parson L, Childs B, Elzie P. Using Competency-Based Curriculum Design to Create a Health Professions Education Certificate Program the Meets the Needs of Students, Administrators, Faculty, and Patients. Health Prof Educ. 2018.

30. Hébrard P. Quelle «approche par les compétences» et quels référentiels pour la formation professionnelle aux métiers de la relation humaine? Doss Sci L'éducation. 2013; (30):17–34.
31. Pelaccia T. Des pratiques éducatives fondées sur les opinions aux pratiques éducatives fondées sur les preuves. Pédagogie Médicale 2019; 20(2):55–6.
32. Quesnay P, Poumay M, Gagnayre R. Accompagner la mise en œuvre de l'approche par compétences dans les formations en santé : perspectives d'une stratégie de changement pragmatique portée par un individu tertiaire dans un institut de formation en ostéopathie. Pédagogie Médicale 2022; 23(1):49–67.
33. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. ADSP. 2001; (36):11–3.
34. OMS. Bureau régional pour l'Europe, Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. 1998. [consulté 15 avril 2025] Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf.
35. Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé [Internet]. 2001 [cité 10 déc 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>.
36. d'Ivernois JF, Gagnayre R, les membres du groupe de travail de l'IPCEM. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. Educ Thér Patient – Ther Patient Educ. 2011; 3 (2):S201–5.
37. Gross O, Gagnayre R. Une éducation salutogénique basée sur les capacités des patients : une nouvelle composante de l'éducation thérapeutique. Educ Thér Patient – Ther Patient Educ. 2018; 10 (1):10501.
38. Inspection Générale des Affaires Sociales. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance. 2015.
39. HCSP. Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique des patients 2010-2014. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2015.
40. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique. Maloine; 2011. (4^e éd. Collection Éducation du Patient).
41. Barrier P. L'autonormativité du patient chronique: un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique. Alter. 2008; 2(4):271–91.
42. Parent F, Aiguier G, Berkesse A, Reynaerts M, Rolland F, Wardavoir H, *et al.* Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de «l'agir-en-santé». Pédagogie Médicale 2018; 19(3):127–35.
43. Poumay M, Tardif J, Georges F. Organiser la formation à partir des compétences – Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2017.
44. Poumay M, Georges F. Comment mettre en œuvre une approche par compétences dans le supérieur? 1^{re}. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022, 240 p.
45. Tardif J. Développer un programme par compétences: de l'intention à la mise en œuvre. Pédagogie Collégiale 2003; 16(3).
46. Marquillier T, Delfosse C, Idoux J, Trentesaux T. Éducation thérapeutique et santé orale, une opportunité pour l'enfant. Soins Pédiatr. Pueric. 2022; 43(324):40–4.
47. HAS. Éducation thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser? In: Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques – Guide méthodologique [Internet]. Saint-Denis-la-Plaine; 2007 [consulté 16 janv 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques.
48. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale 2007; 8 (4):232–51.
49. Romainville M. L'«alignement pédagogique»: un arbre qui cache la forêt? Rev Fr Pédagogie 2023; 221(4):109–16.
50. Kolmos A, Holgaard J, Du X. Chapitre 9. Transformation du curriculum : vers un apprentissage par problèmes et par projets. In: Innover dans l'enseignement supérieur. Presses Universitaires de France; 2009, 151 p.
51. Margat A. La littératie en santé en éducation thérapeutique : la mesure d'un écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences des patients. Educ Thér Patient – Ther Patient Educ. 2019; 11(2):20501.
52. Quesnay P, Arondel C, Levasseur A, Londres M, Blanchoz JM, Margat A. L'académie populaire de santé: une action de promotion de la santé pour répondre aux enjeux de l'ISS sur le territoire de la Seine-Saint-Denis avec et pour les personnes concernées. Séminaire Pair-aidance: entre engagement et professionnalisation. Saint-Denis: USPN; 2023.
53. Bilodeau A, Allard D, Gendron S, Potvin L. Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. Can J Program Eval. 2007; 21(3):257–82.
54. Tournaire N, Leseur J, Roy A, Motte Rouge A de la, Bertrand DP. Comment intégrer un patient partenaire dans une équipe de soins? Santé Publique 2023; 35(3):285–95.
55. HAS. Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes [Internet]. 2014. [consulté 15 avril 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf.
56. D'Ivernois JF, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique Une pédagogie au service de la santé publique. ADSP. 2017; (100).
57. Huteau ME, Cardoso-Fortes C, Berkesse A, Jackson M, Pomey MP, Stoeber-Delbarre A. Les professionnels de santé s'appuient sur les patients partenaires. Soins Cadres 2023; 32(141):54–63.
58. Lataillade L, Chambouleyron M, Garcia M, Wibaut S, Moix V, Lasserre Moutet A. Former des professionnels de santé en éducation thérapeutique du patient (ETP) en partenariat avec des patients. Une expérience en stomathérapie. Méd Mal Métab. 2020; 14(4):308–13.
59. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2015.

Citation de l'article : Quesnay P, Craquelin M, Gagnayre R, Marquillier T. Repenser la formulation des compétences des patients : quels apports pour l'ETP? Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2025; 17:10502. <https://doi.org/10.1051/tpe/2025008>