

Avis sur l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique

Avis sur l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique

RECENSION DES ÉCRITS, ENTRETIENS EXPLORATOIRES ET PISTES D'ACTION

Direction de la valorisation scientifique et qualité

Septembre 2021

AUTEURS

Félix Lebrun-Paré, conseiller scientifique
Doina Malai, conseillère scientifique
Mathieu-Joël Gervais, conseiller scientifique
Direction de la valorisation scientifique et qualité

COMITÉ CONSULTATIF

Doina Malai, conseillère scientifique
Benoit Houle, chef d'unité scientifique
Direction de la valorisation scientifique et qualité

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-Hélène Brousseau, conseillère scientifique et coordonnatrice
Direction de la valorisation scientifique et qualité

RÉVISION PAR LES PAIRS

Julie Lane, professeure adjointe
Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

Marc Lemire, chercheur d'établissement
Caroline Tessier, conseillère scientifique
Direction de la valorisation scientifique et qualité

Les réviseuses et le réviseur ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de cet avis et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs, les membres du comité consultatif ainsi que les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Hélène Fillion, adjointe à la direction
Direction de la valorisation scientifique et qualité

CITATION SUGGÉRÉE

Lebrun-Paré, F., Malai, D. et Gervais, M-J. (2021). Avis sur l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique : recension des écrits, entretiens exploratoires et de pistes d'action - Site Web de l'INSPQ.
www.inspq.qc.ca/publications/2827

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-90570-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Remerciements

Cet avis a été financé par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par le biais de l'Entente-cadre entre le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). À cet égard, les auteurs et l'auteure souhaitent remercier Geneviève Beauregard de la Direction générale de santé publique du MSSS pour ses commentaires pertinents. Ils souhaitent également remercier Caroline Tessier (INSPQ) pour ses précieux conseils d'ordre méthodologique, Annabelle Ponsin de l'Université du Québec à Montréal, pour les réflexions critiques sur la notion de compétence, Roxane Lépine (INSPQ) pour le soutien bibliothéconomique lors de la revue de littérature, Olivier Robert (INSPQ) pour le soutien continu concernant la gestion de projet et le processus d'assurance-qualité, et enfin, Maryse Beaudry (INSPQ) pour la relecture du point de vue de la compréhensibilité, de l'accessibilité et de l'efficacité.

Les auteurs et l'auteure souhaitent également exprimer leur reconnaissance aux réviseuses et au réviseur (cités à la page précédente) pour leur lecture attentive et leur regard aguerris. Les commentaires, outre le fait qu'ils ont permis de valider certains choix d'analyse et de rédaction, ont significativement contribué à améliorer la clarté, la rigueur et la qualité générale de l'avis.

Avant-propos

Compte tenu du contexte lié à la pandémie de COVID-19, le sondage prévu auprès des gestionnaires et du personnel du réseau de la santé publique au Québec est reporté à une date indéterminée. Des entretiens auprès d'informateurs-clés en ressources humaines hors santé publique n'ont pu être effectués pour les mêmes raisons. Dans ces circonstances, les résultats d'entretiens exploratoires, menés à l'origine dans le but plus restreint d'orienter l'élaboration du sondage, ont été intégrés pleinement à l'analyse des résultats. La recension des écrits a également été approfondie, pouvant être qualifiée de « narrative intégrant des stratégies systématisées ».

Table des matières

Liste des tableaux	VII
Faits saillants	1
Sommaire	3
1 Mise en contexte et problématique	9
2 But et objectifs	11
3 Perspectives théoriques sur l'approche par compétences	13
3.1 L'approche par objectifs : insuffisante dans plusieurs contextes.....	13
3.2 L'approche par compétences : définition, forces et limites	14
3.3 Le référentiel de compétences	16
4 Méthodologie	19
4.1 La recension des écrits.....	19
4.1.1 Le type de recension menée.....	19
4.1.2 Description de la démarche de recension	20
4.2 Description des documents centraux retenus pour l'analyse (n = 8).....	23
4.3 Les entretiens exploratoires	27
4.4 L'analyse des données	28
4.5 La révision par les pairs	28
5 Résultats de la recension des écrits et des entretiens exploratoires	29
5.1 Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique	29
5.1.1 Les facteurs structurels	30
5.1.2 Les facteurs organisationnels	35
5.1.3 Les facteurs associés aux contenus.....	38
5.1.4 Les facteurs associés à la forme	43
5.1.5 Les facteurs associés au processus d'implantation des référentiels.....	44
5.2 Les types d'utilisation des référentiels de compétences en santé publique	45
5.3 La satisfaction globale et les retombées perçues de l'utilisation de référentiels de compétences	49
5.3.1 La satisfaction globale	50
5.3.2 Les retombées perçues	50
6 Discussion générale	55
6.1 Principales limites de l'avis.....	55
6.2 Discussion sur les enjeux de l'utilisation des référentiels et de l'approche par compétences	56
7 Pistes d'action	59
7.1 Prendre en considération certaines balises relatives à l'approche par compétences	59

7.1.1	Reconnaître que le champ de la santé publique est dynamique et évolue dans le temps.....	59
7.1.2	Reconnaître les difficultés de la mesure des compétences	59
7.1.3	Définir les finalités des processus d'évaluation des compétences	60
7.1.4	Centrer l'évaluation individuelle sur le processus d'apprentissage	60
7.1.5	Concevoir et présenter les référentiels comme des ensembles de repères	60
7.2	Mettre en œuvre des stratégies d'ordre structurel et organisationnel favorisant l'appropriation et l'utilisation des référentiels	61
7.2.1	Élaborer un plan de transfert avec les partenaires pertinents	61
7.2.2	Mettre en place des stratégies relatives aux dispositifs structurels.....	61
7.2.3	Mettre en place des stratégies relatives aux dispositifs organisationnels	62
7.3	Développer un support numérique et des outils complémentaires facilitant l'utilisation des référentiels.....	62
7.4	Apporter certains ajustements aux référentiels de compétences en santé publique existants	62
7.5	Évaluer la pertinence et la faisabilité d'élaborer un référentiel de compétences sur l'ensemble de l'action de santé publique	63
7.6	Approfondir les connaissances sur l'utilisation des référentiels de compétences dans le réseau de santé publique	63
8	Conclusion	65
9	Références	67
	Annexe 1 Précisions sur la méthodologie de la recension des écrits.....	73
	Annexe 2 Les caractéristiques des recherches analysées mais non retenues comme articles centraux (n = 5)	81
	Annexe 3 Le guide d'entretien	85
	Annexe 4 Les caractéristiques des personnes participantes aux entretiens exploratoires	89

Liste des tableaux

Tableau 1	Les caractéristiques principales des designs de recherche des huit documents centraux	24
Tableau 2	Les facteurs structurels de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique.....	31
Tableau 3	Les facteurs organisationnels de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique.....	36
Tableau 4	Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique associés aux contenus.....	39
Tableau 5	Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique associés à la forme	43
Tableau 6	Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique associés au processus d'implantation.....	44
Tableau 7	Les types d'utilisation effective et potentielle des référentiels de compétences identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires	46
Tableau 8	Les retombées positives perçues de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique.....	51
Tableau 9	Critères visant à évaluer les degrés de faisabilité et de « souhaitabilité » pour la réalisation d'une recension systématique	75
Tableau 10	Critères (non exhaustifs) d'approches systématiques pour les revues de littérature et précisions sur le travail réalisé dans le cadre de cette étude	76
Tableau 11	Caractéristiques principales des designs de recherche des cinq publications analysées mais non retenues comme centrales.....	83
Tableau 12	Quelques caractéristiques des personnes participantes aux entretiens exploratoires et les des domaines couverts par les référentiels	91

Faits saillants

De nombreux pays ont développé des référentiels de compétences visant à soutenir la main d'œuvre face à la complexification grandissante des pratiques en santé publique. Afin de mieux saisir l'utilisation de tels référentiels au Québec, de dégager des pistes d'action en vue de d'optimiser leur utilisation et de cerner les besoins de mise à jour, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec afin qu'il produise un avis à cet effet.

Principaux constats et pistes d'action centrés sur l'approche par compétences

Les référentiels sont généralement considérés comme des outils associés à l'approche par compétences en milieu de travail. Leur utilisation dépend donc de facteurs contextuels, telle que la compréhension et l'adoption de l'approche par compétences par les gestionnaires, le personnel, les directions des ressources humaines et les syndicats. Or, si l'approche par compétences est prometteuse, les résistances à son adoption sont légitimes, étant donné que :

- La notion de compétence est complexe et abstraite par essence, ce qui nuit à sa compréhension et son utilité perçue, en plus de constituer un obstacle à son opérationnalisation;
- L'évaluation des compétences peut être ardue puisque leur mesure est parfois difficile;
- L'évaluation peut être reçue de manière ambivalente par le personnel, entre le désir de reconnaissance de leur part et la crainte d'un jugement négatif ou de sanctions.

Ainsi, en vue d'une implantation graduelle de l'approche par compétences ou de sa consolidation, il s'agirait :

- D'amorcer une réflexion à ce sujet en impliquant des représentant(e)s de tous les groupes concernés (gestionnaires, directions des ressources humaines, syndicats, personnel de divers rôles professionnels, etc.);
- De réaliser des études de cas auprès d'unités ou d'équipes du réseau de la santé qui auraient déjà intégré l'approche par compétences, le cas échéant;
- D'explorer la pertinence et la possibilité de réaliser des projets pilotes sur l'intégration de divers aspects de l'approche par compétences, à différents niveaux organisationnels;

Ces initiatives constitueraient un terreau fertile pour optimiser l'utilisation des référentiels. Inversement, rappelons que les référentiels contribuent déjà, dans une certaine mesure, à promouvoir l'approche par compétences. Des pistes d'action centrées sur l'utilisation des référentiels eux-mêmes demeurent donc pertinentes.

Principaux constats et pistes d'action centrés sur les référentiels

Soulignons tout d'abord que la caractérisation des types d'utilisation des référentiels et de leurs retombées permet de consolider la pertinence de ceux-ci. Par ailleurs, alors que les contenus et le degré de précision des référentiels de compétences à l'étude sont généralement satisfaisants pour les personnes interviewées, certains facteurs pourraient contribuer à leur plus grande utilisation et au développement des compétences. Ces facteurs ont trait aux leviers structurels (organisations en santé publique, financement, pouvoir d'influence, programmes universitaires, etc.), aux ressources organisationnelles, au temps dédié ainsi qu'aux divers dispositifs et outils destinés à en soutenir l'utilisation. Les résultats de cette étude pourraient d'ailleurs être utiles pour l'élaboration de dispositifs, tels que des formations exposant les retombées possibles de l'utilisation des référentiels à l'aide d'études de cas.

En vue d'optimiser l'utilisation des référentiels, les pistes d'action suivantes sont proposées (voir le chapitre 7 pour la liste complète) :

- Utiliser les référentiels comme des repères pour le développement professionnel, et non comme une liste de critères précis à satisfaire, afin d'appréhender les enjeux associés à l'évaluation des compétences;
- Diffuser largement les référentiels et les rendre aisément accessibles sur le Web;
- Explorer l'idée d'élaborer des formations présentant les référentiels, les types d'utilisation possibles, leurs retombées et les « bonnes pratiques » en termes d'utilisation;
- Développer une interface Web et des outils numériques facilitant l'auto-évaluation des compétences afin de répondre au problème de longueur et de complexité des référentiels;
- Mettre à jour certaines « ressources externes », telles que des plans et guides qui ont fait l'objet d'une réédition;
- Explorer l'idée du développement d'un référentiel général en santé publique, qui pourrait contenir des éléments importants et très peu abordés, en particulier la prise en compte des inégalités sociales de santé et l'analyse de politiques publiques.

Besoin d'études empiriques au Québec

La recension des écrits révèle le très faible nombre d'études réalisées sur la question. Afin de mieux saisir l'utilisation des référentiels de compétences, des données empiriques sont nécessaires. Par exemple, un sondage auprès des gestionnaires, du personnel et des directions des ressources humaines du réseau de la santé publique au Québec, possiblement combiné avec des entretiens ou des groupes de discussion, pourraient être menés. Un étalonnage hors réseau de la santé pourrait être envisagé également, si la collecte de donnée est insuffisante.

Sommaire

Mise en contexte et problématique

Face à la complexification grandissante de la pratique de la santé publique, de nombreux pays ont développé des référentiels de compétences, c'est-à-dire des répertoires regroupant les compétences, les ressources (savoir-faire, qualités, réseaux, etc.) à mobiliser et les conditions nécessaires pour agir avec efficacité lors d'une situation professionnelle. Ces référentiels visent à s'assurer de la capacité de la main d'œuvre à relever le défi de cette complexité.

Le Québec n'est pas en reste, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les acteurs régionaux de santé publique et leurs partenaires ayant élaboré six référentiels traitant de différents domaines ou fonctions de santé publique, entre 2010 et 2018. Ces initiatives s'inscrivent dans une volonté d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Sur la base d'une utilisation des référentiels perçue comme sous-optimale et s'interrogeant sur les besoins de les mettre à jour, d'en élaborer de nouveaux et de développer des dispositifs favorisant leur utilisation, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS a mandaté l'INSPQ afin de documenter l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique, incluant les six référentiels à l'étude.

Cet avis permettra d'alimenter les travaux en soutien au développement des compétences des acteurs de santé publique.

Objectif de l'étude

Dans la perspective de soutenir le développement des compétences des personnes œuvrant dans le réseau de la santé publique au Québec, cette étude vise à mieux saisir l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique par les professionnels et gestionnaires de la DGSP, de l'INSPQ et des directions de santé publique, incluant les six référentiels à l'étude, et de formuler des pistes d'action afin d'en optimiser l'utilisation.

Les référentiels à l'étude sont ceux qui ont été élaborés en soutien à la mise en œuvre du Programme national de santé publique, soit :

- *Profil des compétences pour l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population du Québec* (avril 2010);
- *Référentiel de compétences en santé environnementale pour la santé publique du Québec* (juillet 2012);
- *Référentiel de compétence pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires* (21 août 2012);
- *Référentiel de compétences en santé au travail du réseau de la santé publique du Québec* (août 2013);
- *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé pour le réseau de la santé et des services sociaux* (juillet 2014);
- *Référentiel de compétences en maladies infectieuses pour la santé publique du Québec* (juin 2018).

Méthodologie

Une recension des écrits narrative incluant des stratégies systématisées a été réalisée. Elle a permis d'explorer les recherches menées entre 2013 et 2020 en Europe, en Australie et en Amérique du Nord. Celles-ci ont porté sur différentes dimensions de l'utilisation de référentiels en santé publique (facteurs, types d'utilisation, retombées) s'adressant à des gestionnaires et des professionnels.

Des entretiens semi-dirigés (n = 13), centrés sur les 6 référentiels à l'étude, ont fourni des éléments contextuels aux résultats de la recension. Cinq conseillères scientifiques, quatre médecins-conseils, une gestionnaire, deux personnes représentantes syndicales et une gestionnaire en ressources humaines ont été interrogées. La majorité de ces personnes travaillent à l'INSPQ¹ à l'exception d'une personne gestionnaire travaillant à la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

Principaux constats de l'étude et éléments de discussion

La recension a permis de constater la rareté des recherches empiriques ayant pour objet l'implantation, l'utilisation et l'impact des référentiels de compétences, puisque seulement 13 articles ont été retenus pour l'analyse en profondeur, dont huit figurent parmi les articles centraux (*core articles*). Malgré ce nombre relativement faible, l'analyse documentaire, triangulée et enrichie par celle des entretiens exploratoires, a mis en évidence les facteurs de l'utilisation des référentiels, les types d'utilisation, la satisfaction générale et les retombées de leur utilisation. Ces résultats permettent entre autres de consolider la pertinence de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique. Notons par ailleurs que 45 publications complémentaires sont référencées dans l'avis et ont permis de développer la problématique, le cadre conceptuel et de nourrir la discussion et les pistes d'action.

Bien que la démarche d'analyse soit largement inductive, les catégories construites ont été comparées de manière itérative avec des cadres d'analyse existants (principalement ceux issus des travaux de Damschroder *et al.* 2009 et Lemire *et al.*, 2009). Le texte qui suit décrit les facteurs identifiés et expose, lorsque cela a émergé des entretiens, des éléments d'appréciation de certains aspects des référentiels à l'étude.

Facteurs structurels

Un premier pôle de facteurs concerne la stabilité, l'importance et le degré de structuration du champ de la santé publique. En effet, le caractère interdisciplinaire et complexe du champ de la santé publique rend plus difficile son institutionnalisation au sein de l'État. Cette difficulté se traduit par un manque de leviers (organisations, financement, pouvoir d'influence, programmes universitaires, etc.) qui pourraient favoriser l'utilisation des référentiels. Cette situation peut, néanmoins, constituer une motivation pour certains acteurs et actrices : le référentiel de compétences est alors considéré comme « outil politique » pour la reconnaissance et la professionnalisation de domaines de santé publique. Un deuxième pôle concerne des facteurs ayant une influence plus directe sur l'utilisation des référentiels, tels que la présence de systèmes d'accréditation exigeant l'élaboration de plans de développement professionnel continu s'appuyant sur les référentiels, ou encore la compatibilité entre les référentiels et les exigences des ordres professionnels.

¹ Notons ici qu'à l'origine, les résultats de ces deux méthodes devaient, dans une deuxième phase, orienter la réalisation d'un sondage auprès du réseau. Cette phase a été reportée à un moment indéterminé étant donné la situation liée à la pandémie de COVID-19. Les résultats permettent toutefois de répondre en partie aux objectifs de départ.

Facteurs organisationnels

Une deuxième catégorie de facteurs a trait aux grandes orientations organisationnelles : l'arrimage entre les objectifs organisationnels et nationaux, la disponibilité des ressources et le temps dédié au développement des compétences. Le rôle des gestionnaires, incluant l'encouragement de ces derniers et dernières à l'utilisation des référentiels, est également important à prendre en compte. À cet effet, les résultats montrent l'impact parfois négatif d'un processus d'implantation d'un référentiel uniquement porté par la direction (approche *top-down*) sur la réceptivité du personnel envers le référentiel implanté. La troisième catégorie de facteurs se rapporte à la présence de dispositifs et d'outils facilitants l'utilisation (accompagnement, formations, plans de développement collectif, etc.). Nous y reviendrons lors de l'exposition des pistes d'action.

Facteurs associés aux contenus

Ces facteurs concernent les caractéristiques des contenus des référentiels et leur adéquation en regard des besoins et du contexte des publics cibles. Les entretiens nous apprennent que certains contenus ne sont pas suffisamment traités, tels que l'opérationnalisation de la prise en compte des inégalités de santé et l'analyse de politiques publiques. Les facteurs associés aux contenus ont également trait à la notion de compétence elle-même, soit son caractère abstrait, la complexité à la traduire et à l'opérationnaliser dans la pratique et la difficulté d'évaluer les compétences. À ce titre, la réception de l'évaluation est délicate parce qu'elle touche à l'identité des personnes, particulièrement si elle ne prend pas suffisamment en compte le travail réel et les conditions de son exercice. Qui plus est, les compétences sont parfois difficiles à mesurer étant donné le caractère non quantifiable de certaines de ses composantes (tel que les savoir-être), bien que ces dernières soient souvent incontournables pour agir de manière appropriée.

Facteurs associés à la forme

Les facteurs associés à la forme ont trait au degré de lisibilité des référentiels de compétences. On note la présence de jargon, la longueur et la quantité de texte, de même que la disponibilité d'une traduction dans la langue de groupes minoritaires. Pour une partie des personnes participantes aux entretiens, le langage utilisé dans les référentiels demeure complexe et la quantité d'information parfois trop importante. Cela dit, le degré de précision des référentiels à l'étude est considéré très satisfaisant.

Facteurs associés au processus d'implantation

La présence d'une stratégie structurée visant à faire connaître les référentiels et d'en favoriser l'utilisation est un facteur majeur. Sa planification et sa mise en œuvre peuvent s'avérer complexes, coûteuses et chronophages, en particulier s'il est question plus largement de l'approche par compétences. En effet, la transversalité de cette approche implique des changements importants au sein de plusieurs processus (recrutement, développement professionnel, évaluation, décentralisation, travail en réseaux, etc.). Dans le cas des référentiels à l'étude, la totalité des personnes participantes ont souligné une diffusion insuffisante de ceux-ci. Le plan de transfert prévu à l'origine afin de faire connaître ces référentiels n'a d'ailleurs jamais été mis en œuvre.

Types d'utilisation

L'étude fait état d'une pluralité d'utilisations des référentiels : analyse de besoins et de données de recherche, plaidoyer, gestion des ressources humaines (processus d'embauche et organisation du travail), gestion stratégique (focalisation sur les orientations organisationnelles, changement organisationnel, etc.) développement des compétences (encadrement de stagiaires, élaboration de plans de développement professionnel, mentorat, formation continue, etc.) et enfin, en vue de

soutenir les trajectoires professionnelles, à l'interne ou à l'externe de l'organisation (mise de l'avant des compétences transférables en vue de la mobilité professionnelle).

Satisfaction globale et retombées

La satisfaction globale des référentiels rapportée dans la littérature est plutôt positive, et considérée très positive dans les entretiens. Concernant les retombées, selon le pôle individuel, on relate (entre autres) que l'utilisation des référentiels permet de consolider/donner confiance en ses compétences, structurer l'apprentissage et la trajectoire professionnelle. Elle permet également de clarifier l'identité professionnelle et le sentiment de communauté au sein d'un domaine donné, comme celui de la promotion de la santé. Selon le pôle organisationnel, les référentiels se sont avérés utiles afin d'identifier des besoins de connaissances au sein de démarches de transfert des connaissances. On note également l'efficacité des référentiels dans la caractérisation des pratiques en vue de l'animation d'une communauté de pratiques. Les référentiels permettent en effet de « mettre des mots sur des réalités » difficiles à saisir. En contexte d'implantation de l'exercice de la responsabilité populationnelle, les référentiels se sont avérés pertinents en fournissant des définitions plus opérationnelles, favorisant ainsi une vision partagée du changement.

Pistes d'action

Les résultats permettent de formuler des pistes d'action (et de réflexion) afin d'optimiser l'utilisation des six référentiels de compétences à l'étude. La plupart de ces pistes sont de nature préliminaire, puisque l'étude n'a pu être complétée par une collecte de données dans le réseau de la santé publique, en raison de la pandémie de COVID-19.

Pistes d'action et balises relatives à l'approche par compétences

- Amorcer une réflexion collective sur l'implantation de l'approche par compétences en santé publique de l'organisation apprenante et l'utilisation des référentiels, ce qui peut inclure des études de cas et/ou la mise en place de projets pilotes;
- Reconnaître les difficultés inhérentes à la mesure des compétences collectives ou individuelles, afin d'initier un changement d'attitude à cet égard et de mettre en place les dispositifs appropriés;
- Concevoir l'évaluation individuelle comme un processus au service de l'apprentissage, plutôt qu'au service d'un jugement menant à une dévalorisation ou des sanctions;
- Concevoir les référentiels comme des repères plutôt que des critères précis à satisfaire.

Développement de dispositifs et d'outils facilitant l'utilisation des référentiels

- Élaborer un plan de transfert pour faire connaître les six référentiels à l'étude;
- Offrir des formations visant à soutenir l'utilisation des référentiels selon différents publics cibles;
- Explorer les possibilités d'améliorer les conditions organisationnelles visant à favoriser les apprentissages (temps dédié, accessibilité aux formations, ressources financières, etc.);
- Développer une interface Web visant à simplifier l'ergonomie des tableaux présents dans les référentiels – à l'aide d'accordéons² par exemple;
- Évaluer la possibilité et la pertinence de développer des outils Web facilitant l'auto-évaluation des compétences selon les rôles et les niveaux professionnels.

² « L'accordéon est un élément de contrôle graphique comprenant une liste d'éléments empilés verticalement, tels que des étiquettes ou des vignettes. Chaque élément peut être « développé » ou « réduit » pour révéler le contenu associé à cet élément » [Trad. libre]. Accordion (GUI). (2021, 8 septembre). Dans [https://en.wikipedia.org/wiki/Accordion_\(GUI\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Accordion_(GUI))

Mise à jour des six référentiels à l'étude

Soulignons d'emblée que les résultats des entretiens exploratoires convergent pour affirmer que les référentiels à l'étude sont utiles, pertinents et d'un degré de précision approprié.

Une mise à jour des ressources externes (par exemple, les documents réédités par des partenaires) est toutefois rapportée comme nécessaire.

Élaborations d'autres référentiels

- Explorer l'idée de développer un référentiel général en santé publique. Déterminer son arrimage par rapport à celui développé par l'Agence de la santé publique du Canada;
- Cerner les compétences relatives à la prise en compte des inégalités sociales de santé et les intégrer dans un référentiel général en santé publique;
- Cerner les compétences relatives à l'analyse des politiques publiques et les intégrer dans un référentiel général en santé publique.

Besoin de recherches empiriques au Québec

Un sondage auprès des acteurs et des actrices du réseau de la santé publique au Québec, par exemple, pourrait être réalisé afin de mieux saisir l'utilisation des référentiels de compétences et consolider les décisions à prendre afin d'en optimiser l'utilisation. Le sondage pourrait possiblement être combiné avec des entretiens ou des groupes de discussion auprès de ces mêmes publics. Une consultation auprès d'informateurs-clés en ressources humaines hors réseau de la santé pourrait s'avérer pertinente également.

1 Mise en contexte et problématique

Le champ de la santé publique appréhende des problèmes de plus en plus complexes, et de ce fait, ne cesse de s'étendre (Fournier, 2003; Massé, 2007; Parent *et al.*, 2014). Cette complexité fait appel à l'amélioration des capacités des praticiennes et praticiens du champ (OMS, 2016). Face à cette situation, de nombreux pays ont développé des référentiels de compétences en santé publique dans les dernières années (Battel-Kirk et Barry, 2019a; Bornioli *et al.*, 2020). De tels référentiels regroupent les compétences, les ressources (savoirs, savoir-être, savoir-faire, réseaux de contacts, etc.) à mobiliser et les conditions d'exercice nécessaires pour agir avec efficacité lors de différentes situations professionnelles.

Le Québec n'est pas en reste; on constate ici également l'inadéquation des processus de développement de la main d'œuvre en santé publique au regard de la complexité grandissante du champ. En effet, lors de la mise à jour du Programme national de santé publique (2003-2012), effectuée en 2008, un bilan rapporte la fragmentation des savoirs et des pratiques, une offre de formation disparate et non coordonnée, des modes de gestion peu appropriés pour le travail en réseau et une sous-utilisation des approches d'apprentissage professionnel reconnues comme innovantes (Brahimi, 2009, p. 1). Ce manque de vision systémique a mené le Québec à développer, lui aussi, des référentiels de compétences. Ainsi, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les acteurs régionaux de santé publique et leurs partenaires ont élaboré six référentiels entre 2010 et 2018 traitant de différents domaines ou fonctions de santé publique. Ils portent respectivement sur la surveillance (2010), la santé environnementale (2012), la responsabilité populationnelle (2012), la santé au travail (2013), la promotion-prévention (2014) et les maladies infectieuses (2018)³.

Malgré les ressources relativement importantes allouées à leur développement, très peu de recherches ont porté sur l'utilisation des référentiels en santé publique, les types d'utilisation, leurs retombées, et, plus largement, sur l'approche par compétences⁴ en santé publique (Battel-Kirk et Barry, 2019a). Aucune étude en ce sens n'a d'ailleurs été réalisée au Québec. Par ailleurs, les recherches plus générales sur les référentiels se rapportant à un ensemble de champs de pratique font état de résultats décevants. Selon Batal et Oudet (2013), ils sont peu utilisés, et « s'ils donnent l'illusion d'une technicité forte des pratiques de gestion des ressources humaines, ils n'apportent pas pour autant une amélioration visible de la gestion des salariés » (p. 45). Plus encore, malgré des perspectives prometteuses, l'approche par compétences fait elle-même l'objet de nombreux débats concernant ses limites, voire sa pertinence (Batal et Oudet, 2013; Bruno *et al.*, 2010; Carignan et Fourdrignier, 2013; Jonnaert *et al.*, 2004; Mendoza *et al.*, 1994)⁵.

³ Liste des six référentiels à l'étude avec les hyperliens : [Profil des compétences pour l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population du Québec](#); [Référentiel de compétences en santé environnementale pour la santé publique du Québec](#); [Référentiel de compétence pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires](#); [Référentiel de compétences en santé au travail du réseau de la santé publique du Québec](#); [Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé pour le réseau de la santé et des services sociaux](#); [Référentiel de compétences en maladies infectieuses pour la santé publique du Québec](#).

⁴ L'approche par compétences peut se définir comme un ensemble de moyens visant à favoriser le développement des compétences, une compétence étant entendue comme un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace de ressources internes à l'individu (savoirs, savoir-être, savoir-faire) et de ressources externes à ce dernier (moyens, techniques, informations, relations, équipe de travail, organisation du travail, etc.) (Batal et Oudet, 2013). De plus amples détails sur cette définition sont fournis à la section 3.2.

⁵ Le chapitre 3 présente les principales limites de l'approche par compétences.

Dans le contexte du réseau de santé publique au Québec, face à la perception d'une utilisation sous-optimale des six référentiels mentionnés plus haut, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS s'interroge sur la pertinence de les **mettre à jour**, d'en **élaborer de nouveaux** et de **développer des dispositifs** favorisant leur utilisation. Un mandat a donc été confié par la DGSP du MSSS à l'INSPQ afin de rédiger un avis scientifique visant à mieux saisir l'utilisation de ces référentiels au sein du réseau de la santé publique, dans la perspective de formuler des pistes d'action pour en renforcer l'utilisation.

Il est à noter que le projet d'origine prévoyait une recension des écrits⁶ et un sondage destiné aux professionnels et gestionnaire en santé publique de la DGSP, de l'INSPQ. Des entretiens exploratoires auprès de membres de l'INSPQ (en majorité) ont ensuite été ajoutés à la méthodologie en début de projet, dans l'objectif restreint d'orienter l'élaboration du questionnaire. Or, la réalisation du sondage prévu n'ayant pas été possible étant donné la pandémie de COVID-19, il a été jugé pertinent d'intégrer pleinement les résultats des entretiens exploratoires à cet avis. La recension des écrits a également été approfondie, pouvant être qualifiée de narrative disposant d'un certain « degré de systématisme » (Framarin et Déry, à paraître, p. 21). Autre élément à considérer, le projet avait comme objectif, entre autres, de mesurer **la satisfaction** en regard des six référentiels de compétences. Puisque l'absence d'une stratégie de collecte de données appropriée n'a pas permis de mesurer la satisfaction en regard d'aspects spécifiques de manière rigoureuse, l'avis fait état de la **satisfaction globale et des retombées positives**, telles que rapportées dans la littérature et les entretiens exploratoires.

Ainsi, les résultats de la recension des écrits, combinés avec ceux d'entretiens exploratoires (n = 13), ont permis d'identifier des facteurs de l'utilisation des référentiels, les types d'utilisation effective et potentielle de même que les retombées positives de leur utilisation. En termes de contribution au milieu de la recherche, la recension comble un écart de connaissances dans la littérature ayant pour objet l'implantation des référentiels de compétences en santé publique. En termes de contribution à la fois pour la recherche et pour la pratique, les entretiens ont été pertinents afin de détailler et contextualiser les résultats, en plus de trianguler certains éléments de la recension. Enfin, les résultats dans leur ensemble ont contribué à formuler des pistes d'action.

Suite à l'exposition des objectifs détaillés de l'étude, nous abordons des perspectives théoriques sur l'approche par compétences, la méthodologie, les résultats, une discussion générale ainsi qu'une série de pistes d'action.

⁶ Le terme « recension des écrits » a été privilégié étant donné que certains auteurs soutiennent que le terme « revue de littérature » serait un anglicisme (notamment, Legendre, 2005). Les deux termes sont considérés comme synonymes.

2 But et objectifs

Cette recherche vise à documenter l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique dans la perspective de mieux soutenir le développement de compétences des personnes œuvrant dans le réseau de la santé publique au Québec. Elle poursuit les objectifs suivants :

1. Caractériser les **facteurs** de l'utilisation des référentiels;
2. Préciser les **types d'utilisation** des référentiels;
3. Caractériser les **retombées** perçues suite à l'utilisation des référentiels ;
4. À la lumière des résultats, formuler des **pistes d'action** relatives :
 - à l'implantation de dispositifs favorisant l'utilisation des référentiels;
 - au besoin de mises à jour des référentiels;
 - au besoin de développer d'autres référentiels en santé publique.

3 Perspectives théoriques sur l'approche par compétences

L'objet de cette étude est l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique. Afin de mieux le saisir sans en occulter ses dimensions fondamentales, nous l'avons abordé sous deux perspectives principales :

- Les référentiels de compétences peuvent être analysés comme une intervention, et, dans une moindre mesure, comme des outils pour l'implantation de l'approche par compétences, ce qui rend pertinent la référence aux sciences de l'implantation ;
- Les référentiels de compétences peuvent être considérés comme des moyens de transfert de connaissances, les connaissances étant la traduction des domaines ou fonctions⁷ de santé publique en un ensemble de compétences associées à des situations professionnelles, ce qui permet de faire références aux travaux théoriques en transfert de connaissances.

La manière dont cette étude s'appuie sur les sciences de l'implantation et le transfert de connaissances pour l'analyse des données sera exposée dans le chapitre 4 sur la méthodologie et au chapitre 5 sur les résultats. Par ailleurs, il demeure important de clarifier du point de vue théorique ce qui est entendu par « approche par compétences ». Ainsi, dans les sections suivantes, nous fournissons donc des repères conceptuels pour mieux saisir la pertinence de cette approche, ses forces et limites, de même qu'une définition de la notion de « référentiel de compétences ».

3.1 L'approche par objectifs : insuffisante dans plusieurs contextes

*On n'apprend pas à lire
sans apprendre à lire le monde⁸.*
- Paulo Freire

L'approche par compétences en milieu de travail s'est développée devant certaines insuffisances de « l'approche par objectifs ». Certes, toute intervention se dote d'objectifs, mais la caractéristique fondamentale de l'approche par objectifs traditionnelle consiste en son ancrage dans le behaviorisme (Brahimi *et al.*, 2011). Ce courant, issu de la psychologie, considère l'apprentissage comme « une modification durable des comportements, un comportement étant l'ensemble des réactions objectivement observables d'un organisme qui réagit à un stimulus » (*Ibid.*, p. 6). Cette conception de l'apprentissage a des conséquences sur la manière de mettre en œuvre la formation. En effet, dans la perspective de l'approche par objectifs, les besoins et les conditions sociales des personnes en apprentissages ne sont pas pris en compte; les personnes sont « passives » dans le processus éducatif. En termes de stratégies pédagogiques, cela se traduit par l'importance accordée à l'exposé magistral, aux répétitions et aux renforcements positifs. L'évaluation se réalise à partir de comportements observables (Vienneau, 2011).

⁷ Pour fins de clarification concernant la distinction entre domaine et fonction de santé publique, Martin *et al.* (2014_ soutiennent que, par exemple, « La prévention et la promotion de la santé sont décrites dans le PNSP [Programme national de santé publique] comme des *fonctions* essentielles de santé publique. Elles se différencient donc de *domaines* tels que la santé environnementale ou encore la santé au travail. En fait, l'exercice de ces deux fonctions essentielles s'applique à l'ensemble des six domaines inclus au programme national ». On peut ajouter à cela les fonctions de surveillance et de protection.

⁸ Paraphrase provenant de la traduction de l'ouvrage *Professora sim, tia não — Cartas a quem ousa ensinar* par Irène Pereira : <https://www.questionsdeclasses.org/?Paulo-Freire-L-importance-de-la-lecture>

Par ailleurs, l'approche par objectifs, dans sa forme typique, est associée au taylorisme en entreprise. Cette forme d'organisation du travail est caractérisée par la décomposition des tâches – ou des contenus à apprendre – en de très petites unités, réalisées ou apprises de façon isolée, ce qui rend la signification globale de l'ensemble des tâches ou des savoirs difficiles à saisir (Jonnaert *et al.*, 2004). Le travail à la chaîne est un exemple emblématique : les tâches sont séquentielles et exécutées sans nécessairement savoir ce que les autres font, sans comprendre le contexte dans lequel le produit est conçu, sans en connaître les finalités, etc. Dans le contexte de la santé publique, on pourrait illustrer l'impact potentiel d'une telle fragmentation en l'appliquant à la prestation de services. Ainsi, dans un exemple fictif, on peut penser à une personne en situation d'itinérance qui ferait face à une discontinuité des services : le centre d'hébergement de secours n'est pas coordonné avec les services psychosociaux, ces derniers n'ont pas non plus de liens avec le centre de prévention des ITSS⁹ ou avec le centre d'intégration à l'emploi, etc. Cette organisation en « silo » ne favorise pas une prise en charge globale des besoins multiples des personnes.

L'approche par objectifs est ainsi considérée comme insuffisante dans certains contextes. Entre autres critiques, on souligne qu'elle serait **peu efficace en ce qui a trait aux habiletés** intellectuelles de haut niveau, comme la résolution de problème, l'élaboration d'arguments et l'analyse critique. En effet, le morcellement des objectifs d'apprentissages en de multiples tâches simples rend difficile leur intégration; on aura tendance, par exemple, à dissocier les apprentissages liés au domaine cognitif à celui du domaine psychoaffectif (Nguyen et Blais, 2007). Ensuite, puisqu'elles sont décontextualisées, les **connaissances sont considérées comme « inertes »**, c'est-à-dire difficiles à mobiliser dans différentes situations. Par exemple, on peut connaître « par cœur » la définition de l'égalité de genre, mais si on comprend mal les processus macrosociaux qui y sont reliés, il sera difficile de la mobiliser et de l'appliquer lors de l'évaluation des conséquences d'une politique publique qui aurait un impact différencié sur les femmes.

3.2 L'approche par compétences : définition, forces et limites

Au début des années 1990, l'approche par compétences en milieu de travail s'est donc développée devant des problèmes de gestion et de formation associés à certaines insuffisances de l'approche par objectifs (Brahimi *et al.*, 2011). En effet, le cloisonnement des postes de travail, le manque d'autonomie du personnel et le manque de flexibilité des organisations soulèvent les limites de ces dernières face aux changements sociétaux (*Ibid.*) – en l'occurrence, la complexité grandissante des sociétés et l'accélération sociale (Rosa, 2017).

La notion de compétence est alors perçue comme « ce quelque chose en plus » par rapport aux « qualifications à l'emploi » (Batal et Oudet, 2013). Malgré la pluralité des définitions, parfois divergentes (Briand-Lamarche, 2017; Jonnaert *et al.*, 2004; Nash *et al.*, 2016), on peut relever quelques caractéristiques fondamentales de celle-ci. Dans un premier temps, les compétences représentent la capacité d'une personne à savoir agir **en situation**, « contrairement aux savoirs et aux connaissances qui peuvent être détenues indépendamment de leur mise en œuvre » (Oudet, 2012). Plusieurs auteurs – dont Tardif (2003) – décrivent également les compétences comme un savoir-agir complexe, prenant appui sur la **mobilisation et la combinaison** efficace de **ressources internes** à l'individu (savoirs, savoir-être, savoir-faire) et de **ressources externes** à ce dernier (moyens, techniques, informations, relations, équipe de travail, organisation du travail, etc.) (Batal et Oudet, 2013). Enfin, Le Boterf (2006, cité dans Brahimi, 2011) souligne le **vouloir-agir** comme un des facteurs influençant la compétence, c'est-à-dire la motivation et l'engagement personnel du sujet – sachant que, d'un point de vue sociologique, la motivation ne dépend pas uniquement des individus

⁹ Infections transmises sexuellement et par le sang.

eux-mêmes, mais également de processus sociaux et organisationnels qui les concernent (Donnay et Verhoeven, 2006).

L'approche par compétences dispose donc de plusieurs avantages. Entre autres : 1) l'ancrage dans les situations professionnelles permet un **regard global** sur les ressources nécessaires pour agir (savoir-être, savoirs, savoir-faire, ressources externes); 2) la mise de l'avant de **l'apprentissage dans l'action**, qui peut être favorisé par des dispositifs tels que les communautés d'apprentissage; 3) la valorisation des compétences collectives plutôt qu'uniquement individuelles, qui favorise la **complémentarité et l'interdisciplinarité** des équipes.

Malgré ses promesses, la notion de compétence et l'approche par compétences en milieu de travail ont fait l'objet de certaines critiques. Nous en synthétisons ici les principales. Dans un premier temps, on relève **la grande polysémie de la notion de compétence**, qui se traduit par des appropriations très variées dans la pratique (Batal et Oudet, 2013). Sans clarification conceptuelle suffisante, l'application de l'approche par compétences – dans le cadre de l'élaboration d'un référentiel de compétences, par exemple – peut rencontrer des problèmes de rigueur méthodologique (Briand-Lamarche, 2017). En effet, les compétences peuvent être réduites tantôt à des comportements observables, tantôt à des habiletés cognitives ou encore à des traits de personnalité (*ibid.*). Pour réduire ces risques, il s'agit de clarifier et préciser les concepts mobilisés.

Une deuxième critique concerne les **difficultés et les risques inhérents à l'évaluation des compétences professionnelles**. Complexe, contextuelle, souvent abstraite, la notion de compétence est difficilement saisissable dans sa globalité (Tourmen, 2016). La personne responsable de l'évaluation peut être alors tentée de s'en tenir à l'observable, au visible, au mesurable, au chiffrable ou au procédural (*ibid.*). Nous reviendrons d'ailleurs sur l'épineuse question de l'évaluation des compétences dans la discussion générale.

Une troisième critique concerne la **vision purement instrumentale des savoirs**, c'est-à-dire des savoirs strictement considérés comme des ressources pour l'action, souvent centrés sur la norme d'efficacité du travail (Hirtt, 2009; Dierckx, 2013). Pour dépasser cette vision réductrice, il s'agit de reconnaître que des savoirs mobilisés dans une formation, par exemple, ne trouveraient pas nécessairement des applications immédiates chez les personnes apprenantes, mais qu'ils peuvent demeurer significatifs. Cela est d'autant plus pertinent en santé publique où les savoirs sont complexes et le pouvoir-agir se situe parfois à long terme. Par exemple, des connaissances relatives aux déterminants sociaux de la santé sont parfois difficilement applicables à court terme, mais elles demeurent d'une importance fondamentale pour analyser les enjeux de manière large et approfondie, voire pour contribuer à réduire des inégalités sociales de santé (ISS) de manière efficace à plus long terme (Weinstock, 2018).

Enfin, l'approche par compétences, en ne prenant pas suffisamment en compte les conditions changeantes du travail, **risque de sur-responsabiliser les individus face à l'injonction d'être compétent** (Batal et Oudet, 2013 ; Bruno *et al.*, 2010). Selon Brahimi (2011, p. 23), étant donné la complexité grandissante des situations professionnelles et les ressources limitées des individus (connaissances, expériences, habiletés), l'acquisition de compétences ne devrait pas reposer sur leurs seules épaules. Ainsi, Le Boterf (2006, cité dans Brahimi, 2011) souligne que les organisations et les collectivités en général devraient opter pour des environnements qui favorisent le partage des

connaissances, dont « l'organisation apprenante »¹⁰ en est une proposition formalisée. Cela peut s'opérationnaliser, entre autres, par la mise en place de communautés de pratiques soutenues, notamment, par des technologies de l'information et des communications (TIC), par l'appel à des groupes interdisciplinaires, en mettant l'emphase sur les projets collectifs et par le travail en réseau (Brahimi *et al.*, 2011, p. 23).

3.3 Le référentiel de compétences

Au sens général, un **référentiel** peut être compris de deux manières : 1) comme un système de références fixe, prescriptif et généralisable, ou encore 2) comme un ensemble de repères, un cadre dans lequel il est possible de fonder ou d'inspirer son action (Postiaux *et al.*, 2010, p. 18). Nous verrons que la deuxième manière de concevoir un référentiel apparaît plus approprié.

Selon Brahimi *et al.* (2011), un **référentiel de compétences** dresse un portrait des activités professionnelles, des ressources à mobiliser (au sens de Le Boterf, 1998) et des conditions d'exercice pour agir avec efficacité lors d'une situation de travail. Pour ces auteurs, le référentiel de compétences constitue un outil phare de l'implantation de l'approche par compétences dans les organisations. En ce sens, le développement de référentiels est une réponse aux insuffisances de l'approche par objectifs dans les organisations.

Par ailleurs, les référentiels de compétences permettent entre autres d'élaborer des plans de formation à partir d'analyses de besoins de formation. À cet effet, Turcotte (2013) est d'avis que les formations s'appuyant sur les référentiels peuvent contribuer à la pratique réflexive, en fournissant des repères conceptuels et éthiques favorables à l'analyse critique et à l'action¹¹. Pour les départements de gestion des ressources humaines, ils constituent un outil permettant d'orienter les processus de recrutement et de mobilité interne. Plus encore, le référentiel de compétences ne concerne pas que les individus : il « donne une vision de ce qui doit changer dans la pratique professionnelle et conséquemment montre les changements que doit réaliser l'entreprise ou l'institution » (*ibid.*, p. 39). Il peut donc contribuer aux changements organisationnels importants, tels que l'implantation de l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, comme mentionné dans la mise en contexte au chapitre 1.

Turcotte (2013) soulève toutefois plusieurs enjeux associés aux référentiels de compétences. Nous en présentons deux. Tout d'abord, si ceux-ci sont utilisés dans une logique prescriptive, ils risquent de juguler le potentiel de créativité et d'innovation des individus. Or, étant donné que les référentiels ne représentent pas de manière parfaite la réalité d'un métier, il s'agit plutôt de les considérer comme des « commodités, porteuses de limitations » (Maury, 2006, *In* Postiaux, 2010, p. 18).

Ensuite, les référentiels s'exposent à deux extrêmes : 1) une description précise et détaillée des compétences qui permet leur mesure, mais qui risque de verser dans le technicisme, voire le taylorisme; et 2) des énoncés trop vagues, impossibles à opérationnaliser. Il s'agit donc déterminer un juste équilibre entre ces deux risques.

¹⁰ Senge (1991, cité dans Campeau, 2019), considéré comme le fondateur du concept, identifie cinq « disciplines d'apprentissage » comme fondements de l'organisation apprenante :

- La maîtrise personnelle : Aspirer à ;
- Les modèles mentaux : Réfléchir et enquêter ;
- La vision partagée : S'engager pour un objectif commun ;
- L'apprentissage en équipe : Interagir et collaborer ;
- La pensée systémique : Prendre une distance réflexive globale, comprendre la complexité et s'ajuster.

¹¹ Précisons que Turcotte (2013) se penchait sur le cas particulier de l'utilisation des référentiels en travail social.

La traduction de la notion de compétence dans un outil comme le référentiel de compétences montre à quel point l'application de l'approche par compétences est éminemment complexe. Devant ces nombreux défis, il convient donc d'explorer la manière dont cette question est abordée, à travers l'utilisation des référentiels, dans divers contextes géographiques et différents domaines relevant de la santé publique. C'est que présentent les prochaines sections de cet avis à partir d'une recension des écrits et d'entretiens exploratoires.

4 Méthodologie

Deux stratégies de collectes de données ont été utilisées : une recension des écrits et des entretiens exploratoires. On retrouvera dans ce chapitre une brève présentation de ces stratégies, les principales caractéristiques des recherches recensées et des précisions concernant l'analyse des données par triangulation. Notons par ailleurs que 45 publications complémentaires sont référencées dans l'avis et ont permis de développer la problématique, le cadre conceptuel et de nourrir la discussion et les pistes d'action (voir la section *Références* qui regroupe les références par types).

4.1 La recension des écrits

4.1.1 LE TYPE DE RECENSION MENÉE

L'identification précise du type de recension des écrits (ou de revue de la littérature) demeure un exercice épineux. En effet, les typologies existantes sont nombreuses, les types de revues se recoupent entre eux et se basent sur des caractéristiques différentes : sur les objectifs, la forme de la présentation, le type de recherches recensées, etc. (Booth *et al.*, 2012; Framarin et Déry, à paraître; Gough *et al.*, 2012).

Dans le cas de cette recension, mentionnons tout d'abord qu'il n'était pas possible, ni même *souhaitable*, selon nous, de réaliser une revue systématique en bonne et due forme. En effet, il est possible de réaliser une revue systématique lorsque :

- le champ de recherche est plutôt disciplinaire,
- la base de savoirs est homogène,
- le problème est reconnu et spécifique,
- la question de recherche est précise et
- la visée est de tester des théories (Dixon-Woods *et al.*, 2006; Gough *et al.*, 2012).

Alors que, dans notre cas,

- les champs de recherche mobilisés sont interdisciplinaires,
- la base de savoirs est fragmentée empiriquement et conceptuellement (comme on pourra le constater à la lecture du tableau 1),
- le problème est relativement émergent et complexe,
- la question de recherche est large et
- la visée est d'explorer un phénomène — l'utilisation de référentiels de compétences en santé publique — et d'en dégager des tendances¹².

Cela dit, nous souhaitons dépasser les limites parfois associées aux revues de littérature dites traditionnelles, telles que le risque de biais dans la sélection des articles, le manque de transparence et l'intégration de recherches disposant d'une méthodologie de qualité insuffisante (Framarin et Déry, à paraître, p. 15-16). Ainsi, nous avons adopté, lorsque possible et pertinent, certaines stratégies associées à une *approche* systématique (Booth *et al.*, 2012), dont l'interrogation systématisée de

¹² Pour des détails concernant les critères de possibilité et de « souhaitabilité » de réalisation d'une revue systématique, voir le tableau 10 en annexe 3.

base de données, l'adoption de critères d'inclusion et d'exclusion, l'évaluation de la qualité méthodologique et l'analyse approfondie des données (ces stratégies sont présentées en détail dans les prochaines pages). Le tableau 11 (annexe 1) répertorie les critères satisfaits et non satisfaits à l'égard d'une approche systématique¹³ et fournit des détails lorsque pertinent. Au final, l'introduction de ces stratégies systématisées ou partiellement systématisées nous amène à nommer le travail accompli comme une **revue narrative disposant d'un certain « degré de systématisme »** (Framarin et Déry, à paraître, p. 21)¹⁴. À titre de clarification, soulignons qu'une revue narrative est entendue ici comme une revue de littérature dont l'objectif est de présenter un état de connaissances de la littérature scientifique publiée sur un sujet spécifique (*Ibid.*), rapportant des résultats provenant de l'analyse de données de différentes natures, exposées sous forme de texte et parfois de tableaux (Booth *et al.*, 2012).

4.1.2 DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE DE RECENSION

Une recension bibliographique dans cinq bases de données (*Medline, ERIC, Health Policy reference center, Political Science Complete, PsycInfo* et *Public Affairs Index*) a d'abord été effectuée. Une combinaison de mots-clés a été utilisée afin de représenter le concept de « référentiels de compétence » ainsi que le concept « utilisation » (voir la syntaxe complète en annexe 1). Afin de cibler la recherche, les mots-clés utilisés devaient se retrouver dans le titre ou le résumé. Cette première étape a permis de cibler 1701 références potentiellement pertinentes.

Les 1701 références ont ensuite été transférées dans un logiciel de gestion de références bibliographiques et les doublons ($n = 904$) ont été exclus. Les titres et résumés des 797 références restantes ont ensuite été examinés à la lumière des critères d'inclusions suivants :

- Date de publication : à partir de 2013.
- Langue de publication : français ou anglais.
- Domaine d'intervention : santé, santé publique.
- Contexte de pratique : développement des compétences et de carrière chez les personnes professionnelles et les gestionnaires en Amérique du nord, en Europe ou en Australie. Les articles trop centrés sur la pratique clinique / biomédicale ainsi que ceux centrés uniquement sur le contexte académique ou scolaire ont été exclus.
- Contenu : les articles devraient aborder au moins l'un des deux thèmes suivants soit 1) la description d'un processus d'implantation ou d'utilisation des référentiels de compétences (mise en œuvre, implantation, outils d'évaluation, évaluation de l'utilisation); 2) les défis/obstacles ou facteurs facilitants reliés à l'implantation ou à l'utilisation des référentiels de compétence (ex. : organisation du travail, format des référentiels, motivation des individus, etc.).

741 références ont été exclues suite à l'application de ces critères d'inclusion. Les références restantes ($n = 56$) ont été lues au complet. Au total, 11 documents répondaient à l'ensemble des critères d'inclusion.

¹³ Les critères reprennent en grande partie les propositions de Booth *et al.* (2012).

¹⁴ Mentionnons également que la recension des écrits menée était plus approfondie qu'une « revue de la portée » (*scoping review*), étant donné que celle-ci est habituellement définie comme « une forme d'évaluation préliminaire de la taille et de l'étendue de la littérature disponible sur un sujet donné », l'objectif étant de déterminer la pertinence de procéder à une revue systématique ou une recherche empirique (Framarin et Déry, à paraître). Plus précisément, une revue de la portée ne procède qu'à « une tentative de synthèse très rudimentaire et un type d'analyse d'ensemble profilant la quantité et la distribution de la littérature » Booth *et al.*, 2012, p. 25). Enfin, elle n'inclue habituellement pas d'évaluation de la qualité des sources sélectionnées (*Ibid.*)

Les références citées dans la bibliographie de ces 11 documents (n = 256) ont ensuite été examinées (stratégie boule-de-neige). Toujours en se basant sur les mêmes critères d'inclusion, 219 références ont été exclues suite à la lecture du titre et du résumé et 15 références supplémentaires ont été exclues suite à lecture du texte complet. La stratégie boule-de-neige nous a donc permis, au final, de trouver deux documents supplémentaires qui répondaient à l'ensemble des critères d'inclusion.

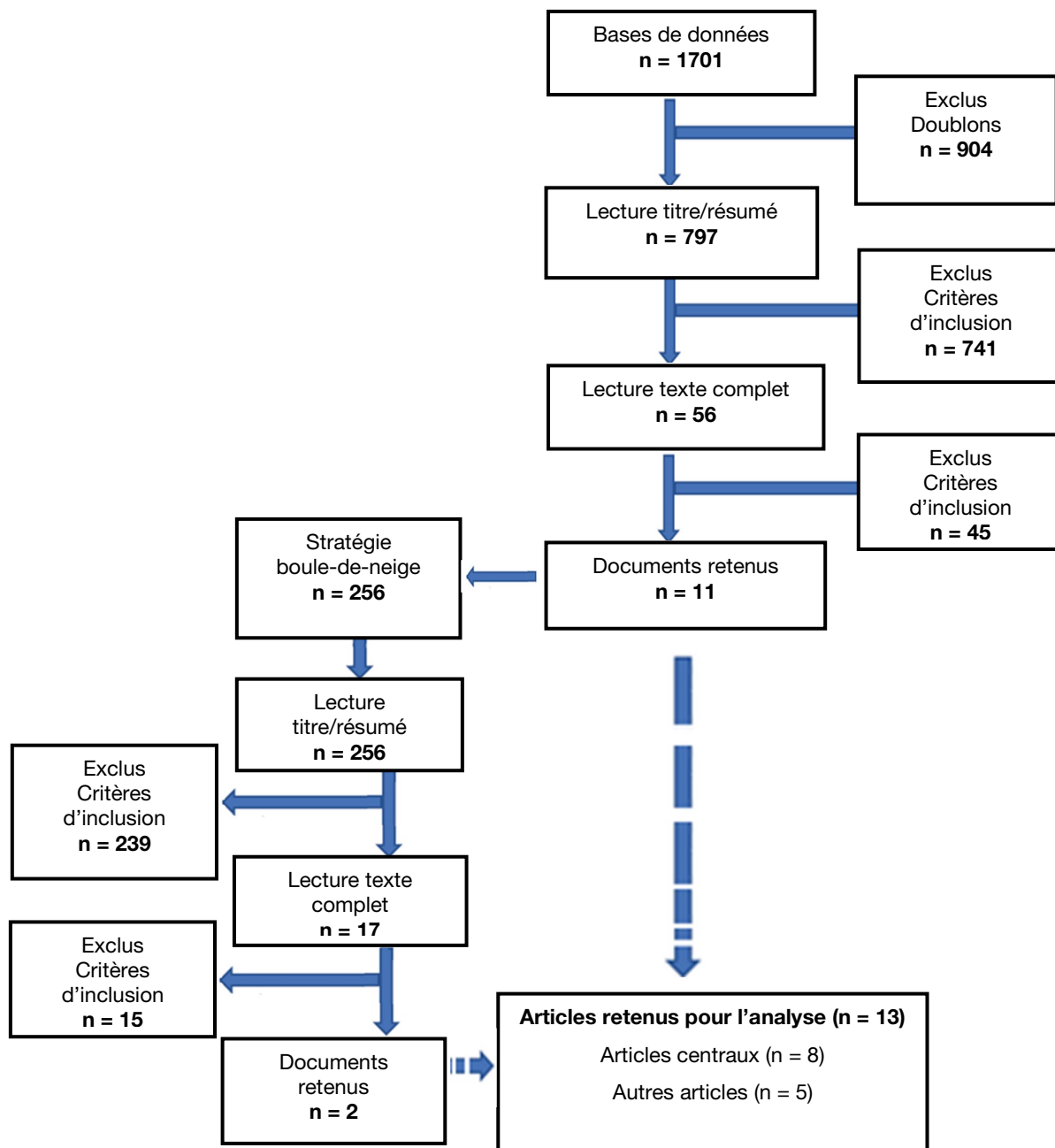
Sur les 13 documents finaux ayant été retenus, seuls huit ont été identifiés comme articles centraux (*core articles*) — la majorité des résultats se basent donc sur ces huit articles. Cinq autres documents, d'une pertinence moindre en raison du milieu visé (p. ex. accent sur le milieu d'éducation universitaire) et/ou du domaine visé (p. ex. accent sur la dimension biomédicale), ont tout de même fait l'objet d'une analyse en profondeur. Pour ces derniers, certains éléments jugés transférables ont été retenus en vue d'enrichir et de contextualiser les résultats (p. ex. les types d'utilisation actuels ou potentiels, les facteurs influençant l'utilisation) ou encore afin d'ajouter au degré de saillance d'un facteur.

Finalement, il est à noter que l'évaluation de la qualité méthodologique s'est réalisée de façon concomitante à l'évaluation de la pertinence. Elle a été réalisée à l'aide du *Mixed method appraisal tool* développé par Hong *et al.* (2018). Cet outil s'attarde à la clarté des questions ou des objectifs de recherche, à la cohérence des stratégies de collecte et d'analyse des données au regard des objectifs, au degré de soutien empirique des interprétations et aux critères habituels associés aux types de recherches quantitatives (randomisées, non-randomisées et descriptives) et des recherches à méthodes mixtes. Aucun document n'a été exclu pour des raisons de faible qualité méthodologique, mais cet élément a été pris en compte dans l'interprétation des résultats¹⁵.

La figure 1 de la page suivante illustre graphiquement le processus de sélection des documents.

¹⁵ Ainsi, certains résultats dont le niveau de preuve était très faible ont été écartés. Il s'agissait, par exemple, d'un résultat qui aurait exigé un taux de réponse plus élevé pour qu'il soit significatif. Cela dit, le niveau de preuve n'est pas toujours un critère pertinent pour écarter un résultat; par exemple, si un type d'utilisation ou une retombée n'est mentionné qu'une seule fois dans un questionnaire qualitatif, cela ne veut pas dire que cet élément ne doit pas être pris en compte. En effet, il peut être déterminant en vue du renforcement de l'utilisation des référentiels de compétences.

Figure 1 Le processus de sélection des documents



4.2 Description des documents centraux retenus pour l'analyse (n = 8)

Le tableau 1 expose les caractéristiques principales des designs de recherche des **huit articles centraux (core articles) retenus**¹⁶. Tous les documents portent sur des recherches simples, mis à part l'examen de la portée (*scoping review*) de Battel-Kirk et Barry (2019a). Toutes les recherches ont comme **objet** l'utilisation des référentiels, mais traitent parfois de façon plus approfondie de leur impact.

Les **méthodologies** sont plus diverses, quoique la plupart (n = 5) ont opté pour un sondage en ligne non probabiliste, sans connaître l'étendue de la population visée, mis à part Nash *et al.* (2016). Pour trois d'entre eux, le sondage a été complété par des entretiens ou des ateliers de consultation auprès de groupes ciblés (dans le cas de Cotter, 2015). Les autres recherches ont adopté comme méthodologie un examen de la portée (Battel-Kirk et Barry, 2019a), des groupes de discussion (Stanford, 2016) et une étude de cas multiples (Battel-Kirk et Barry, 2019c).

Les **domaines ou fonctions, milieux et populations visées** sont également variés : prévention et contrôle des infections, promotion de la santé, domaine pharmaceutique, soins infirmiers en milieu hospitalier et santé publique en général. Ces recherches incluent parfois le milieu éducatif universitaire, tout en couvrant également des pratiques professionnelles.

¹⁶ L'annexe 2 présente les caractéristiques principales des recherches analysées, mais non retenues comme articles centraux (n = 5).

Tableau 1 Les caractéristiques principales des designs de recherche des huit documents centraux

Auteurs, portée géographique	Objectif(s)	Type de publication	Méthodologie	Approche théorique	Domaines / fonctions et contextes professionnels	Population visée	Principaux enjeux de transférabilité
Burnett et al., 2014 Royaume-Uni	Identifier la portée de l'accès du référentiel de compétences en PCI et de l'utilisation de ce dernier, ses impacts potentiels perçus et les barrières à son utilisation.	Article revu par les pairs	Sondage en ligne	Modèle logique (<i>Outcome logic model</i>)	Prévention et contrôle et des infections (PCI)	Infirmières, médecins, microbiologistes et gestionnaires avec des responsabilités en PCI	Prégnance de la dimension biomédicale ¹⁷ (prévention secondaire ou tertiaire)
Cotter, 2015 Royaume-Uni	Caractériser la perception des personnes praticiennes sur les compétences nécessaires à leur pratique actuelle et à venir, et sur l'adéquation du <i>Public Health Skills and Knowledge Framework</i> (PHSKF).	Rapport de recherche (littérature grise)	Ateliers locaux de consultation, sondage en ligne, portfolio électronique (passeport de compétences)	n. d.	Santé publique	Personnes représentantes de toute la main d'œuvre en santé publique ; différents niveaux et secteurs	Géographique
Nash et al., 2016 Australie	Déterminer l'étendue de l'utilisation et la pertinence perçue du cadre national de normes de compétence.	Article revu par les pairs	Entretiens qualitatifs, Sondage en ligne, Tests statistiques, Analyse thématique	Pragmatique (Creswell, 2013)	Pratique pharmaceutique	Personnes pharmaciennes étudiantes, stagiaires, professionnelles et enseignantes	Prégnance de la dimension biomédicale

¹⁷ Fournier (2003) interprète le champ de la santé publique comme composé de plusieurs dimensions, plus ou moins mises en valeur selon les contextes, dont la dimension biomédicale.

Tableau 1 Les caractéristiques principales des designs de recherche des huit documents centraux (suite)

Auteurs, portée géographique	Objectif(s)	Type de publication	Méthodologie	Approche théorique	Domaines / fonctions et contextes professionnels	Population visée	Principaux enjeux de transférabilité
Stanford, 2016 Royaume-Uni	Examiner les perceptions de la pertinence d'un référentiel de compétences pour la pratique avancée comme support à la pratique clinique.	Article revu par les pairs	Questionnaire et groupe de discussion	Interprétative, inspirée de la théorie enracinée (fortement inductive)	Soins infirmiers en milieu hospitalier	Infirmières praticiennes	Prégnance de la dimension clinique ET influence de l'enjeu du statut des infirmières cliniciennes
Battel-Kirk et Barry, 2019a. Sources publiées en anglais, principalement relatives à l'Europe	Explorer l'état actuel de l'usage de l'approche par compétence – incluant l'utilisation de référentiels de compétences – et leur impact sur la pratique, l'éducation et la formation.	Article revu par les pairs	Examen de la portée (<i>scoping review</i>) entre 2009 et 2017	n. d.	Promotion de la santé	Personnes praticiennes, gestionnaires, universitaires, éducateurs et éducatrices, décideurs politiques	Limité à la promotion de la santé ET Certains résultats concernent le milieu universitaire
Battel-Kirk et Barry, 2019b. Europe	Évaluer la conscience de l'existence, la connaissance, les attitudes, l'utilisation actuelle et envisagée, les perceptions des facteurs limitant ou facilitant l'utilisation et l'impact du référentiel <i>CompHP competencias</i> sur les pratiques, l'éducation et la formation.	Article revu par les pairs	Sondage en ligne, Analyse quantitative : descriptive, Analyse qualitative : thématique	n. d.	Promotion de la santé	Éducatrices et éducatrices, universitaires, personnes praticiennes, gestionnaires	Limité à la promotion de la santé ET Certains résultats concernent les milieux universitaire et communautaire

Tableau 1 Les caractéristiques principales des designs de recherche des huit documents centraux (suite)

Auteurs, portée géographique	Objectif(s)	Type de publication	Méthodologie	Approche théorique	Domaines / fonctions et contextes professionnels	Population visée	Principaux enjeux de transférabilité
Battel-Kirk et Barry, 2019c. Irlande et Italie.	Évaluer l'adoption et l'impact du référentiel de compétence <i>CompHP core competencies</i> .	Article revu par les pairs	Étude de cas	Cadre consolidé pour les sciences de l'implantation (Damschroder <i>et al.</i> , 2009)	Promotion de la santé	Éducatrices et éducatrices, universitaires, personnes praticiennes, gestionnaires	Limité à la promotion de la santé ET Certains résultats concernent les milieux universitaire et communautaire
Bornioli <i>et al.</i>, 2020. Royaume-Uni.	Déterminer les impacts du <i>Public Health Skills and Knowledge Framework</i> sur la main d'œuvre et les employeurs, et caractériser son utilisation, son utilité, sa facilité d'utilisation et l'étendue de son utilisation.	Article revu par les pairs	Sondage en ligne et entretiens individuels par téléphone	n. d.	Santé publique	Personnes praticiennes, spécialistes, gestionnaires et universitaires en santé publique	Certains résultats concernent les milieux universitaire et communautaire

4.3 Les entretiens exploratoires

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 il a été impossible de solliciter le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des informateurs-clés en ressources humaines hors santé publique (p. ex. en entreprise).

Treize entretiens exploratoires semi-dirigés de 30 minutes à 1 h ont été menés afin de compléter la recension d'écrits à partir de matériaux empiriques. Les données obtenues par l'analyse des entretiens ont donc principalement été utilisées afin d'enrichir et de contextualiser les résultats issus de la recension des écrits.

Étant donnée la nature exploratoire des entretiens et du temps réduit pour les réaliser, nous avons opté pour des personnes œuvrant à l'INSPQ dans la majorité des cas. Le recrutement des personnes participantes a été effectué à partir de suggestions d'une des auteures du présent avis et, dans quelques cas, à la suggestion de tiers. Les critères de sélection suivants ont été retenus : 1) un degré relativement élevé de familiarité avec les référentiels (soit pour avoir contribué à son développement, ou à en avoir utilisé au moins un de manière relativement intensive); 2) une couverture suffisante de tous les types de référentiels à l'étude; 3) une certaine diversité de types et/ou de domaines d'utilisation. Ces critères ont été satisfaits.

Les thèmes abordés correspondent aux objectifs énoncés à la section 2 (voir en annexe 3 pour le guide d'entretien). À noter que l'entretien semi-dirigé s'est apparenté au type « actif », c'est-à-dire un entretien qui prend la plupart du temps la forme d'un dialogue (Boutin, 1997). Ce type d'entretien est particulièrement fécond lorsque « l'intervieweur et l'interviewé sont tous les deux les deux parties prenantes du phénomène soumis à l'exploration. Quand tous les deux souhaitent véritablement comprendre » (Boutin, 1997, p. 16). Cette stratégie implique toutefois de se détacher du guide d'entretien, lorsque jugé pertinent.

Ainsi, douze des entretiens ont été réalisés avec des personnes membres de l'INSPQ et une seule personne travaillant au sein de la direction de santé publique au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Cinq sont conseillères scientifiques, quatre sont médecins-conseils, une est gestionnaire, deux sont représentantes syndicales et une est gestionnaire en gestion des ressources humaines. Lorsque des propos sont attribués à une personne, ils sont codés de la façon suivante : « CSn » pour conseillères scientifiques (où « n » est un chiffre permettant d'identifier la personne), « MCn » pour les médecins-conseils, « G1 » pour la gestionnaire, « RSn » pour les personnes représentantes syndicales et « RH1 » pour la personne œuvrant dans l'équipe de gestion des ressources humaines. Pour un portrait plus détaillé des personnes participantes aux entretiens, associées aux domaines des référentiels à l'étude, voir en annexe 4.

4.4 L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée en fonction des trois objectifs poursuivis : 1) caractériser les **facteurs** influençant l'utilisation des référentiels; 2) identifier les **types d'utilisation** des référentiels; 3) caractériser les **retombées** perçues de l'utilisation des référentiels. L'analyse thématique, c'est-à-dire de « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé et Mucchielli, 2016), a été utilisée comme principale mode de réduction des données. Tout en ayant en tête les objectifs de l'étude, les éléments pertinents des 13 documents retenus ont été catégorisés à l'aide d'une grille composée de rubriques¹⁸. Dans un premier temps, des rubriques formelles ont été retenues : objectifs, contexte, type de recherche, approche théorique, méthodologie. Ensuite, les rubriques suivantes ont été utilisées : résultats associés au degré d'utilisation des référentiels, aux types d'utilisation, à la pertinence et aux bénéfices perçus, aux facteurs structurels, organisationnels, individuels, associés aux contenus, à la forme et au processus d'implantation. L'attribution de thèmes a permis l'émergence de catégories regroupant plusieurs thèmes, de manière très inductive. Cela dit, ces catégorisations ont été comparées de façon itérative à d'autres issues des travaux de divers auteurs et autrices de ce domaine : Damschroder *et al.* (2009) pour les facteurs d'utilisation; Brahimi *et al.* (2011) pour les types d'utilisation; Gervais *et al.* (2016) et Lemire *et al.* (2009) pour les retombées ou bénéfices de l'utilisation¹⁹.

L'analyse des entretiens a également été réalisée à l'aide de l'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016). Nous avons procédé comme suit : lors de l'écoute des enregistrements, les éléments clés des entretiens ont d'abord été retranscrits en suivant une grille composée de rubriques, de façon analogue à l'analyse des articles. Chaque entretien a ensuite été analysé séparément en vue d'identifier des thèmes et sous-thèmes de chaque rubrique. Enfin, les éléments ont été analysés de façon transversale, ce qui a permis de vérifier la récurrence de certains thèmes, les recouvrements, les convergences, les divergences, etc. Les tableaux se retrouvant dans le chapitre 5 des résultats font office d'arbres thématiques.

4.5 La révision par les pairs

Le présent avis a fait l'objet d'une révision par deux personnes évaluatrices internes et une externe. Cette révision a pour buts principaux d'améliorer la qualité globale de l'avis et de recueillir des commentaires à l'égard de la pertinence des pistes d'action. Une grille de révision produite par l'INSPQ a été utilisée pour la révision (voir Robert et Déry, 2020, p. 9). Afin de traiter les commentaires reçus, l'équipe projet a élaboré un tableau répertoriant chacun des commentaires, indiquant ceux qui ont été retenus ou non, pour quelles raisons ainsi que le traitement qui en a été fait dans la version finale.

¹⁸ Une *rubrique* « se situe à un niveau relativement abstrait par rapport au contenu analysé » et sert à classer un extrait (ou un thème), sans en révéler la teneur (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 243).

¹⁹ Ces sources ont pu servir à comparer d'autres résultats que ceux mentionnés.

5 Résultats de la recension des écrits et des entretiens exploratoires

Les résultats présentés dans ce chapitre répondent aux objectifs 1 à 3 de cet avis. Chaque section est associée à un objectif, soit 1) les facteurs influençant l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique, 2) la façon dont ces référentiels sont utilisés et 3) les retombées de l'utilisation de ces derniers. Les résultats présentés intègrent à la fois les données issues des entretiens exploratoires ainsi que celles de l'analyse documentaire.

5.1 Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique

Cette section répond à l'objectif 1 de l'avis. On y retrouve les facteurs structurels, organisationnels, associés aux contenus, à la forme et au processus d'implantation des référentiels de compétences en santé publique. Comme mentionné précédemment, cette catégorisation a été construite de manière fortement inductive au moyen de l'analyse thématique. Cela dit, une comparaison itérative a été effectuée avec le « Cadre consolidé pour les sciences de l'implantation » de Damschroder *et al.* (2009). Ce cadre offre une structure unifiée de plusieurs modèles, théories et cadres de référence clés associés aux sciences de l'implantation. Il peut ainsi être adapté à différents objets et différents contextes. Il comprend cinq « domaines » de facteurs, soit :

- **les caractéristiques de l'intervention** : cela s'applique aux référentiels conçus comme une intervention, bien que nous les considérons également comme des connaissances à transférer;
- **le contexte externe** : c'est-à-dire les facteurs associés aux « structures » de la société et du champ de la santé publique;
- **le contexte interne** : c'est-à-dire les facteurs associés au réseau de santé publique au Québec et à ses organisations;
- **les caractéristiques des individus** : cela inclut les caractéristiques des producteurs et des utilisateurs des référentiels;
- **les caractéristiques du processus d'implantation** : essentiellement, elles concernent les stratégies de transfert des référentiels.

Des définitions plus détaillées, correspondant à chaque « domaine » de facteurs, seront présentées au chapitre 5 sur les résultats.

Il nous apparut également approprié d'identifier les facteurs de l'utilisation des référentiels à partir de publications plus directement associées au transfert de connaissances. Les contenus des référentiels sont alors considérés comme des connaissances à mobiliser ou transférer. Dans ce contexte, on peut définir l'utilisation des connaissances comme « l'étape du processus de transfert au cours de laquelle les connaissances issues de la recherche et de la pratique sont effectivement mises en pratique ou transformées en interventions, en programmes, en politiques, etc. » (CTREQ, 2017).

Parmi les classifications possibles, Lemire *et al.* (2009) proposent les catégories de déterminants (ou facteurs) suivantes :

- **les déterminants liés aux connaissances transférées** : on y retrouve entre autres l'adéquation entre les connaissances produites et les besoins des utilisateurs, la qualité des connaissances produites et leur accessibilité, leur pertinence, leur utilité et leur applicabilité, ainsi que le format et le langage utilisé lors du transfert;

- **les déterminants liés aux acteurs** : les caractéristiques des producteurs de connaissances (crédibilité, implication dans des réseaux, capacité à interagir, etc.) et des utilisateurs (degré d'expérience dans l'application des connaissances, valeur accordée à la recherche, niveau d'éducation, etc.);
- **les déterminants liés aux caractéristiques organisationnelles** : la culture d'innovation, le temps accordé aux apprentissages, le niveau de ressources disponibles, le degré d'autonomie accordé au personnel, etc.

5.1.1 LES FACTEURS STRUCTURELS

Les facteurs structurels identifiés dans la recension s'inspirent en partie de ce que Damschroder *et al.* (2009) nomment comme le « contexte externe » (*outer setting*). Le contexte externe peut se définir comme l'ensemble des facteurs associés aux dimensions économiques, politiques et sociales de la société dans laquelle évolue une organisation ou un réseau d'organisations (*ibid.*). Ces auteurs identifient quatre « construits » spécifiques : 1) le degré auquel une organisation connaît et prend en compte les besoins des populations ; 2) le degré auquel une organisation est mise en réseau avec d'autres organisations ; 3) la pression des pairs – typiquement, d'autres organisations ont implanté l'intervention ; 4) les politiques externes et les incitatifs, c.-à-d. les stratégies externes à l'organisation qui contribuent à l'implantation. Dans le cas de cette étude, la notion de *structure* est entendue plus largement : dans son acception sociologique, elle désigne l'agencement complexe des éléments relativement stables d'un système social (Boudon et Bourricaud, 2011). Une structure est traversée par des rapports sociaux et constituée de normes sociales, de règles, d'institutions, de champs de pratique, etc.

Le tableau suivant combine les principaux facteurs structurels identifiés dans la recension des écrits et les entretiens – quoique peu de ceux-ci ont été mentionnés dans les entretiens, mis à part la présence d'un système ou processus d'accréditation. On y retrouve un premier « pôle »²⁰ de facteurs, qui concerne la **stabilité, l'importance et le degré de structuration du champ de la santé publique**, et un deuxième « pôle » concerne des facteurs ayant une **influence plus directe sur l'utilisation des référentiels**²¹.

²⁰ Nous utilisons la notion imagée de *pôle* afin de souligner qu'il ne s'agit pas de catégories aux contours bien définies, mais plutôt de noyaux de significations attractant des éléments apparentés (on pourra faire une analogie avec le pôle magnétique d'un aimant).

²¹ Ce qui ne signifie pas que ce type de déterminants est plus important, mais que la chaîne de relations causales est plus courte.

Tableau 2 Les facteurs structurels de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique²²

Pôle	Facteur structurel	Élément(s) constitutif(s)	Références
Facteurs associés à la stabilité, l'importance et le degré de structuration du champ de la santé publique	Enjeux de définition du champ/domaine/fonction et de la profession	Les enjeux de frontières entre les identités professionnelles	(Battel-Kirk <i>et al.</i> , 2008) (Battel-Kirk et Barry, 2019a)
		Le chevauchement entre la santé publique en général et la promotion de la santé	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
	Degré de reconnaissance publique et institutionnelle du champ/domaine/fonction et de la profession	Les luttes pour la légitimité du paradigme : promotion de la santé VS paradigme biomédical en santé publique	(Battel-Kirk et Barry, 2019b) (Battel-Kirk <i>et al.</i> , 2008)
		La diversité de la main d'œuvre en promotion de la santé en termes de rôles, de titres d'emploi et de parcours éducatif	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
		Le manque d'utilisation des domaines de santé publique dans les titres d'emploi (ici, en promotion de la santé)	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
	Degré d'institutionnalisation en termes de formation universitaire	La cohérence entre la construction des curriculums et l'organisation des compétences dans le référentiel	(Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Battel-Kirk et Barry, 2019c) (Nash <i>et al.</i> , 2016)
	L'importance des ressources et des structures au niveau national	L'importance (quantité, pouvoir) de la main d'œuvre spécialisée dans le champ	(Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Battel-Kirk et Barry, 2019c)
		La quantité d'associations (organismes) œuvrant dans le champ ou domaine	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)

²² Notons qu'étant donné que la recherche de Battel-Kirk et Barry (2019a) est une recension d'écrits, les résultats associés à celle-ci disposent souvent d'un « niveau de preuve » supérieur — au sens où l'élément est généralement cité par plusieurs recherches empiriques. Ce « poids » relatif est marqué par l'utilisation du **gras**.

Tableau 2 Les facteurs structurels de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique (suite)

Pôle	Facteur structurel	Élément(s) constitutif(s)	Références
Facteurs associés à la stabilité, l'importance et le degré de structuration du champ de la santé publique	L'évolution des structures et politiques publiques du système de soins de santé	Les pressions politiques pour l'augmentation du flux de ressources vers le champ des soins de santé	(Battel-Kirk <i>et al.</i> , 2008)
Facteurs ayant une influence plus directe sur l'utilisation des référentiels	L'environnement réglementaire et juridique	Les mandats pour l'auto-évaluation des compétences de certaines professions dans certains pays	(Nash <i>et al.</i> , 2016)
	La compatibilité et la complémentarité entre les référentiels	L'arrimage entre les référentiels et les exigences des ordres professionnels en vue de faciliter le processus d'accréditation	(Cotter, 2015)
	Présence d'un système d'accréditation	La présence d'une organisation nationale responsable du processus	(Battel-Kirk et Barry, 2019c)
	Disparités régionales	Les exigences parfois trop élevées en regard des contextes régionaux (moins de ressources dans les périphéries, disponibilité des formations, etc.)	(Gallardo <i>et al.</i> , 2012)
	Degré d'acceptabilité culturelle et d'adéquation du référentiel	Les rapports historiques et actuels, de même que les différences culturelles entre les groupes majoritaires et les groupes marginalisés, tels que les Premières Nations	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)

PREMIER PÔLE : LA STABILITÉ, L'IMPORTANCE ET LE DEGRÉ DE STRUCTURATION DU CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Ce premier pôle de facteurs se rattache tout d'abord aux enjeux²³ fondamentaux relatifs à la **définition du champ, du domaine ou de la fonction** et de la **profession** qui y est associée. En effet, le champ de la santé publique n'est pas stabilisé en termes de définition, de pratiques et d'institutionnalisation (Fassin, 2008 ; Fournier, 2003 ; Gagnon *et al.*, 1999 ; Parent *et al.*, 2014). Ce phénomène s'explique entre autres par le caractère intrinsèquement hétérogène, complexe, voire pernicieux (*wicked*) de certains problèmes qui sont abordés (Morrison, 2013), de même que les savoirs mobilisés pour les comprendre et intervenir – savoirs biomédicaux, issus des sciences sociales, savoirs contextuels²⁴, etc. (Gagnon *et al.*, 1999 ; Parent *et al.*, 2014). Ce chevauchement de plusieurs domaines de savoirs et de professions occasionne des luttes de légitimité entre les disciplines et écoles de pensée (*Ibid.*; Battel-Kirk et Barry, 2019a), rendant plus ardu le travail visant la **reconnaissance du champ** et l'atteinte d'un **degré plus important d'institutionnalisation étatique** (inscription dans des lois, des politiques, des stratégies nationales, des programmes, des titres d'emploi, etc.). Les difficultés d'institutionnalisation du champ de la santé publique se manifestent également par un manque de leviers organisationnels qui seraient favorables à l'implantation de l'approche par compétences en santé publique et, au final, à l'utilisation des référentiels de compétences.

Battel-Kirk et Barry (2008 ; 2019a) identifient à ce titre les **débats sur la définition** de la promotion de la santé et le **manque de reconnaissance** de ce domaine autant comme une barrière qu'un moteur (*driver*) à l'utilisation des référentiels :

- 1) Tout d'abord, ces éléments constituent une **barrière** au sens où une pratique peu systématisée est perçue, à tort ou à raison, comme trop floue. Elle se traduit donc mal dans un langage qui favorise la reconnaissance par les personnes en position de pouvoir et, par conséquent, l'instauration de leviers favorisant son développement. Par exemple, les titres d'emploi n'utilisent pas toujours le nom de « promotion de la santé » même si les pratiques professionnelles s'inscrivent dans cette fonction de santé publique (Battel-Kirk et Barry, 2019a).
- 2) En parallèle, le besoin de formalisation du champ et de reconnaissance des professionnels constitue un **moteur**, une motivation à s'engager dans l'exercice d'objectivation que constitue le développement et l'utilisation d'un référentiel de compétences²⁵. Autrement dit, le référentiel de compétences peut constituer un « outil politique pour la professionnalisation » (Molina, 2013).

L'institutionnalisation étatique influence – et est influencé par – un facteur similaire, soit le **degré d'institutionnalisation au sein de la formation universitaire**. En ce qui a trait aux référentiels proprement dits, la cohérence entre les curriculums de formation et les référentiels constitue un facteur facilitant à l'utilisation, à la fois pour le corps professionnel en formation continue que pour la population étudiante finissante. En effet, plus le champ de la santé publique dispose de ses propres programmes de formation, plus les référentiels sont susceptibles d'être utilisés pour le développement des curriculums. La cohérence entre les programmes de formation universitaire et les référentiels destinés aux milieux de travail favorisent, d'une part, leur crédibilité auprès des décideurs et l'adoption par ces derniers (*buy-in*) (Battel-Kirk & Barry, 2019a). D'autre part, cette cohérence

²³ Un *enjeu* est une préoccupation, un problème ou une question qui devra être réfléchi et soumise à débat (plusieurs éléments sont *en jeu*). La décision qui en suivra indiquera la direction à prendre. Ce qui est différent d'un *défi*, qui fait référence implicitement à un obstacle à surmonter, qui se retrouve dans le cours d'une trajectoire déjà décidée.

²⁴ Les savoirs contextualisés, pour Gagnon *et al.* (1999), correspondent aux connaissances et habiletés professionnelles.

²⁵ Autrement dit, développer un référentiel permet de traduire en mots, de préciser et de systématiser des pratiques et des savoirs parfois peu conscientisés. L'utilisation permet cela également du point de vue des individus. Ce phénomène est d'ailleurs relaté dans la section 5.3.2, traitant des retombées de l'utilisation des référentiels.

favorise également la familiarité avec les référentiels pour les personnes qui auraient reçu une formation s'appuyant sur ces derniers (Nash *et al.*, 2016).

Toujours dans le premier pôle de facteurs, comme manifestation concrète de ces formes de reconnaissances, on retrouve **l'importance en termes de ressources** (telles que la quantité de main d'œuvre et le pouvoir décisionnel) **et d'initiatives structurantes au niveau national** (telles que la quantité d'associations ou organismes). La quantité de ressources accordées à la santé publique dépend également de **l'évolution des politiques publiques de soins de santé**. Ces dernières, souvent modifiées, peuvent mobiliser un flux important de ressources de l'enveloppe globale allouée à la santé, dont fait partie la santé publique; ainsi, moins de ressources peuvent être allouées à la santé publique lors de changement dans les politiques de soin de santé (Battel-Kirk *et al.*, 2008).

DEUXIÈME PÔLE DE FACTEURS : RELATION PLUS DIRECTE AVEC L'UTILISATION DES RÉFÉRENTIELS

Un second pôle de facteurs est plus directement lié à l'utilisation des référentiels de compétences. On y retrouve d'abord **l'environnement réglementaire et juridique**, qui peut inclure des dispositifs exigeant la participation à la formation continue au sein d'une profession. En effet, les ordres professionnels qui exigent de la formation continue peuvent recommander ou rendre obligatoire le recours aux référentiels en vue de l'élaboration d'un plan de développement des compétences. Nash (2016) note à cet effet que l'auto-évaluation des compétences de la profession pharmacienne, bien que **mandatée annuellement** par le *Pharmacy Board of Australia*, demeure peu réalisée en pratique. Ce dispositif « obligatoire » est donc insuffisant.

Ensuite, **la compatibilité et la complémentarité entre les référentiels** d'un même pays ont été rapportées comme un facteur facilitant, en particulier en ce qui concerne l'arrimage entre les référentiels et les exigences des ordres professionnels – ce qui peut faciliter le processus d'accréditation. Les entretiens exploratoires nous fournissent d'ailleurs quelques détails à ce sujet. M4 souligne que « plusieurs ordres professionnels sont associés de près ou de loin au champ de la santé publique (psychologie, travail social, urbanisme, etc.) ». Les référentiels étant utiles pour l'élaboration d'un plan de développement de compétences, M4 précise également qu'« un tour de roue supplémentaire sur les référentiels [qui font l'objet de cette étude] en vue de faciliter leur **arrimage** avec et les exigences de différents ordres professionnels pourraient faciliter ce processus ».

Les **disparités régionales** peuvent également influencer l'utilisation des référentiels. Gallardo *et al.* (2012) relatent à ce titre des disparités en termes de ressources, les régions éloignées des grands centres urbains étant généralement défavorisés à ce titre. Qui plus est, une fonction de santé publique, telle que la promotion de la santé, peut ne constituer qu'une partie du mandat d'une personne dans une région donnée. Un référentiel peut alors apparaître trop exigeant par rapport aux rôles professionnels²⁶ des personnes et aux conditions dans lesquelles elles évoluent (*Ibid.*) – notamment en ce qui a trait aux disponibilités de formations, temps alloué pour les suivre, aux possibilités d'apprentissages informels, etc.

Enfin, dans le domaine de promotion de la santé, les **différences culturelles et systémiques entre les groupes majoritaires et les groupes marginalisés**, en particulier les Premières Nations, ont été soulignés comme un facteur de premier plan dans les contextes où il s'applique. Si les documents recensés ne précisait pas la teneur de ce facteur, on peut présumer que les besoins, les ressources, le pouvoir des différentes personnes représentantes des communautés au sein du

²⁶ Un *rôle* professionnel est considéré comme différent d'un *titre* professionnel ; en effet, une personne peut assurer un rôle de gestion, de recherche ou de transfert de connaissances, par exemple, sans disposer du titre professionnel correspondant.

système de santé, la confiance envers les institutions de santé et les représentations sociales de la santé sont des éléments particuliers à considérer qui peuvent influencer l'utilisation des référentiels.

5.1.2 LES FACTEURS ORGANISATIONNELS

Les facteurs organisationnels concernent les caractéristiques internes (*inner setting*) (Damschroder *et al.*, 2009) des organisations impliquées dans l'utilisation des référentiels. Elles correspondent aux manifestations tangibles ou intangibles des caractéristiques structurelles, des réseaux, de la culture organisationnelle et du degré de préparation à l'implantation (*Ibid.*). Ici encore, la plupart des résultats des entretiens correspondent à ceux de la recension des écrits. Un seul facteur n'avait pas été identifié explicitement lors de la recension, soit la **présence d'une personne dédiée à l'accompagnement à l'utilisation des référentiels**.

Le tableau suivant combine les principaux facteurs organisationnels identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires. On peut les classer en trois grandes catégories. On retrouve les facteurs qui concernent : 1) **les grandes orientations organisationnelles**; 2) **le rôle des gestionnaires**; 3) **la présence de dispositifs et d'outils**²⁷ favorisant directement l'utilisation des référentiels.

²⁷ Un dispositif est considéré ici comme un ensemble de mesures, de moyens ou d'outils en vue d'une intervention précise (ex. : programmes, formations, rencontres, mentorat, budget dédié, accréditation, bilan de compétences collectives, etc.). Un processus est, quant à lui, une suite continue d'opérations ou d'actions possédant une certaine unité dans leur déroulement (ex. : planification, contrôle, suivi, évaluation, etc.). Le processus est un mouvement, le dispositif est plutôt statique. De ce point de vue, un processus peut inclure différents dispositifs.

Tableau 3 Les facteurs organisationnels de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique

Catégorie de facteur	Facteur organisationnel	Élément(s) constitutif(s)	Références
Grandes orientations organisationnelles	Alignement entre les objectifs organisationnels et nationaux	L'arrimage des référentiels aux objectifs organisationnels et nationaux	(Cotter, 2015)
	Disponibilité et allocation des ressources	L'enjeu des ressources est transversal et à tous les niveaux	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
	Temps disponible et dédié à l'utilisation des référentiels et à la formation continue	Le temps planifié parmi les autres priorités professionnelles	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
Rôle des gestionnaires	Encouragement par le ou la gestionnaire	La conscience de l'existence, familiarité avec le référentiel et intégration dans les processus de gestion	(Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Cotter, 2015) (Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Bornioli <i>et al.</i> , 2020)
	La compétence du ou de la gestionnaire dans le domaine/fonction	Les connaissances et les compétences associées au domaine (ici, la promotion de la santé)	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
	Connaissance du besoin d'autonomie des personnes praticiennes	L'autonomie en termes de développement professionnel continu	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
Présence de dispositifs et outils	Dispositifs et processus en ressources humaines	Les processus d'embauche et l'intégration dans les dispositifs d'évaluation individuelle (tels que les Programmes d'appréciation du rendement individuel à l'INSPQ)	(Bornioli <i>et al.</i> , 2020)
	Programmes de développement des compétences collectives	Par exemple, lors de rencontres annuelles visant le développement des équipes	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
	Relatifs à la formation	Les ateliers et formations à l'utilisation des référentiels	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
	Personne dédiée à l'accompagnement à l'utilisation ²⁸	Le rôle de mentor ou l'accompagnement ponctuel d'une personne spécialiste en développement des compétences	G1, RH1
	Dans les procédures d'assurance-qualité	Le principe d'assurance-qualité appliqué, par exemple, à l'évaluation et de développement des compétences collectives	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)

²⁸ Le gras est utilisé ici pour mettre en exergue un déterminant qui a été mentionné seulement lors des entretiens. Rappelons qu'il est utilisé également pour rappeler le poids relatif souvent plus important des résultats de la revue de la portée de Battel-Kirk et Barry (2019a).

En ce qui a trait aux grandes orientations organisationnelles, un premier facteur concerne la relation entre l'organisation et l'État. **L'alignement entre les objectifs organisationnels et nationaux** favorise l'utilisation des référentiels lorsque ceux-ci s'arriment efficacement à ces objectifs de différents niveaux. La **disponibilité des ressources et leur allocation** sont des éléments également particulièrement importants puisqu'ils influencent la mise en place de dispositifs facilitant l'utilisation des référentiels.

La deuxième catégorie a trait au rôle des gestionnaires. Des facteurs incitatifs à l'utilisation, fréquemment cités dans la littérature et les entretiens, sont **l'encouragement par les gestionnaires** qui peut se traduire par une planification du travail laissant place à du **temps dédié aux formations et à l'autoapprentissage**. Les **compétences dont le ou la gestionnaire dispose dans le domaine** du référentiel (en promotion de la santé, par exemple) ont également été identifiées comme facteur facilitant. Il en est de même pour la **connaissance du ou de la gestionnaire à l'égard du besoin d'autonomie des personnes praticiennes** dans le développement de leurs compétences. Fait intéressant, si **l'encouragement par les gestionnaires** peut constituer un facteur facilitant important à l'utilisation de référentiels, la recherche de Burnett (2014) expose que lorsque la décision de l'implantation d'un référentiel provient *a priori* du niveau supérieur immédiat (approche *top-down*), les personnes praticiennes sont plus incertaines en regard de ses bénéfiques. D'ailleurs, dans cette même recherche, **une majorité des personnes répondantes utilisant le référentiel ont indiqué qu'il s'agissait d'une décision personnelle** (approche *bottom-up*).

Ce constat résonne avec certains éléments de l'analyse des entretiens. Par exemple, CS2 souligne que, pour favoriser la motivation à utiliser des référentiels, « il faut vraiment les rattacher à des besoins ou des problèmes concrets, vécus par les utilisateurs potentiels ». Dans le même ordre d'idées, selon M4, l'utilisation d'un référentiel en vue d'une auto-évaluation ne devrait pas « avoir l'air d'un autre dispositif bureaucratique à remplir, mais constituer un soutien à leur développement professionnel, quelque chose de positif – et non pas “un autre document compliqué” ». Ainsi, il apparaît porteur d'initier une réflexion collective à l'égard de l'implantation des référentiels de compétences au sein d'une équipe, si on souhaite favoriser une adhésion simultanée par les gestionnaires et les personnes employées.

Par ailleurs, les entretiens révèlent que, dans certains cas, « les référentiels ne sont pas autoportants » (G1) : ils nécessitent des dispositifs et outils facilitant leur utilisation. La présence de dispositifs et d'outils constitue ainsi la troisième grande catégorie de facteurs. On y retrouve les **dispositifs et les processus en gestion des ressources humaines**, dont les processus d'embauche, et les **programmes de développement des compétences collectives au sein d'équipes de travail**, qui favorisent eux-mêmes l'utilisation des référentiels à des fins individuelles. En effet, le personnel est plus enclin à élaborer un plan de développement des compétences individuel s'appuyant sur les référentiels s'il peut l'arrimer à un processus collectif. Sans surprise, on retrouve également les **dispositifs relatifs à la formation**, c'est-à-dire la mise en œuvre d'ateliers ayant pour objet de soutenir l'utilisation des référentiels dans les pratiques. La **présence d'une personne dédiée à l'accompagnement** à l'utilisation au sein de l'organisation a été mentionnée dans les entretiens. Enfin, l'évaluation des compétences collectives, par exemple, pourrait **être intégrée dans les procédures d'assurance-qualité**, ce qui permettrait d'ajouter un incitatif à utiliser les référentiels.

5.1.3 LES FACTEURS ASSOCIÉS AUX CONTENUS

Ce type de facteurs correspond à ce que Damschroder *et al.* (2009) nomme les « caractéristiques de l'intervention » dans le champ des sciences de l'implantation. En transfert des connaissances, on parle plutôt des « caractéristiques des connaissances » que l'on souhaite transférer, à l'aide de différents moyens. Dans le cas qui nous intéresse, nous avons préféré utiliser le vocable « contenus » afin d'éviter la confusion entre le concept de « savoirs » (comme composante d'un savoir-agir complexe) et le concept de « connaissances »²⁹. Il s'agit d'induire ici une distinction entre les *contenus* et la *forme*.

Le tableau 4 suivant combine les principaux facteurs associés aux contenus identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires.

²⁹ Par ailleurs, le terme « contenu » est fréquemment utilisé en sciences de l'éducation pour distinguer l'objet d'apprentissage des stratégies pédagogiques.

Tableau 4 Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique associés aux contenus

Facteur associé aux contenus	Élément(s) constitutif(s)	Références
Pertinence perçue du référentiel	Les bénéfices perçus, la clarté des objectifs du référentiel et l'identification des publics cibles	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
Adéquation des contenus aux rôles particuliers du domaine/fonction	La présence de tous les rôles et thèmes relatifs au domaine de santé publique	(Cotter, 2015)
Adéquation des contenus à différents niveaux d'expertise	La présence de niveaux de compétences, comme par exemple : débutant, intermédiaire et avancé	(Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Shilton <i>et al.</i> , 2008) (Cotter, 2015)
Complexité des connaissances à transférer	Le degré d'abstraction des compétences et le nombre important de composantes / ressources internes et externes	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
Degré de difficulté de l'évaluation des compétences	Le degré de difficulté de la mesure des compétences et de certaines de leurs composantes, comme les savoir-être	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
Degré de précision des compétences	Une précision élevée peut favoriser la résonance avec l'expérience vécue	(Shickle <i>et al.</i> , 2019)
Risque de limitation de la créativité	Le degré de réduction et de prescription du référentiel	(Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Stanford, 2016)
Risque de sous-évaluer l'expérience des personnes	Risque de sous-estimation de l'importance de l'ancienneté ou de l'expérience dans un domaine	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)

Notons que les facteurs associés aux contenus des référentiels ont été abordés de manière plus saillante par les personnes participantes aux entretiens, comparativement aux facteurs structurels. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières sont moins souvent en interaction avec des facteurs de cet ordre dans leur pratique régulière en santé publique.

Un premier facteur concerne la **pertinence perçue des référentiels**. La pertinence est associée aux bénéfices perçus en regard des objectifs du référentiel et des besoins des publics cibles. On retrouve ensuite **l'adéquation des contenus aux rôles associés au domaine de santé publique couvert par le référentiel**, au sens où les besoins des personnes utilisatrices devraient pouvoir trouver écho dans les thèmes abordés dans les référentiels. Ce facteur a été particulièrement abordé par les personnes interviewées lors des entretiens exploratoires. Selon elles, en général, les domaines couverts par les référentiels sont perçus comme suffisants. Cela dit, deux aspects transversaux en santé publique ne sont pas suffisamment traités selon plusieurs participantes, soit la **prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS)** et **l'analyse des politiques publiques**. CS1 précise :

« Malheureusement, ce qui relève des ISS est plus ou moins abordé. Dans le *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé au Québec* (Martin, C. et Brahimi, C., 2014), par exemple, hormis les déterminants sociaux qui sont identifiés comme un savoir, l'ensemble des énoncés sont d'ordre général et n'inclut pas de considérations par rapport aux ISS. Il y a une dizaine d'années, le *Centre de collaboration national sur les déterminants sociaux* faisait le même constat après avoir analysé les référentiels de compétences en santé publique à l'échelle nationale ».

CS5 abonde dans le même sens, en soulignant que « les ISS sont trop souvent analysés et/ou comprises comme des inégalités de revenus, alors que l'inégalité socioéconomique est le résultat de processus sociaux plus complexes, faisant intervenir les rapports de sexe/genre, de classe, de "race"³⁰, de capacités. Intégrer cette perspective serait une bonne façon de favoriser l'appropriation d'une approche intersectionnelle³¹ des ISS dans les réseaux de la santé ».

CS5 souligne par ailleurs « [qu]'il y a une demande nette pour un référentiel de compétences en politiques publiques favorables à la santé » afin de favoriser le développement des compétences en analyse et influence de politiques publiques.

Pour M4, les référentiels (ou des outils s'y référant) « pourraient être plus contextualisés selon le milieu, comme par exemple pour des interventions en milieu scolaire. Cela pourrait être des exemples ».

Sur la question du besoin de **développer un référentiel général en santé publique** (en complément de ceux par domaines et fonctions), une majorité des personnes participantes aux entretiens est en faveur. D'une part, on souligne que la prise en compte des ISS et l'analyse de politiques publiques pourraient en faire partie. M1 rapporte également qu'il existe un besoin concernant le « noyau de connaissances de base en santé publique chez les personnes professionnelles. En santé environnementale, plusieurs ont de bonnes connaissances en environnement, mais moins en santé ou santé publique ». M2 abonde en ce sens, affirmant « [qu]'il serait pertinent, par exemple, pour les médecins en Santé et sécurité au travail qui viennent du milieu curatif. Passer de l'individuel au populationnel peut être un défi ». Pour RH1, un référentiel général en santé publique pourrait peut-être soutenir les gestionnaires, plus largement, dans « l'appropriation de l'approche par compétences ». M4 diverge cependant sur cette question en mentionnant que « rares sont ceux qui font de la "santé publique générale". Ce sont peut-être plutôt les "ressources" qu'il faudrait compléter – par exemple [des savoirs comme] les domaines en santé publique, les déterminants sociaux, etc. ».

³⁰ Les guillemets sont utilisés ici étant donné les débats qui ont cours concernant la notion de « race » en francophonie. En effet, d'un côté, on soutient qu'il faudrait éviter son usage étant donné le déterminisme biologique auquel elle pourrait faire référence. De l'autre, on fait remarquer que, prise comme construit social, son usage est préférable si on souhaite faire reconnaître le phénomène social du racisme. Il nous semble alors pertinent de souligner cette ambiguïté par le symbole des guillemets.

³¹ Une approche intersectionnelle porte une attention particulière à l'imbrication des rapports de domination subis par un groupe social (de genre, de « race », de classe, de capacités, etc.).

Concernant maintenant moins les contenus eux-mêmes que leur *adaptation* en fonction des publics cibles, la recension des écrits identifie comme facteur **l'adaptation des contenus en fonction des niveaux d'expertise** (ex. : débutant, intermédiaire et avancé) – une adaptation que l'on ne retrouve pas dans le cas des référentiels à l'étude. Cette question demeure d'ailleurs sujette à débat selon les recherches recensées. En effet, si l'ajout de niveaux pouvait faciliter la planification du développement professionnel, cela pourrait complexifier et allonger à outrance des documents qui sont déjà reconnus pour leur degré de complexité (Battel-Kirk et Barry, 2019a).

Le **degré de complexité des connaissances à transférer** est d'ailleurs un facteur particulièrement important pour cette étude, d'autant plus que les compétences sont elles-mêmes complexes par essence. Pour M4, la littérature sur l'approche par compétences est en effet « hermétique (...) ; elle reste difficile à comprendre pour le commun des mortels en pratique active ». Selon RH1, la complexité de l'*approche* par compétences est également un obstacle pour la haute direction : « pour eux, l'expérience d'élaboration du profil de compétences a été difficile ; certains disaient "c'est compliqué, je ne sais pas où on s'en va avec ça" ». Qui plus est, l'intégration dans les pratiques et les processus de gestion demande du temps, alors que les embauches, par exemple, sont parfois pressantes (RH1).

Une autre barrière importante à l'utilisation des référentiels est liée à la complexité de la notion de compétence : la **difficulté à évaluer et mesurer les compétences**. RH1 abonde en ce sens : « La notion de compétence peut être abstraite ; l'évaluation est difficile à démontrer, par rapport à l'ancienneté ou le diplôme. Il y a de la subjectivité derrière. En jurisprudence, ce sont les savoirs scientifiques qui sont utilisés ». En outre, à l'INSPQ, la reconnaissance des savoirs et du niveau d'éducation est très valorisée, alors que la polyvalence l'est moins : « les gens ne se valorisent pas à travers la compétence, mais plutôt la spécialisation du domaine » (RH1).

Pour les gestionnaires, le **caractère complexe, abstrait, et à temporalité longue de l'approche par compétences** est en décalage avec les pratiques traditionnelles : « Si [le ou la gestionnaire] est orienté sur les "tâches" dans les processus, sur les façons de gérer, si l'évaluation du rendement est faite en fonction de la tâche et du livrable plutôt qu'en fonction de la compétence, c'est sûr qu'il sera moins favorable à fournir l'espace nécessaire à un employé pour développer une compétence qui n'aura pas d'impact concret et immédiat » (RH1).

Toujours associé à au degré de complexité, un autre facteur concerne le **degré de précision des référentiels**, qui, ici encore, peut constituer autant un facilitant qu'une barrière. En effet, s'ils sont trop généraux et abstraits, ils risquent ne pas être utilisables – car trop flous. Un degré de précision trop élevé en ferait par contre un document trop long et peu pérenne. Selon une majorité de personnes participantes aux entretiens, les six référentiels à l'étude disposent d'un degré de précision très approprié.

Pour terminer, deux risques ont été soulevés dans les écrits et sont traités ici comme des facteurs. On note tout d'abord le **risque de limitation de la créativité**, les référentiels pouvant être réducteurs ou trop prescriptifs, enfermant ainsi un domaine ou une profession dans des énoncés incomplets, figés, trop précis, peu adaptables aux contextes. Enfin, l'évaluation à l'aide de référentiels risque de **sous-évaluer l'expérience ou l'ancienneté des personnes** – étant donné notamment les difficultés inhérentes à l'exercice d'évaluation des compétences. Ce risque peut alors influencer négativement les relations entre les syndicats et l'employeur et miner, au bout du compte, l'utilisation des référentiels. En effet, ne pas tenir compte de l'ancienneté dans une évaluation individuelle pourrait conduire à un jugement mal informé et porter préjudice au personnel.

5.1.4 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA FORME

Tel que mentionné dans la section précédente, les facteurs relatifs aux *contenus* ont été distingués de ceux associés à la *forme*, que nous retrouvons ici, intégrés sous la notion de « degré de lisibilité », qui constitue une composante de la compréhensibilité, qui elle, dépend à la fois de la forme et des contenus. Pour Beaudet (2001, p. 10), la compréhensibilité correspond à « l'appréciation combinée de la cohésion et de la cohérence des textes ainsi que le relevé des stratégies [mises en œuvre pour favoriser l'émergence de cette cohésion et cohérence] ». Ces stratégies incluent les aspects associés à la microstructure du texte (la lisibilité), soit à l'agencement interne de chaque phrase et à l'usage de l'écriture dite simple³². On inclura ici également, dans les facteurs associés à la forme, le support (Web, PDF, document papier, etc.) et l'organisation de l'information (représentations graphiques, tableaux, catégorisation, etc.).

Le tableau suivant combine les principaux facteurs associés à la forme identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires.

Tableau 5 Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique associés à la forme

Facteur associé à la forme	Éléments constitutifs	Références
Le degré de lisibilité	La présence de « jargon »	(Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Cotter, 2015) (Nash <i>et al.</i> , 2016)
	La longueur et la quantité de texte	
	La disponibilité de traduction dans les langues de groupes minoritaires	

Le facteur du **degré de lisibilité**, dans les écrits recensés, fait référence essentiellement à la présence de « jargon », la longueur des textes et la traduction dans les langues de groupes minoritaires. Les résultats des entretiens convergent vers les mêmes constatations. Pour une partie des personnes participantes, le **langage** utilisé dans les référentiels demeure **complexe** : « beaucoup de texte, beaucoup de contenus » (G1). Toutefois, CS2 et M3 soulignent que l'organisation de l'information en tableaux facilite grandement l'utilisation : « les tableaux permettent de bien se repérer » (CS2). Cela dit, pour M3, « Il faut y avoir un certain intérêt ou un certain niveau de connaissances de base de ce genre d'outils pour les utiliser ». Enfin, il va sans dire que la traduction des référentiels dans la langue des groupes minoritaires (tels que les groupes francophones et autochtones du Canada) est un facteur facilitant à l'utilisation.

Bien qu'unique, ce facteur est considéré important étant donnée la fréquence élevée de mentions dans la recension des écrits et relativement élevée dans les entretiens. Il est d'intérêt également parce qu'il offre une « prise » directe pour des modifications éventuelles visant à renforcer l'utilisation; autrement dit, il est plus facile d'agir directement sur les référentiels que sur des facteurs structurels, par exemple.

³² Beaudet (2001) fait référence ici aux fascicules *Pour un style clair et simple*, Gouvernement du Canada, 1993, 62 p. et *Écrire simplement*, Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français, 1995, 62 p.

5.1.5 LES FACTEURS ASSOCIÉS AU PROCESSUS D'IMPLANTATION DES RÉFÉRENTIELS

Cette section concerne les facteurs associés aux processus d'implantation. Le processus d'implantation englobe quatre activités essentielles selon Damschroder *et al.* (2009), soit la planification, la mobilisation et l'engagement, la mise en œuvre et l'évaluation d'une intervention ou d'une activité.

Le tableau suivant combine les principaux facteurs associés au processus d'implantation des référentiels de compétences (et, dans une moindre mesure, de l'approche par compétences) identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires.

Tableau 6 Les facteurs de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique associés au processus d'implantation

Facteur associé au processus d'implantation	Élément(s) constitutif(s)	Références
Présence d'une stratégie d'implantation	La présence et mise en œuvre d'une stratégie d'implantation des référentiels ou de l'approche par compétences	(Gaboury <i>et al.</i> , 2018)
Le coût de l'implantation	Le caractère complexe, chronophage et coûteux du développement et de l'implantation d'une approche par compétences	(Battel-Kirk et Barry, 2019a)
Stratégie de diffusion appropriée	Les activités de communication des référentiels visant à les rendre accessibles, incluant l'accessibilité sur des plateformes Web	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
Présence d'agentes et d'agents multiplicateurs (championnes et champions)	La présence de personnes particulièrement engagées dans l'utilisation des référentiels	(Battel-Kirk et Barry, 2019c)

Bien que faible en nombre de facteurs spécifiques recensés, la catégorie du processus d'implantation est d'une importance majeure pour toute intervention. On y retrouve d'ailleurs la **présence même d'une stratégie d'implantation** – ou plus précisément d'une stratégie structurée afin de faire connaître les référentiels et d'en favoriser leur utilisation. Plusieurs raisons peuvent expliquer son absence ou la forme restreinte des stratégies choisies, à commencer par le coût potentiellement élevé de certaines de celles-ci. En effet, le processus d'implantation des référentiels, et *a fortiori* de l'approche par compétences, peut être chronophage et impliquer plusieurs unités organisationnelles étant donnée la complexité et la transversalité inhérentes à la notion de compétence.

Dans le cas des référentiels à l'étude, la totalité des personnes participantes a souligné la très probable **insuffisance de la diffusion** de ceux-ci, et plus largement, d'une « stratégie de déploiement » (RH1). Les personnes impliquées dans le développement des référentiels confirment que **le plan de transfert de connaissances n'avait en effet pas été mis en œuvre**, étant donné la présence d'autres priorités organisationnelles et le manque de personnes-ressources pour mener à bien le plan à ce moment. En outre, on souligne la difficulté de **l'accès actuel aux référentiels en ligne** sur le site Intranet ou Internet de l'INSPQ (M1).

Si les référentiels n'ont pas fait l'objet d'une stratégie de transfert appropriée, le développement de ceux-ci a certainement contribué à les faire connaître et à favoriser leur utilisation, du moins à court terme. CS3 relève néanmoins que les personnes qui ont développé les référentiels, en particulier en ce qui concerne le plus ancien, ne sont pour la plupart plus à l'embauche de réseau de la santé : « les personnes qui ont collaboré au développement du référentiel en surveillance sont presque toutes et tous à la retraite, ce qui occasionne une diminution de la conscience de l'existence des référentiels et une perte de savoirs en matière de leur utilisation ». Ainsi, de moins en moins de personnes peuvent jouer le rôle d'**agente ou d'agent multiplicateur** et contribuer à la dissémination des référentiels et de l'approche par compétences.

5.2 Les types d'utilisation des référentiels de compétences en santé publique

Cette section répond à l'objectif 2 de cet avis, soit d'identifier les types d'utilisation des référentiels.

Les utilisations effectives des six référentiels à l'étude mentionnés dans les entretiens sont incluses, pour la plupart, dans celles identifiées dans la recension des écrits et dans Brahimi (2011). On retrouve toutefois des utilisations absentes de la littérature, soit la construction de grilles d'analyse et l'identification des besoins de connaissances et de formation, activités menées dans le cadre de processus de transfert de connaissances (identifiées en **gras** dans le tableau 7). Les éléments associés au symbole [**] correspondent aux résultats des travaux de Shilton *et al.* (2008), qui proviennent d'ateliers de réflexions portant sur les utilisations *potentielles* des référentiels de compétences en promotion de la santé en Australie. Puisque les utilisations n'ont pas été nécessairement réalisées de façon effective, nous avons préféré l'indiquer de cette façon. Enfin, l'utilisation des pointillés dans le tableau signifie que les domaines sont en réalité imbriqués ensemble.

Tableau 7 Les types d'utilisation effective et potentielle des référentiels de compétences identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires

Domaine d'utilisation	Type d'utilisation	Utilisation spécifique	Références
Étude ou recherche	Analyse et évaluation diagnostique	Construire des grilles d'analyse et analyser des besoins dans le cadre de processus de transferts de connaissances	Plusieurs mentions lors des entretiens exploratoires
Communication	Plaidoyer	Plaider en faveur de la promotion de la santé auprès d'un ou une gestionnaire	(Battel-Kirk et Barry, 2019c) (Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		Fournir un argumentaire exposant la portée et la pertinence de la promotion de la santé aux décideurs politiques	(Battel-Kirk et Barry, 2019c) (Shilton <i>et al.</i> , 2008)
Gestion des ressources humaines	Embauche	Établir des critères d'embauche	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		Développer des guides d'entretien d'embauche et des outils d'évaluation des entretiens	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		Établir des priorités dans l'accueil des nouvelles personnes employées	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
	Organisation du travail	Définir plus clairement le rôle d'un poste	(Shilton <i>et al.</i> , 2008) (Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Stanford, 2016)
Gestion	Gestion stratégique	Consolider/refocaliser les orientations organisationnelles	(Battel-Kirk et Barry, 2019c)
		** Faciliter le changement organisationnel (potentiel)	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		** Fournir des repères pour l'encadrement du personnel et la gestion de la performance (potentiel)	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		Évaluation des compétences collectives	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)

Tableau 7 Les types d'utilisation effective et potentielle des référentiels de compétences identifiés dans la recension des écrits et les entretiens exploratoires (suite)

Domaine d'utilisation	Type d'utilisation	Utilisation spécifique	Références
Développement des compétences	Encadrement de stagiaires	Analyser les besoins individuels de développement de compétences, établir un plan, évaluer le processus et soutenir le mentorat	(Nash <i>et al.</i> , 2016)
	Auto-évaluation	Auto-évaluer des compétences et élaborer un plan de développement professionnel continu	(Nash <i>et al.</i> , 2016) (Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Bornioli <i>et al.</i> , 2020)
	Élaboration d'activités d'apprentissage	**Élaborer des programmes d'échanges entre personnes professionnelles (potentiel)	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		**Mettre en place un programme de mentorat pour les personnes praticiennes (potentiel)	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
		Élaborer un programme de formation continue	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
		Préparer un séminaire ou une conférence	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
	Développement de curriculums universitaires	Développer des curriculums par le biais d'une collaboration entre une organisation œuvrant en santé publique et des universités	(Nash <i>et al.</i> , 2016) (Shilton <i>et al.</i> , 2008) (Battel-Kirk et Barry, 2019c)
Accréditation	Mettre en œuvre un système d'accréditation	(Battel-Kirk et Barry, 2019b) (Battel-Kirk et Barry, 2019c) (Shilton <i>et al.</i> , 2008)	
Trajectoire professionnelle	Orientation professionnelle	**Élaborer des programmes d'orientation professionnelle à l'interne (potentiel)	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)
	Recherche d'emploi (externe à l'organisation)	**Articuler les compétences et les savoirs acquis et repérer les lacunes (potentiel)	(Shilton <i>et al.</i> , 2008)

Tel que souligné plus haut, certaines personnes interviewées lors des entretiens ont mentionné utiliser les référentiels afin de **construire des grilles d'analyse**, qui ont servi à différentes fins : établir un diagnostic des pratiques des gestionnaires en vue de l'implantation de l'approche populationnelle (G1), caractériser les pratiques de promotion de la santé sexuelle afin de soutenir l'animation d'une communauté de pratique (CS2), et adapter un répertoire de compétences en santé mentale des populations au contexte québécois en promotion de la santé (CS4).

Bien que moins couramment nommés au sein de la littérature scientifique, les référentiels peuvent également être utilisés pour appuyer un plaidoyer. Par exemple, les personnes participantes rapportent que le référentiel sur la surveillance de l'état de santé des populations a été utilisé pour soutenir un argumentaire visant à convaincre des gestionnaires et différents acteurs du réseau de la pertinence d'intégrer la participation des publics dans les activités de surveillance : « Je voulais convaincre les acteurs du réseau que les enjeux de la participation du public ne sont pas "une tâche de plus" qui s'ajoute ; elle est plutôt une dimension incontournable de la mission de surveillance » (CS3). Le même référentiel fut utilisé également pour soutenir un argumentaire visant à justifier l'allocation de ressources budgétaires supplémentaires en vue du développement de compétences collectives (*ibid.*).

Les autres utilisations effectives identifiées dans les entretiens correspondent à celles les plus souvent citées dans la littérature. À ce titre, trois participantes ont mentionné utiliser des référentiels lors d'activités de **gestion des ressources humaines**, en vue d'élaborer un profil de candidature (ou de compétences) pour un **processus d'embauche**.

Dans le cas précis de l'INSPQ, aucun des six référentiels à l'étude n'a été utilisé par la Direction des ressources humaines. Toutefois, le *Référentiel des compétences relatives aux processus scientifiques reliés aux fonctions transversales de l'INSPQ* (Malai et al., 2012), en complémentarité avec un référentiel plus générique axé sur les rôles professionnels, a servi à élaborer un profil de compétences pour l'embauche de professionnels (conseillers scientifiques, agents d'information, etc.). Selon RH1, cette absence d'utilisation des référentiels par domaines de santé publique s'explique en partie par le fait que « l'approche par compétence est encore peu utilisée au sein de l'organisation et que les profils de compétences utilisés à l'INSPQ sont davantage génériques et établis par type d'emploi (ou catégorie d'emploi) ». De plus, « l'approche par compétences a été intégrée dans les grilles d'entrevue et le processus de sélection, mais pas dans les grilles de suivi de performance, l'analyse de besoins de formation, ni la planification de relève en bonne et due forme » (RH1).

Un autre type d'utilisation a trait à un domaine large, soit la **gestion stratégique**. C'est dans cette optique que le référentiel portant sur l'exercice de la responsabilité populationnelle a été utilisé, « étant donné que sa production, en 2011, concordait avec **l'implantation** [de cette approche] dans l'organisation des soins du réseau de la santé au Québec » (G1). Plus précisément, il a servi à développer différents dispositifs de formation et de transfert de connaissances (ateliers, webinaires, site Web, documents adaptés, etc.). D'ailleurs, le référentiel en question a servi de « pierre angulaire » à l'implantation même de l'exercice de la responsabilité populationnelle, puisqu'il fournissait des définitions plus précises que celles des documents ministériels (G1). Dans cette perspective, « le référentiel a grandement contribué au **changement organisationnel** ».

À noter que **l'évaluation des compétences collectives** peut faire partie à la fois de la gestion stratégique que du **développement des compétences**. Ce dernier domaine comprend également **l'accueil et l'encadrement de stagiaires**, dont l'utilisation des référentiels à l'étude a été mentionnée dans quelques entretiens. La majorité des autres utilisations mentionnées **concernent l'élaboration de formations ou de programmes de formation**. Plus précisément, les référentiels

ont servi à identifier des besoins de formation, orienter la conception de formations (notamment en santé environnementale et gestion des risques) (M1), formuler des objectifs d'apprentissages et élaborer un nouveau référentiel de compétences destiné à l'intervention en milieu scolaire (M4). Par exemple, pour ce dernier type d'utilisation, le nouveau référentiel avait pour objectif d'intégrer les différentes interventions en tabagisme, saines habitudes de vie et substances psychoactives en milieu scolaire sous la fonction de la promotion de la santé (M4). Par ailleurs, les référentiels ont servi, et servent encore, de document de référence visant à appuyer le développement d'une activité de formation continue de qualité dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP).

Toujours dans le domaine du développement de compétences, **l'auto-évaluation des compétences et l'identification de besoins de formation continue** demeurent parmi les utilisations les plus fréquentes selon la recherche de Bornioli *et al.* (2020). Selon Burnett (2014), l'auto-évaluation et l'élaboration de plans de développement professionnel continu figurent également parmi les principales utilisations, suivi de l'élaboration de programmes de formation. Par contre, **peu de personnes participantes aux entretiens ont mentionné une utilisation à des fins d'auto-évaluation individuelle**, et ce, à la fois pour elles-mêmes et pour leurs collègues. On note toutefois l'utilisation du référentiel en responsabilité populationnelle par certains et certaines gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. G1 souligne à ce titre que « les gestionnaires sont tenus de fournir un plan de développement individuel » (...); de plus, le langage relativement nouveau de l'exercice de responsabilité populationnelle invitait ces derniers à recourir au référentiel ». Enfin, la recension des écrits fait également mention de l'utilisation des référentiels en vue du **développement de curriculums universitaires** et de **système d'accréditation**.

Sur le plan plus individuel, Shilton *et al.* (2008) soulignent les utilisations potentielles en vue d'élaborer des plans **d'orientation professionnelle à l'intérieur des organisations**, de même que pour la **recherche d'emploi**, en particulier pour les étudiantes et étudiants diplômés.

5.3 La satisfaction globale et les retombées perçues de l'utilisation de référentiels de compétences

Cette section répond à l'objectif 3 de cet avis, c'est-à-dire « caractériser les retombées perçues suite à l'utilisation des référentiels ». Elle apporte quelques éléments relatifs à la **satisfaction globale** des référentiels de compétences et à certaines **retombées positives** résultant de l'utilisation de ces ceux-ci. Nous traitons ces deux dimensions dans la même section, puisqu'une retombée vécue ou observée (telle que l'amélioration de la communication interpersonnelle) peut en effet contribuer à la satisfaction en regard des référentiels.

Dans le tableau 8, encore ici, le **gras** est utilisé pour mettre en évidence le poids potentiellement supérieur du facteur cité par Battel-Kirk et Barry (2019a), étant donné qu'il repose sur la compilation de plusieurs études.

5.3.1 LA SATISFACTION GLOBALE

Selon notre recension des écrits, peu de recherches ont porté sur l'impact et les retombées de l'implantation de l'approche par compétences ou de l'utilisation de référentiels de compétences en santé publique (voir section 4.2), bien que nous ayons pu répertorier quelques données à cet effet. Dans un premier temps, on remarque que la **satisfaction globale** des référentiels, en termes de pertinence et d'utilité perçue, est plutôt positive (Battel-Kirk et Barry, 2019b, 2019c ; Bornioli *et al.*, 2020). Cela dit, les taux de réponse des enquêtes étaient généralement très bas – en particulier, Battel-Kirk et Barry (2019b) – ce qui invite à relativiser cette conclusion³³.

Selon les entretiens exploratoires réalisés, **la satisfaction globale des six référentiels visés par cette étude** est globalement très positive. Il est à noter que le degré de satisfaction à l'égard d'aspects plus précis des référentiels – concernant les contenus ou la forme, ou encore les stratégies (incluant la diffusion) – ont été traités comme des facteurs limitant ou facilitant l'utilisation.

5.3.2 LES RETOMBÉES PERÇUES

Afin d'examiner la pertinence et l'efficacité des référentiels de compétences en santé publique, la prochaine section présente les résultats portant sur **les retombées positives perçues de ces référentiels**³⁴. À noter que les retombées mentionnées dans les entretiens correspondent aux catégories relevées dans la littérature, mis à part celles en lien avec des activités de recherche et la mobilité professionnelle. Les retombées sont présentées dans le tableau 8 selon un pôle individuel (relatif à une personne et aux relations interpersonnelles) et un pôle organisationnel (relatif à des dispositifs institués).

³³ Par ailleurs, la mesure de la satisfaction globale, prise isolément, demeure peu significative si elle y est restreinte (Renaud, 2012). En effet, il est recommandé d'évaluer la satisfaction, entre autres, à partir de différentes composantes de l'objet d'évaluation (approche multi-items) (*ibid*).

³⁴ Il s'agit « d'impacts » vécus ou perçus, et non pas de retombées potentielles identifiées a priori (c'est-à-dire des résultats attendus). La liste peut alors paraître incomplète.

Tableau 8 Les retombées positives perçues de l'utilisation des référentiels de compétences en santé publique

Pôle	Retombées positives vécues ou perçues	Références
Pôle individuel	Consolide/donne confiance en ses compétences	(Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Stanford, 2016)
	Structure l'apprentissage individuel, la formation continue individuelle et soutien la trajectoire professionnelle	(Battel-Kirk et Barry, 2019b) (Burnett <i>et al.</i> , 2014)
	Soutient la mise à jour de connaissances spécifiques	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
	Facilite les interventions ciblées auprès des stagiaires	(Gaboury <i>et al.</i> , 2018)
	Clarifie l'identité/le rôle et contribue à la reconnaissance professionnelle	(Battel-Kirk et Barry, 2019a) (Burnett <i>et al.</i> , 2014) (Stanford, 2016) (Battel-Kirk et Barry, 2019c)
	Crée un sentiment de communauté professionnelle	(Battel-Kirk et Barry, 2019c)
Pôle organisationnel	Améliore la communication interpersonnelle	(Gaboury <i>et al.</i> , 2018) (Shilton <i>et al.</i> , 2008) (Battel-Kirk et Barry, 2019c)
	Soutien l'évaluation diagnostique et l'analyse de données	CS2
	Facilite l'identification de besoins de connaissance ou de formation	CS1, CS2
	Fourni des repères pour l'organisation du travail	(Burnett <i>et al.</i> , 2014)
	Favorise la mobilité professionnelle	RH1, CS2, CS3
	Facilite l'adoption d'une approche holistique en promotion de la santé	(Battel-Kirk et Barry, 2019c)

Le pôle individuel des retombées

Dans le pôle « individuel », la recension et les entretiens nous apprennent que l'utilisation des référentiels **permet de consolider/donner confiance en ses compétences, structurer l'apprentissage individuel** et plus globalement la trajectoire professionnelle. Elle permet également de soutenir la **mise à jour de connaissances spécifiques**, dans une situation où une personne professionnelle aurait à engager des communautés dans une démarche participative, par exemple.

Les référentiels facilitent par ailleurs les **interventions auprès de stagiaires** et orientent leur plan de développement en cours de stage, en identifiant des savoirs, savoir-être ou savoir-faire à développer à partir de ressources correspondantes. L'utilisation des référentiels permet en outre de **clarifier l'identité professionnelle et la reconnaissance auprès de différentes instances** en permettant de présenter, en contexte, un portrait intégré et complet d'un domaine ou d'une fonction de santé publique. Par exemple, les référentiels sont utiles pour distinguer la promotion de la santé du champ plus large de la santé publique, en particulier de sa dimension biomédicale. Enfin, dans un processus ici plus interactionnel, l'utilisation favorise le **sentiment de communauté professionnelle**, puisqu'elle fournit des repères communs relatifs à l'identité professionnelle.

Le pôle organisationnel des retombées

Selon le pôle « organisationnel », la recension et les entretiens permettent de souligner une retombée fréquemment rapportée, soit **l'amélioration de la communication interpersonnelle**. En effet, l'utilisation des référentiels « permet de mettre des mots sur des réalités qui avaient toujours été présentes » (Participant 1 dans Gaboury *et al.*, 2018) et « de parler un langage commun » (Gaboury *et al.*, 2018). Les référentiels permettent en effet d'identifier et de décrire des savoirs non formalisés, des situations professionnelles vécues et des pratiques : « (...) quand on parle de stratégies (...), c'est plus difficile à rendre tangible [que les protocoles et les algorithmes]. Les gens utilisent des stratégies, développent des habiletés, mais ils n'ont pas pris le temps de les nommer. (...) et pourtant, c'est très utile d'échanger sur cela, si on veut que les actions se mettent en œuvre » (CS2).

L'amélioration de la communication interpersonnelle constitue également une retombée supplémentaire fréquente des activités associées à l'analyse et l'évaluation. Par exemple, certains référentiels à l'étude ont servi à **analyser des données** dans le cadre d'un projet de recherche visant à réaliser une **évaluation diagnostique** des pratiques des personnes œuvrant dans le contexte de l'animation d'une communauté de pratiques en infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). En fin de compte, cette utilisation a permis de favoriser les échanges : « [le référentiel] me donne un cadre d'analyse, de réflexion sur les pratiques ; un repère qui fait en sorte que ça nous permet de questionner le terrain (...) [et d']identifier ce qui s'offre à eux dans le champ de pratiques et de favoriser les échanges et la coopération » (CS2).

CS2 explique plus en détails :

« Le référentiel me donnait un cadre pour traduire concrètement ce que veut dire la mise en œuvre de grandes orientations en ITSS sur le terrain (...). Si je n'avais pas eu accès au référentiel, je n'aurais pas su, ou ç'aurait été plus long de comprendre ce qui manquait en termes de pratiques, de compétences, de situations professionnelles (...). Au final, cela me permettait de déterminer quelles sont les possibilités en ITSS, et, parallèlement, de comprendre de quoi on me parle, et de quoi on ne me parle pas, afin de mieux saisir les raisons derrière cela. Par exemple, ça me permet de questionner mon réseau : la mobilisation des acteurs, pourquoi n'en parlez-vous pas? Est-ce pertinent chez vous? En faites-vous? Qui en fait? Quelles sont les stratégies utilisées? » (CS2).

Les référentiels se révèlent utiles également dans le cadre des premières phases de processus de transfert de connaissances : « Les référentiels, parce qu'ils identifient notamment les différents savoirs, savoir-faire et savoir-être dont la maîtrise est jugée essentielle à la pratique en santé publique, sont bien utiles lorsque l'on fait une démarche d'**identification des besoins de connaissances**. Ils permettent de cerner les besoins de connaissances sur la base de savoirs précis à maîtriser » (CS1).

Par ailleurs, l'utilisation des référentiels en gestion stratégique peut également améliorer la communication interpersonnelle. En effet, dans le cadre de l'implantation de l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, le référentiel correspondant « a été très utile en fournissant des définitions plus précises que celles du ministère. À ce titre, il a servi à développer une vision commune, un langage commun ; il a servi d'outil de sensibilisation, voire d'outil de gestion du changement » (G1). Le changement organisationnel associé à une approche qui a pour rôle une meilleure intégration entre individu et population (approche populationnelle), fait écho à littérature scientifique, qui expose que le référentiel a **facilité l'adoption d'une approche holistique** dans le domaine de la promotion de la santé.

Concernant le domaine de la gestion des ressources humaines et du développement professionnel, les référentiels ont été perçus comme utiles pour la **mobilité professionnelle**, puisqu'ils permettent de se décentrer d'une évaluation uniquement basée sur les savoirs scientifiques : « il y a des compétences plus difficiles à acquérir qu'on va chercher chez nos candidats, pour ensuite les accompagner dans un développement à l'interne [pour combler le manque de savoirs le cas échéant]. J'y vois une grande plus-value » (RH1). Par exemple, une personne qui n'est pas spécialisée dans les impacts psychosociaux des changements climatiques, mais qui dispose de savoir-faire en recherche et de connaissances concernant d'autres problématiques en sciences sociales, pourrait mettre en valeur des compétences transférables pour un poste de chercheur dans ce domaine. Ainsi, RH1 souligne, concernant plus largement l'approche par compétences, qu'elle permet de « valoriser la polyvalence », qui constitue par ailleurs une caractéristique importante mobilisée pendant la première vague de la pandémie de COVID-19.

Toujours concernant la mobilité professionnelle, RH1 observe que les gestionnaires qui s'engagent dans un processus d'évaluation des compétences individuelles³⁵ – en vue d'élaborer leur profil de compétences – « réalisent alors la plus-value de l'approche par compétences ». En effet, RH1 relate des commentaires reçus à l'effet que les personnes participantes sont très satisfaites, qu'ils peuvent « enfin, trouver les mots pour décrire leurs forces et les éléments à améliorer » en vue de poursuivre leur développement. Enfin, les écrits ont également mentionné que l'utilisation fournissait des **repères pour l'organisation du travail**, au sens où il favorise l'attribution de différents rôles dans une équipe de travail.

³⁵ Qui inclut notamment une auto-évaluation des compétences, des mises en situation complexes et une évaluation par une psychologue industrielle.

6 Discussion générale

Dans ce chapitre, nous abordons les principales limites de l'étude, de même qu'une discussion à propos des principaux enjeux de l'utilisation des référentiels de compétences et de l'approche par compétences en santé publique à partir des résultats obtenus.

6.1 Principales limites de l'avis

L'avis comporte différentes limites qui se doivent d'être rappelées ici. Tout d'abord, la recension des écrits montre qu'en dépit du nombre important d'articles exposant le *développement* des référentiels de compétences en santé publique, très peu de recherches ont porté sur leur *utilisation*. Le manque d'articles sur la question fait écho à la revue de la portée (*scoping review*) de Battel-Kirk et Barry (2019a), qui rapporte la rareté des recherches empiriques ayant pour objet l'implantation, l'utilisation et l'impact des référentiels de compétences – et, plus largement, de l'approche par compétences – en promotion de la santé. Ces constats s'appliquent également pour le champ de la santé publique en général, comme soutenu par la récente recherche de Bornioli *et al.* (2020), de même que pour l'éducation à la santé (Battel-Kirk et Barry, 2019b).

Peu de données ont été recensées en ce qui a trait aux raisons qui expliquent ce manque d'évaluation. Bornioli *et al.* (2020) posent comme hypothèses 1) le manque de priorisation du financement pour ce type d'évaluation, et 2) certains écueils méthodologiques, tel que l'échantillonnage difficile du public cible des référentiels. En effet, ce public cible est composé d'une grande diversité d'acteurs, d'une part, et, d'autre part, la présence de mandats de santé publique n'est pas toujours explicitée dans les titres des postes (*ibid.*).

Au-delà du fait que les écrits recensés sont somme toute peu nombreux, ils sont largement différenciés – en termes d'objets spécifiques, de domaines couverts, lieux géographiques, méthodologies, publics cibles, etc. Si cette variabilité permet de couvrir plusieurs angles de la question, elle rend impossible la généralisation des résultats et rend difficile l'identification du poids relatif des différents facteurs³⁶. Les résultats comportent également des enjeux de transférabilité, étant donné la pluralité des contextes étudiés. C'est pourquoi les éléments de discussion qui suivent la présentation des résultats visent à faciliter l'identification d'éléments transférables dans le contexte québécois.

Ensuite, l'échantillon utilisé pour les entretiens, dont la visée était exploratoire, comporte une majorité de personnes à l'emploi d'une seule organisation, ce qui biaise les résultats de façon importante. Qui plus est, les personnes choisies ont, pour une majorité, été sollicitées pour contribuer au développement de référentiels de compétences – excluant les personnes représentantes syndicales et la personne œuvrant en ressources humaines. Leur familiarité avec ce type de connaissances et avec les documents eux-mêmes était un critère d'inclusion nécessaire afin d'obtenir des résultats plus substantiels. Cependant, cette façon de procéder a pu limiter la distance critique par rapport aux référentiels à l'étude et par rapport à leur utilisation. Par ailleurs, les entretiens, de nature exploratoire, ne permettaient pas d'approfondir la question de l'implantation de l'approche par compétences dans le contexte de travail des personnes participantes. Cet élément pourrait faire l'objet d'une recherche subséquente (ex. sondage dans le réseau de la santé et des services sociaux,

³⁶ À titre d'exemple, une recherche centrée sur la dimension biomédicale d'un domaine visé par le référentiel, faisant intervenir de compétences plus techniques et donc plus facilement mesurables (Tourmen, 2016), ne rencontrent pas les mêmes enjeux qu'une autre centrée sur les compétences plus transversales en promotion de la santé. Le milieu de l'éducation universitaire est également plus propice à l'utilisation des référentiels, étant donné l'impératif d'élaboration de curriculum par rapport aux milieux professionnels (Battel-Kirk et Barry, 2019b, p. 9).

entretiens avec des informateurs-clés, étalonnage). Enfin, comme mentionné dans la mise en contexte, le sondage destiné aux professionnels et gestionnaires de santé publique du MSSS, de l'INSPQ et des directions de santé publique n'a pas pu être réalisé étant donné le contexte lié à la pandémie.

Malgré ces limites, l'analyse documentaire, triangulée, enrichie et contextualisée par celle des entretiens exploratoires, a mis en évidence plusieurs **facteurs de l'utilisation des référentiels**. Ces résultats pourront orienter des décisions visant à renforcer leur utilisation dans le contexte québécois. Différents **types d'utilisation** ont également été identifiés, ce qui a permis de vérifier, détailler et enrichir la typologie de Brahimi (2011). L'analyse a également révélé plusieurs **retombées positives** perçues de l'utilisation des référentiels, renouvelant la pertinence de ceux-ci et donnant à voir certaines potentialités de leur utilisation pour le réseau de la santé publique au Québec. Ces résultats, dans leur ensemble, sont de nature à nourrir l'élaboration de formations continues ou d'autres moyens de transfert dédiés à renforcer l'utilisation des référentiels.

6.2 Discussion sur les enjeux de l'utilisation des référentiels et de l'approche par compétences

Cet avis se basant sur la **prémisse d'une utilisation sous-optimale** des référentiels dans le réseau de la santé publique au Québec, nous avons souhaité examiner cette question lors des entretiens. Bien que parcellaires, les résultats convergent avec cette prémisse, puisque, pour toutes les personnes participantes, les référentiels sont perçus comme **peu utilisés** à l'INSPQ comme dans le reste du réseau. Nous devons souligner toutefois qu'une certaine quantité d'outils ou de dispositifs, telle que des formations continues, ont été développés à partir des référentiels et semblent demeurer pertinents à ce jour. Cet état de fait devrait être pris en compte si on souhaite évaluer l'impact des référentiels – et non pas seulement leur utilisation directe. Cela dit, il apparaît en effet que leur utilisation mérite d'être renforcée étant donné leur potentiel en termes de développement de compétences à long terme.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette sous-utilisation. Outre le caractère incontournable du déploiement d'un plan de transfert de connaissances (incluant une diffusion suffisante), l'étude nous apprend **l'importance du degré d'implantation d'une approche par compétences** au sein des processus de gestion. Nous revenons ici sur quelques éléments-clés issus de la recension des écrits et des entretiens, articulées avec des réflexions provenant de lectures complémentaires sur l'approche par compétences en milieu de travail.

Dans un premier temps, on remarque que **l'utilisation des référentiels et l'implantation de l'approche par compétence s'influencent l'une et l'autre**, au sens où une organisation dans laquelle l'approche par compétences est relativement intégrée dans les pratiques de gestion crée un climat favorable à l'utilisation des référentiels. Inversement, la mise en œuvre d'un plan de transfert sur les référentiels peut constituer un moyen, une stratégie parmi d'autres favorisant l'implantation de l'approche par compétences. Par contre, il va sans dire que l'intégration même d'une approche par compétences peut rencontrer plusieurs résistances.

À cet effet, la recherche de Burnett (2014) soulève des enjeux associés aux relations de travail. Comme nous l'avons vu, selon les résultats de sa recherche, **l'encouragement par les gestionnaires** peut favoriser l'utilisation des référentiels. Dans le même temps, il constate que lorsque la décision de l'implantation d'un référentiel provient *a priori* du supérieur immédiat (approche *top-down*), les personnes praticiennes sont plus incertaines face aux bénéfices de ce dernier. Au contraire, **une majorité des personnes répondantes qui utilisaient de manière**

« optimale » le référentiel ont indiqué qu'il s'agissait d'une décision personnelle (approche *bottom-up*). Ce constat démontre l'importance de l'adoption simultanée et concertée des référentiels entre les gestionnaires et les personnes employées.

Cela dit, l'adoption des référentiels pose la question plus large des enjeux entourant **la réception de l'approche par compétences** par les personnes employées, et, en particulier, de l'évaluation des compétences (auto-évaluation, évaluation par l'employeur, évaluation collective, etc.). Les travaux de Tourmen (2016) nous apprennent à ce titre que l'évaluation des compétences professionnelles peut être reçue de manière ambivalente, entre le **désir de reconnaissance et la crainte de sanctions**.

En effet, d'un côté, la plupart des travailleuses et travailleurs souhaitent l'évaluation puisqu'elle « porte en elle la possibilité de donner un retour à celui qui travaille sur l'utilité et la qualité de ce qu'il donne de lui-même » (Dejours, 2003, p. 49, cité dans Tourmen, 2016). Dans le même temps, l'évaluation constitue une possible source de tensions et de stress, en ce qu'elle est naturellement traversée par des **rappports de pouvoir**³⁷ (Whitehead *et al.*, 2013). Elle est d'autant plus délicate qu'elle entre contact avec l'**identité** même des personnes : « toucher aux compétences, c'est entrer sur le territoire de l'autre, son activité, son travail » (Tourmen, 2016). Enfin, la finalité des compétences étant fréquemment non précisée (Batal et Oudet, 2013 ; Tourmen, 2016), sinon pour contribuer à une logique de marché (Jonnaert *et al.*, 2004), c'est-à-dire afin d'augmenter la productivité des personnes en les mettant en concurrence entre eux et avec d'autres organisations (Dardot et Laval, 2009), le risque que **la personne évaluée se sente instrumentalisée** est réel. En effet, dans une telle logique, on ne tiendrait alors aucunement compte de ses propres aspirations et du potentiel d'une organisation à contribuer au « bien commun ».

Ces effets non désirés sont également associés aux **difficultés inhérentes de l'évaluation des compétences**. En effet, « évaluer des compétences, c'est évaluer un objet mouvant et difficile d'accès » (Tourmen, 2016). Dans un premier temps, en se fiant uniquement aux référentiels de compétences, qui demeurent relativement généraux et peu contextualisés, on s'expose à de **ne pas prendre en compte le travail réel dans sa complexité**, notamment en ce qui a trait aux conditions d'exercice du travail professionnel. Cela risque d'exacerber le poids, sur l'individu, de « l'injonction à être compétent » (Batal et Oudet, 2013 ; Tourmen, 2016). Une telle sur-responsabilisation des individus risque de faire émerger un sentiment de culpabilité pour des conditions sur lesquelles il n'aurait pas de contrôle (Tourmen, 2016), ce qui n'est pas sans risquer d'affecter la santé mentale (Curran et Hill, 2019).

Dans un deuxième temps, force est de constater que plusieurs aspects des compétences sont **difficilement mesurables** – en particulier, les savoir-être –, mais plus largement, également, des compétences abstraites, par exemple : « faciliter un processus d'*empowerment* », motiver les personnes ou favoriser le travail en équipe (Meresman *et al.*, 2006). Ainsi, comme le souligne Tourmen (2016), « l'évaluateur peut être tenté d'en rester au visible, au mesurable, au chiffrable ou au procédural ». D'un autre côté, vouloir aborder la complexité peut se traduire par une **multiplication des indicateurs** et mener à ce que De Gaulejac (cité dans Martuccelli, 2010) nomme la « quantophrénie », « cette maladie managériale voulant partout et toujours traduire toute la vie sociale en signes mathématiques ».

³⁷ Comme nous l'avons vu, les référentiels peuvent constituer un « outil politique » pour la délimitation de territoires professionnels et disciplinaires ; le référentiel est ici au centre de rapports d'influence. Qui plus est, l'accumulation et la reconnaissance des compétences dans un champ de pratique peut contribuer à assoir l'autorité d'une personne ou d'un groupe au sein d'une organisation (Wright, 2015).

Que faire alors devant tant de défis? Malgré les nombreux débats existant dans la littérature, la pertinence de l'approche par compétences et des référentiels est de plus en plus reconnue, cet avis y contribuant. En fait, il semble que ce n'est pas tant la notion de compétence qui soit problématique en elle-même, mais plutôt *son usage et le contexte* dans lequel elle est utilisée. Les pistes d'action qui suivent fournissent des repères pour un usage approprié.

7 Pistes d'action

Les résultats permettent, d'une part, de contribuer à consolider la pertinence de l'approche par compétences (en tenant compte des risques associés) et, plus spécifiquement, des référentiels de compétences. D'autre part, ils permettent de formuler des pistes d'action afin d'optimiser l'utilisation des six référentiels de compétences à l'étude. Certaines pistes s'apparentent à des balises qui invitent à la réflexion, mais des implications pour l'action sont généralement suggérées. La plupart de ces pistes d'action sont préliminaires, puisque l'étude n'a pu être complétée par une collecte de données dans le réseau de la santé publique en raison de la pandémie de COVID-19. La première section (7.1) présente des balises permettant de prendre en compte certains risques de l'approche par compétences en santé publique. Les sections suivantes proposent des pistes d'action concernant des stratégies d'ordre structurel et organisationnel (7.2), le développement d'outils visant à renforcer l'utilisation des référentiels (7.3), certains ajustements aux référentiels existants (7.4) la production éventuelle de nouveaux référentiels (7.5). Il est proposé également de réaliser une étude complémentaire qui inclurait la collecte de données empiriques issues du réseau de santé publique au Québec (7.6).

7.1 Prendre en considération certaines balises relatives à l'approche par compétences

Comme nous l'avons vu, l'approche par objectifs, pertinente dans une organisation du travail taylorienne, est centrée sur des savoir-faire associés à des opérations prescrites, plutôt procédurales. Dans une organisation du travail « ouverte », l'approche par compétences est plus pertinente. En effet, une telle organisation invite à la prise d'initiatives et implique d'agir dans des situations complexes et parfois imprévues (Le Boterf, 2002, dans Brahimi, 2011) – ce qui est particulièrement le cas dans le champ de la santé publique au Québec. Les référentiels de compétences constituent un outil pertinent pour le déploiement d'une telle approche et, au final, au développement des compétences. Cela dit, l'approche par compétences est elle-même complexe à mettre en œuvre et comporte certains risques; les balises exposées dans cette section visent à réduire ces risques.

7.1.1 RECONNAÎTRE QUE LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE EST DYNAMIQUE ET ÉVOLUE DANS LE TEMPS

Comme nous l'avons vu, la recension des écrits de Battel-Kirk et Barry (2019a) et la recherche de Stanford (2016) convergent pour souligner le risque de limitation de la créativité, voire d'enfermement de différents domaines ou fonctions de santé publique (en particulier, de la promotion de la santé chez Battel-Kirk et Barry, 2019a). Ainsi, **la reconnaissance du caractère dynamique et évolutif du domaine de santé publique pourrait être soulignée** lorsque jugé approprié de le faire (dans des textes explicatifs des référentiels, d'outils facilitateurs, lors de formations, etc.). Par ailleurs, se questionner périodiquement sur le besoin de mise à jour des différents référentiels est un bon réflexe à adopter, comme le recommande Mendoza *et al.* (1994 cités dans Shilton, 2001). En s'appuyant sur le cas de la promotion de la santé, il soutient que chaque référentiel doit être dynamique, tout comme l'est le champ lui-même.

7.1.2 RECONNAÎTRE LES DIFFICULTÉS DE LA MESURE DES COMPÉTENCES

Il s'agit de reconnaître, au sein des différents dispositifs et outils traitant de l'évaluation des compétences, **l'impossibilité ou l'importante difficulté de mesurer certains attributs des compétences** (comme les savoir-être) **et certaines compétences en particulier** – soit, celles plus abstraites et complexes (Mendoza *et al.*, 1994, cités dans Shilton, 2001). Par exemple, les

compétences « faciliter un processus d'*empowerment* » ou « favoriser le travail en équipe » sont en effet difficiles à mesurer (Meresman *et al.*, 2006), mais ne sont pas moins primordiales. L'évaluation des compétences devrait donc éviter de se concentrer uniquement sur ce qui est plus facilement mesurable. Cet état de fait peut avoir plusieurs implications à l'égard de l'intégration de l'approche par compétences dans les processus de gestion. Les pistes d'action qui suivent y font référence.

7.1.3 DÉFINIR LES FINALITÉS DES PROCESSUS D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

Étant donné les difficultés importantes associées à la mesure des compétences, de même que les enjeux de perception et les risques d'effets non désirés mentionnés dans la discussion générale, il s'agirait de **concevoir l'évaluation comme un acte visant le développement professionnel individuel et collectif**. L'évaluation devrait alors pouvoir viser, dans une certaine mesure, **l'épanouissement de la personne et des équipes**, articulée avec le développement de l'organisation. En santé publique, qui plus est, les objectifs collectifs peuvent être associés à une finalité d'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Ces clarifications - et ce qu'elles impliquent pour l'appropriation de l'approche par compétences - permettraient d'éviter le sentiment d'instrumentalisation associée à une finalité réduite à une logique de marché, tel que souligné par Jonnaert *et al.* (2004).

7.1.4 CENTRER L'ÉVALUATION INDIVIDUELLE SUR LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

La recommandation précédente s'est attardée aux **finalités** de l'évaluation des compétences alors qu'ici, nous portons ici notre attention sur **l'objet** de l'évaluation. Afin d'éviter la perception d'une évaluation-sanction, Le Boterf (1998) propose de s'écarter d'une évaluation centrée sur le contrôle **d'un écart entre un référentiel et les compétences mesurées chez un individu**, pour envisager une évaluation centrée sur le **processus**. L'évaluation est alors au **service de l'apprentissage**, pour mieux savoir agir. L'évaluation devrait ainsi permettre une autoréflexion : « Quels effets voulais-je obtenir ? Les ai-je obtenus ? Comment m'y suis-je pris pour atteindre ces résultats ? Pourquoi m'y suis-je pris de cette façon ? Quelles sont les raisons des effets réels obtenus ? » (*Ibid.*). Cela dit, comme le souligne Cotter (2015), le processus d'auto-évaluation gagnerait à être accompagné par une personne afin de réduire les biais associés à une trop grande subjectivité – d'où la recommandation de Le Boterf (1998) qui soutient que « Le dialogue, la confrontation intersubjective doivent faire partie du dispositif d'évaluation »³⁸. Enfin, dans le souci de porter une attention aux *conditions* dans lesquelles le travail et l'apprentissage s'effectuent, Tourmen (2016) rapporte que plusieurs auteurs insistent sur la **nécessité d'axer l'évaluation sur le travail, et non sur la personne**.

7.1.5 CONCEVOIR ET PRÉSENTER LES RÉFÉRENTIELS COMME DES ENSEMBLES DE REPÈRES

Tel que l'exposent la littérature et les pratiques répertoriées à partir des entretiens, les référentiels devraient, lors de leur utilisation, être **adaptés et contextualisés à la personne, à son rôle, au domaine précis, au contexte de travail**, etc. Ainsi, les référentiels devraient être présentés et utilisés comme des *repères*, plutôt que comme une liste de critères précis à satisfaire. Comme le souligne (Le Boterf, 2008, cité dans Briand-Lamarche, 2017), une logique prescriptive peut être pertinente lorsqu'il s'agit d'exécuter des tâches simples et répétitives, mais pas dans le cas où l'autonomie et l'innovation professionnelle sont recherchées. Bref, il s'agit de mettre de l'avant **la valeur indicative plutôt que normative des référentiels**.

³⁸ Certes, il demeure des situations où cette perspective ne s'applique pas, tel que le processus d'embauche.

7.2 Mettre en œuvre des stratégies d'ordre structurel et organisationnel favorisant l'appropriation et l'utilisation des référentiels

Cette section se veut plus directement orientée vers l'action, aux niveaux structurel et organisationnel. Tel que le soulignent les entretiens de cette étude, l'évaluation des compétences ne pourrait se réaliser pleinement en-dehors des **conditions nécessaires pour l'apprentissage**. Il s'agit donc, pour l'organisation, de rendre disponibles **différents dispositifs de formation et d'apprentissage**, du **temps** et des **ressources** suffisantes dédiées aux activités de formation. Ces conditions et dispositifs s'inscrivent idéalement dans un cadre de référence plus général, soit l'implantation de l'approche par compétences / de l'organisation apprenante. Dans cette perspective, les pistes d'action qui suivent regroupent des stratégies intégrées (dont le plan de transfert) et des stratégies d'ordre structurel et organisationnel.

7.2.1 ÉLABORER UN PLAN DE TRANSFERT AVEC LES PARTENAIRES PERTINENTS

Le manque de diffusion à large échelle a été maintes fois mentionné dans les entretiens comme un facteur nuisant à la connaissance et à l'appropriation des référentiels. Il est donc clair qu'une **stratégie de diffusion appropriée doit être envisagée** si on souhaite renforcer l'utilisation des référentiels. Cela dit, tel que mentionné précédemment, le développement d'une « culture organisationnelle » favorable à l'utilisation des référentiels semble aller de pair avec **l'implantation d'une approche d'organisation apprenante**. Pour RH1, l'organisation apprenante représente un changement organisationnel profond : « parfois, c'est facile d'adopter une philosophie, mais il faut prévoir le temps, avoir une stratégie de déploiement et être prêt. Le principe de l'organisation apprenante demande de l'humilité, une décentralisation, et là je pense à l'INSPQ et au réseau ».

Une stratégie intégrée et efficace visant à renforcer l'utilisation des référentiels impliquerait d'inclure d'impliquer les partenaires pertinents, dont les directions des ressources humaines et les syndicats du réseau de la santé publique du Québec dans l'élaboration du plan de transfert. De cette façon, un arrimage plus cohérent avec l'implantation de l'approche par compétences, et possiblement d'organisation apprenante pourrait être réalisé en fonction des ressources disponibles, des barrières et facilitateurs anticipés. Une réflexion stratégique devrait être réalisée à cet effet. Entre autres, les principes d'une telle approche doivent être examinés de façon critique à la lumière des risques associés à l'implantation de l'approche par compétences. Enfin, les entretiens ont permis de mettre en lumière l'importance d'une personne dédiée à l'accompagnement à l'utilisation des référentiels.

7.2.2 METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES RELATIVES AUX DISPOSITIFS STRUCTURELS

Ces propositions consistent en des possibilités d'action sur des facteurs d'ordre structuro-organisationnels soulevés dans cette étude. Ainsi, il s'agirait de réfléchir à l'élaboration / sonder les personnes et groupes concernés sur l'intérêt de :

- Développer des **outils facilitant l'arrimage** entre les six référentiels à l'étude et les exigences de différents ordres professionnels (psychologie, travail social, urbanisme, etc.).
- Explorer l'arrimage entre l'approche par compétences, les référentiels et les processus **d'assurance-qualité**.

7.2.3 METTRE EN PLACE DES STRATÉGIES RELATIVES AUX DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS

Il s'agit ici encore de propositions qui pourraient faire l'objet de réflexions auprès des instances concernées. Elles concernent l'utilisation des référentiels, mais également et plus largement l'implantation de l'approche par compétences / de l'organisation apprenante :

- Explorer, à l'échelle de différentes équipes œuvrant en santé publique institutionnelle au Québec, en collaboration avec les directions des ressources humaines et les syndicats, la possibilité de mettre sur pied des **projets-pilotes sur l'implantation de l'approche par compétences / de l'organisation apprenante** et/ou **centrées plus précisément sur l'utilisation des référentiels**;
- Et/ou réaliser des **études de cas** sur des expériences existantes concernant l'implantation de l'approche par compétences / de l'organisation apprenante et/ou l'utilisation des référentiels ;
- Explorer la stratégie de **l'évaluation approfondie des compétences individuelles des gestionnaires** afin d'obtenir leur adhésion à l'approche par compétences³⁹;
- Offrir des **activités** présentant les référentiels, les types d'utilisation possibles et les différentes manières de les utiliser concrètement, selon différents publics cibles.

7.3 Développer un support numérique et des outils complémentaires facilitant l'utilisation des référentiels

Cette section regroupe des propositions ciblées à l'égard du développement d'outils (Web et documents complémentaires) :

- Développer une **interface Web** visant à simplifier l'ergonomie des tableaux des compétences – à l'aide d'accordéons⁴⁰ par exemple ;
- Évaluer la possibilité et la pertinence de développer des **outils Web facilitant l'auto-évaluation des compétences** (tel qu'un formulaire), différenciés selon les **rôles professionnels**, incluant ou non des **niveaux de compétences** ;
- Vérifier la pertinence de développer des outils visant à adapter les référentiels aux **contextes particuliers**, notamment à l'égard des différentes **nations autochtones**.

7.4 Apporter certains ajustements aux référentiels de compétences en santé publique existants

Cette section concerne plus spécifiquement des ajustements concernant une éventuelle mise à jour des référentiels existants, en cohérence avec les objectifs du projet.

À noter que les résultats des entretiens exploratoires **convergent pour soutenir que les référentiels actuels sont utiles, pertinents et d'un degré de précision approprié**. Cela dit, étant donné le caractère évolutif du champ de la santé publique, nous proposons :

³⁹ En référence au témoignage rapporté par RH1 concernant la satisfaction des gestionnaires lors d'un tel processus, qui répond à certains de leurs besoins et leur permet de mieux comprendre les avantages de la notion de compétence. Il peut inclure notamment une auto-évaluation des compétences, des mises en situation complexes et une évaluation réalisée par une personne psychologue industrielle spécialisée.

⁴⁰ « L'accordéon est un élément de contrôle graphique comprenant une liste d'éléments empilés verticalement, tels que des étiquettes ou des vignettes. Chaque élément peut être « développé » ou « réduit » pour révéler le contenu associé à cet élément » (trad. libre). Accordion (GUI). (2021, 8 septembre). Dans [https://en.wikipedia.org/wiki/Accordion_\(GUI\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Accordion_(GUI))

- D'intégrer, dans les documents de planification appropriés, une vérification régulière concernant les besoins de mise à jour des référentiels auprès des acteurs les plus directement concernés.

Deux autres pistes d'action émergent de l'analyse concernant des ajustements aux référentiels existants, soit :

- Évaluer la faisabilité de **simplifier le langage** des référentiels ;
- **Mettre à jour les « ressources externes »** ; les référentiels proposent de consulter des plans, des guides, et divers documents de références. Certains de ces documents ont fait l'objet de réédition. Il s'agirait de les mettre à jour.

7.5 Évaluer la pertinence et la faisabilité d'élaborer un référentiel de compétences sur l'ensemble de l'action de santé publique

En cohérence avec les objectifs du projet, nous fournissons ici des pistes d'action spécifiques concernant la production d'un nouveau référentiel ou de modifications majeures à un référentiel existant :

- Explorer l'idée de **développer un référentiel général en santé publique**. Déterminer sa valeur ajoutée ou son arrimage par rapport aux autres référentiels existants à cet effet⁴¹.
- Identifier, au sein d'un référentiel général en santé publique, un ensemble de compétences relatives à la **prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS)**.
- Identifier, au sein d'un référentiel général en santé publique, un ensemble de compétences relatives à **l'analyse des politiques publiques**.

7.6 Approfondir les connaissances sur l'utilisation des référentiels de compétences dans le réseau de santé publique

Comme mentionné dans cet avis, les entretiens, réalisés en majorité à l'INSPQ, sont nettement insuffisants pour répondre de façon efficace aux questions relatives aux facteurs de l'utilisation des référentiels, au degré et aux types d'utilisation qui ont cours dans le réseau de la santé publique au Québec et aux retombées des référentiels.

Cela dit, les résultats des entretiens et de la recension des écrits peuvent être utilisés en vue de la construction d'outils de collecte de données, selon la méthodologie que serait privilégiée. Ils seraient sans doute utiles pour développer, par exemple, un **questionnaire** pouvant être adressé à l'ensemble des membres du réseau de santé publique et, éventuellement, à l'élaboration d'un guide d'entretien servant à animer des **groupes de discussion** recouvrant les différents domaines des référentiels et les rôles professionnels.

⁴¹ À cet effet, vérifier, notamment, celui développé par l'Agence de la santé publique du Canada.

8 Conclusion

Cet avis s'appuie sur une recension des écrits narrative - incluant des stratégies systématisées - et des entretiens exploratoires (n = 13). La recension a permis de constater la rareté des recherches empiriques ayant pour objet l'implantation, l'utilisation et l'impact des référentiels de compétences en santé publique, ce qui appelle à d'autres recherches empiriques. Cela dit, malgré le nombre relativement faible de recherches qui ont satisfait les critères d'inclusion, les résultats des deux méthodes utilisées permettent de mieux saisir les barrières et les facteurs facilitants de l'utilisation des référentiels de compétences sur les plans structurels, organisationnels, associés aux contenus, à la forme et au processus d'implantation. Ils permettent également de caractériser les différents types d'utilisation et les retombées perçues et vécues. Ces résultats, dans l'ensemble, contribuent à consolider la pertinence des référentiels en santé publique, et seront certainement utiles pour la réflexion et la conception de dispositifs favorables à leur utilisation.

L'avis permet également de soulever différents enjeux associés à l'utilisation des référentiels, et plus largement, de l'approche par compétences. Au premier chef, on remarque les défis d'articulation du champ de la santé publique et de l'approche par compétences, tous deux caractérisés fondamentalement par la complexité, la transversalité et l'interdisciplinarité. Cet enjeu théorique se reflète dans la pratique et soulève les difficultés associées au processus d'évaluation des compétences, des enjeux potentiels en termes de relations de travail et, plus particulièrement, à la réception de l'approche d'évaluation des compétences par le personnel.

Cela dit, plusieurs « balises » permettent d'aborder ces enjeux, notamment en (re)cadrant les référentiels comme des repères pour le développement professionnel continu, plutôt que dans une logique exclusivement prescriptive. Des pistes d'action plus concrètes sont également proposées en vue de renforcer l'utilisation des référentiels dans le réseau de la santé publique au Québec, à commencer par l'élaboration d'un plan de transfert approprié.

Quoiqu'il en soit, le réseau de la santé publique aurait sans doute fort à gagner à adopter l'approche par compétences d'organisation apprenante de façon plus importante. Les dispositifs favorisant son implantation, même s'ils demandent parfois une réorganisation profonde (comme une plus grande participation des employés aux processus de prises de décisions afin de favoriser le travail en réseau, notamment), sont de nature à rendre les organisations plus agiles et nourrir la motivation des équipes de travail, tout en favorisant la créativité et en renforçant leur sentiment d'appartenance.

9 Références

Référentiels de compétences à l'étude

- Comité de pilotage du Projet d'implantation du cadre d'orientation en surveillance. (2010). *Profil des compétences pour l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population du Québec*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences. (2012). *Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Laliberté, C. et Brahim, C. (2012). *Référentiel de compétences en santé environnementale pour la santé publique du Québec*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Fontaine, G., Brahim, C., Fortier, M. (2013). *Référentiel de compétences en santé au travail du réseau de la santé publique du Québec*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Martin, C., Brahim, C., Farley, C. (2014). *Prévention et promotion de la santé pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec : Référentiel de compétences*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Archetto, M.-J., Brahim, C. et Morin D. (2018). *Référentiel de compétences en maladies infectieuses pour la santé publique du Québec*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

Autres référentiels de compétences cités

- Malai, D., Brahim, C., Farley, C. et Gravel, F. (2012). *Référentiel des compétences relatives aux processus scientifiques reliés aux fonctions transversales de l'Institut national de santé publique du Québec*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

Articles centraux – recension des écrits

- Battel-Kirk, B. et Barry, M. M. (2019a). Has the Development of Health Promotion Competencies Made a Difference ? A Scoping Review of the Literature. *Health Education & Behavior: The Official Publication Of The Society For Public Health Education*, 46(5), 824-842. mdc.
- Battel-Kirk, B. et Barry, M. M. (2019b). Evaluating progress in the uptake and impact of Health Promotion competencies in Europe. *Health Promotion International*, daz068. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz068>
- Battel-Kirk, B. et Barry, M. M. (2019c). Implementation of Health Promotion Competencies in Ireland and Italy—A Case Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4992. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244992>
- Bornioli, A., Evans, D. et Cotter, C. (2020). Evaluation of the UK Public Health Skills and Knowledge Framework (PHSKF) : Implications for international competency frameworks. *BMC Public Health*, 20(1), 956. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09024-6>
- Burnett, E., Curran, E., Loveday, H. P., Kiernan, M. A., et Tannahill, M. (2014). The outcome competency framework for practitioners in infection prevention and control : Use of the outcome logic model for evaluation. *Journal Of Infection Prevention*, 15(1), 14-21. mdc. <https://doi.org/10.1177/1757177413512387>
- Cotter, C. (2015). *Review of the Public Health Skills and Knowledge Framework (PHSKF) Report on a series of consultations. Spring 2015*. London : Public Health England.

Nash, R. E., Chalmers, L., Stupans, I., et Brown, N. (2016). Knowledge, use and perceived relevance of a profession's Competency Standards; implications for Pharmacy Education. *The International Journal Of Pharmacy Practice*, 24(6), 390-402. mdc.
<https://doi.org/10.1111/ijpp.12267>

Stanford, P. E. (2016). How can a competency framework for advanced practice support care? *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(20), 1117-1122. mdc.

Articles retenus pour l'analyse, mais non centraux – recension des écrits

Battel-Kirk, B., Barry, M. M., Battel-Kirk, B. et Barry, M. M. (2008). *Testing the feasibility of implementing a pan European framework for health promotion accreditation*. IUHPE Research Report Series.

Gaboury, I., Ouellet, K., Xhignesse, M., et St-Onge, C. (2018). Strategies identified by program directors to improve adoption of the CanMEDS framework. *Canadian Medical Education Journal*, 9(4), e26-e34. mdc.

Gallardo, C., Martinez, A., Zaagsma, M. et García de et Sola, S. (2012). *Testing the implementation of the CompHP Pan European Accreditation Framework in practice settings*. IUHPE Paris, France.

Shickle, D., Stroud, L., Day, M. et Smith, K. (2019). The applicability of the UK Public Health Skills and Knowledge Framework to the practitioner workforce : Lessons for competency framework development. *Journal of Public Health*, 41(1), e109-e117. her.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy097>

Shilton, T., Howat, P., James, R., Hutchins, C., et Burke, L. (2008). Potential uses of health promotion competencies. *Health Promotion Journal of Australia*, 19(3), 184-188.
<https://doi.org/10.1071/HE08184>

Publications complémentaires – notion de compétences

Batal, C., et Oudet, S. F. (2013). Compétences, un folk concept en difficulté ? *Savoirs*, n° 33(3), 39-60.

Brahimi, C., Farley, C. et Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec Québec.

Briand-Lamarche, M. (2017). *Évaluation du développement et de la mise en oeuvre d'un référentiel de compétences pour favoriser l'utilisation des connaissances issues de la recherche en éducation*. [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/18486>

Bruno, I., Clément, P., et Laval, C. (2010). *La grande mutation : Néolibéralisme et éducation en Europe*. Paris : Syllepse — Institut de recherches de la Fédération syndicale unitaire (FSU).

Carignan, L., et Fourdrignier, M. (2013). *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Québec : PUQ.

Clément, P., Dreux, G., Laval, C., et Vergne, F. (2011). *La nouvelle école capitaliste*. Paris : La Découverte. <http://www.cairn.info/la-nouvelle-ecole-capitaliste--9782707169488.htm>

Dierckx, C. (2013). Raison instrumentale, réflexivité et horizons de sens : Une problématisation philosophique des référentiels du social. Dans L. Carignan et M. Fourdrignier (dir.), *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Québec : PUQ.

Hirtt, N. (2009). L'approche par compétences : Une mystification pédagogique. *L'école démocratique*, 39(1).

- Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S., et Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : Compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696.
<https://doi.org/10.7202/012087ar>
- Le Boterf, G. (1998). Évaluer les compétences. Quels jugements ? Quels critères ? Quelles instances ? *Education permanente*, 135(2), 143-151.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire de l'éducation* (3e éd.). Montréal : Guérin.
- Mendoza, J., Parker, E., et Fresta, J. (1994). If the suit doesn't fit why wear it? Competency-based training and health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 4(2), 9-14.
- Meresman, S., Colomer, C., Barry, M., Davies, J. K., Lindstrom, B., Loureiro, I., et Mittelmark, M. (2006). A review of professional competencies in health promotion: European perspectives: On behalf of EUMAHP Consortium. *International Journal of Health Promotion and Education*, 44(3), 113-120. <https://doi.org/10.1080/14635240.2006.10708081>
- Molina, Y. (2013). Le référentiel professionnel, un outil politique pour la professionnalisation. Dans L. Carignan et M. Fourdrignier (dir.), *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Québec : PUQ, p. 67-81.
- Nguyen, D.-Q., et Blais, J.-G. (2007). 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*, 8(4), 232-251.
- OMS. (2016). *Global strategy on human resources for health : Workforce 2030*.
<https://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>
- Oudet, S. F. (2012). Chapitre 14. Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. Dans Bourgeois, E. et Durand, M. (dir.) *Former par le travail*. Paris : PUF.
<https://www.cairn.info/apprendre-au-travail--9782130588948-page-201.htm>
- Parent, A.-A., O'Neill, M., Roy, B. et Simard, P. (2014). Entre santé publique et organisation communautaire : Points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 67-90.
<https://doi.org/10.7202/1023978ar>
- Postiaux, N., Bouillard P., et Romainville, M. « Référentiels de compétences à l'université. Usages, rôles et limites ». Recherche et formation, no 64 (1 juillet 2010): 15-30.
<https://doi.org/10.4000/rechercheformation.185>
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : De l'intention à la mise en oeuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44.
- Tourmen, C. (2016). L'évaluation des compétences professionnelles : Apports croisés de la littérature en évaluation, en éducation et en psychologie du travail. *Mesure et évaluation en éducation*, 38(2), 111-144. <https://doi.org/10.7202/1036765ar>
- Turcotte, D. (2013). Référentiels de compétences et formation en travail social au Québec. Dans L. Carignan et M. Fourdrignier (dir.), *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Québec : PUQ. p. 117-135.
- Vienneau, R. (2011). *Apprentissage et enseignement : Théories et pratiques*. Ottawa : Gaëtan Morin.
- Weinstock, D. (2018). Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, vol. 20, n° 2. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.4173>
- Whitehead, C. R., Austin, Z., et Hodges, B. D. (2013). Continuing the competency debate : Reflections on definitions and discourses. *Advances in Health Sciences Education*, 18(1), 123-127. psych. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9407-7>

Publications - contexte théorique

- Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ). (2017). Lexique sur le transfert de connaissances en éducation, CTREQ, 51 p. <http://www.ctreq.qc.ca/realisation/lexique-transfert-de-connaissances-education/>
- Curran, T., et Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time : A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Boudon, R., et Bourricaud, F. (2011). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : PUF.
- Beaudet, C. (2001). Clarté, lisibilité, intelligibilité des textes: un état de la question et une proposition pédagogique. *Recherches en rédaction professionnelle*, 1(1), 1-19.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 50.
- Gagnon, F., Bergeron, P., et Fortin, J.-P. (1999). Le champ contemporain de la santé publique. Dans C. Bégin, P.-G. Forest, et V. Lemieux (Éds.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (p. 229-258). Montréal : Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/12186>
- Dardot, P., et Laval, C. (2009). *La nouvelle raison du monde : Essai sur la société néolibérale*. Paris : La Découverte.
- Fassin, D. (2008). Faire de la santé publique. 2e édition révisée. Rennes (France): EHESP.
- Fournier, P. (2003). L'art et la science de la santé publique. *Environnement et santé publique: fondements et pratiques*, 39-57.
- Gervais, M.-J., Souffez, K., et Ziam, S. (2016). *Quel impact avons-nous ? Vers l'élaboration d'un cadre pour rendre visibles les retombées du transfert des connaissances*. 1, 21.
- Lemire, N., Laurendeau, M.-C., Souffez, K., Institut national de santé publique du Québec, et Direction recherche, formation et développement. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique Québec. <https://www.deslibris.ca/ID/222221>
- Martuccelli, D. (2010). Critique de la philosophie de l'évaluation. *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 128-129(1), 27-52.
- Massé, R. (2007). Les sciences sociales au défi de la santé publique. *Sciences sociales et santé*, Vol. 25(1), 5-23.
- Morrison, V. (2013). *Les problèmes viciés et les politiques publiques*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://www.ccnpps.ca/117/Publications.ccnpps?id_article=926
- Renaud, J.-S. (2012). *La mesure de la satisfaction des clients : Effet de la polarité, du nombre de points et de l'étiquetage de l'échelle de réponse sur la distribution des réponses et sur les qualités psychométriques*. [Thèse de doctorat, Université Laval]. Corpus.
- Rosa, H. (2017). *Aliénation et accélération : Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris : La découverte.
- Wright, E. O. (2015). *Understanding class*. New York : Verso Books.

Publications méthodologiques


- Ali, A., et Faruque, D. S. (2015). Effectiveness of Social and Cultural Sustainability Practices in Built Environment : A Quasi-Systematic Review. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 9(12), 4298–4305.
- Booth, A., Papaioannou, D., et Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. Thousand Oaks : SAGE publications.
- Boutin, G. (1997). L'entretien de recherche qualitatif. Sainte-Foy : Édition Presses de l'Université du Québec.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches*. Thousand Oaks : SAGE publications.
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., et Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
- Framarin, A., et Déry, V. (à paraître). *Les revues narratives – Fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec.
- Gough, D., Thomas, J., et Oliver, S. (2012). Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic reviews*, 1(1), 28.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., et Nicolau, B. (2018). Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018. *Registration of copyright*, 1148552.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd.* Armand Colin.
- Robert, O., et Déry, V. (2020). *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec*. <http://www.deslibris.ca/ID/10105464>
- Whittemore, R. (2007). Rigour in Integrative Reviews. Dans C. Webb et B. Roe, *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice : Systematic Reviews*. Wiley-Blackwell. p. 149-156.

Annexe 1

Précisions sur la méthodologie de la recension des écrits

Précision sur la méthodologie de la recension des écrits

Tableau 9 Critères visant à évaluer les degrés de faisabilité et de « souhaitabilité » pour la réalisation d'une recension systématique

Réaliser une recension systématique est :	Peu faisable et peu souhaitable 	Faisable et souhaitable
Champ	Interdisciplinaire	Disciplinaire
Problème(s)	Émergent et complexe	Reconnu et spécifique
Base de savoirs	Abondante ou restreinte	De quantité raisonnable
	Fragmentée	Homogène
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empiriquement 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conceptuellement 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Idéologiquement 	
Question de recherche	Changeante selon l'avancée de la recension	Fixe et précise
Paradigmes de recherche	Interprétatif Critique	Positiviste Postpositivisme

Inspiré de Dixon-Woods *et al.* (2006) et Gough *et al.* (2012).

Tableau 10 Critères (non exhaustifs) d'approches systématiques pour les revues de littérature et précisions sur le travail réalisé dans le cadre de cette étude

CRITÈRES DE PROCESSUS	RÉPONSES AUX CRITÈRES
CADRAGE DE LA RECENSION	
Définition de la problématique	Oui
Objectifs de la recension	Oui
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	
Consultation auprès d'experts	En partie. Les co-auteurs suivants peuvent être considérés comme des experts : Doina Malai peut être considérée comme une experte en développement des compétences, et Mathieu-Joël Gervais comme un expert en transfert de connaissances et en sciences de l'implantation. Cette stratégie s'est limitée à ces deux personnes.
Recherche dans les bases de données	Une recension bibliographique dans cinq bases de données (<i>Medline, ERIC, Health Policy reference center, Political Science Complete, PsycInfo et Public Affairs Index</i>) a été effectuée. Une combinaison de mots-clés a été utilisée afin de représenter le concept de « référentiels de compétence » ainsi que le concept « d'utilisation » (voir la syntaxe complète plus loin dans cette annexe).
Recherche « à la main » (dans les revues pertinentes)	Non
Recherche de la littérature grise	Oui, les bases de données sélectionnées ont permis de recenser des documents « non publiés » issus de la littérature grise
Recherche par remontée bibliographique (liste des références)	Oui, nous avons appliqué la technique boule-de-neige aux bibliographies des 11 articles retenus suite aux recherches dans les bases de données afin d'identifier des références additionnelles. Cette deuxième phase de recherche a permis de cibler 256 références supplémentaires, dont deux ont été retenus dans les articles finaux.
Recherche de sources citant des sources-clés	Oui, de façon exploratoire, mais cette recherche s'est avérée non concluante puisqu'aucune référence ne semblait pertinente en fonction des objectifs de la présente étude.

Tableau 10 Critères (non exhaustifs) d'approches systématiques pour les revues de littérature et précisions sur le travail réalisé dans le cadre de cette étude (suite)

CRITÈRES DE PROCESSUS	RÉPONSES AUX CRITÈRES
Recherche d'auteurs-clés	Non
Recherche sur Google Scholar	Oui, les documents reliés à un cadre particulier, soit le <i>Public Health Skills and Knowledge Framework</i> (PHSKF) ont été recherchés. Cette étude s'est néanmoins avérée non concluante puisqu'aucun des documents trouvés ne semblait pertinent en fonction des objectifs de la présente étude.
Consultation auprès d'experts afin de vérifier si des sources importantes auraient été exclues	Non
SÉLECTION DES SOURCES	
Sélection des sources par deux chercheurs de manière indépendante	En partie : 1) l'évaluation de la pertinence par titre et résumés a été réalisée à 75 % par deux évaluateurs de manière indépendante; 2) l'évaluation de la pertinence de tous les textes complets a été réalisée par deux évaluateurs.
Discussion en cas de désaccord	Oui. Les discussions ont permis d'obtenir un consensus dans tous les cas de divergence.
Utilisation d'un tableau des sources exclues et raisons de l'exclusion	Oui (mais non présentée dans cet avis).
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	
Évaluation à l'aide d'une grille reconnue	Oui : celle du <i>Mixed method appraisal tool</i> (Hong <i>et al.</i> , 2018) Aucune recherche n'a été exclue pour un manque de qualité, mais certains résultats ont été exclus étant donné le « niveau de preuve » insuffisant. Dans des cas plus nuancés, le niveau de preuve a été pris en compte dans l'analyse.
Évaluation interjuge à double aveugle	Non
Évaluation du risque de biais des sources sélectionnées	Non

Tableau 10 Critères (non exhaustifs) d'approches systématiques pour les revues de littérature et précisions sur le travail réalisé dans le cadre de cette étude (suite)

CRITÈRES DE PROCESSUS	RÉPONSES AUX CRITÈRES
ENREGISTREMENT DU PROTOCOLE	
Le protocole de la revue a-t-il été enregistré et publié ?	Non
COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES	
Examen approfondi des sources primaires	Non. Cela dit, les articles sélectionnés étaient tous des sources primaires, mis à part l'examen de la portée de Battel-Kirk et Barry (2019)
Approche structurée de collection des données des articles	Oui : les données ont été colligées dans un tableau Excel pour chaque article selon une grille d'analyse préétablie, tout en laissant la reconfigurant au fil de l'analyse lorsque jugé pertinent.
Collecte / codage en double-aveugle et reproductibilité	Non. Du point de vue épistémologique (ici, réalisme critique), la reproductibilité fait peu de sens dans le cas où la place laissée aux catégories émergentes est importante dans l'analyse thématique
Méthode structurée d'analyse	Analyse thématique (voir la description dans le corps de l'avis).
Triangulation	Les résultats de la recension ont pu être en partie triangulés avec les entretiens semi-dirigés.
Caractéristiques des sources sélectionnées	Elles sont présentées dans un tableau dans le corps de l'avis.
PRÉSENCE DE CES ÉLÉMENTS DANS LE CHAPITRE RÉSULTATS	
Résultats principaux de chaque articles	Non
Résultats de la synthèse	Oui
PRÉSENCE DE CES ÉLÉMENTS DANS LE CHAPITRE DISCUSSION GÉNÉRALE	
Résultats principaux	Oui
Limitations de la recension	Oui
Implications pour la recherche et la pratique	Oui

Ce tableau est inspiré principalement de Booth *et al.* (2012), et, dans une moindre mesure, de Whittmore (2007) et Ali et Faruque (2015).

SYNTAXE DE LA RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES

S1 T1((framework or toolkit or "tool") N2 (competency or competencies or competent or "skill" or "skills" or skillset or skillsets or expertise or "know how")) OR AB((framework or toolkit or "tool") N2 (competency or competencies or competent or "skill" or "skills" or skillset or skillsets or expertise or "know how"))

S2 T1("continuing education" or recruitment or "human resources" or "HR" or career or "job description" or achiev* or indicator* or monitor* or sustainability or update or ((employee* or performance or professional or staff) N3 (evaluation or assess* or appraisal or development or developing or educat* or "train" or training or learn*)) or (("use" or "used" or "using" or "utilisation" or utiliz* or exploit* or example* or implement* or approach) N2 (competency or competencies or competent or "skill" or "skills" or skillset or skillsets or expertise or "know how" or framework or toolkit or "tool" or core))) OR AB("continuing education" or recruitment or "human resources" or "HR" or career or "job description" or achiev* or indicator* or monitor* or sustainability or update or ((employee* or performance or professional or staff) N3 (evaluation or assess* or appraisal or development or developing or educat* or "train" or training or learn*)) or (("use" or "used" or "using" or "utilisation" or utiliz* or exploit* or example* or implement* or approach) N2 (competency or competencies or competent or "skill" or "skills" or skillset or skillsets or expertise or "know how" or framework or toolkit or "tool" or core)))

S1 AND S

Annexe 2

**Les caractéristiques des recherches analysées mais non
retenues comme articles centraux (n = 5)**

Les caractéristiques des recherches analysées mais non retenues comme articles centraux (n = 5)

Tableau 11 Caractéristiques principales des designs de recherche des cinq publications analysées mais non retenues comme centrales

Auteurs, portée géographique	Objectif(s)	Type de publication	Méthodologie	Approche théorique	Domaines/fonctions et contextes professionnels	Population visée	Principaux enjeux de transférabilité
Battel-Kirk et Barry, 2008 Europe	Tester la faisabilité d'implanter un référentiel pan-Européen d'accréditation en promotion de la santé	Rapport de recherche (littérature grise)	Recherche-action et sondage	n.d.	Promotion de la santé	Personnes praticiennes en promotion de la santé de 7 pays	Centrée sur l'accréditation potentielle en promotion de la santé; très contextuelle
Shilton et al., 2008 Australie	Explorer les types d'utilisation potentiels des compétences en promotion de la santé	Article revu par les pairs	Dix ateliers de discussion	n.d.	Promotion de la santé	Personnes praticiennes et « leaders » en promotion de la santé	Les utilisations sont <i>potentielles</i> et non effectives
Gallardo et al., 2012 Europe	Tester l'implantation de deux référentiels de compétences en contexte de pratiques et formuler des recommandations pour l'implantation	Rapport de recherche (littérature grise)	Sondages Delphi, sondages en ligne, groupes de discussion, consultation en ligne à l'aide de forums et de médias sociaux	n.d.	Promotion de la santé	Personnes praticiennes en promotion de la santé	Les résultats concernent en grande partie des éléments structurels propres à l'Europe et sont centrés sur la question de l'accréditation

Tableau 11 Caractéristiques principales des designs de recherche des cinq publications analysées mais non retenues comme centrales (suite)

Auteurs, portée géographique	Objectif(s)	Type de publication	Méthodologie	Approche théorique	Domaines/fonctions et contextes professionnels	Population visée	Principaux enjeux de transférabilité
Gaboury et al., 2018 Canada	Explorer comment les directions de programmes d'études médicales postdoctorales francophones ont intégré un référentiel de compétences dans leurs programmes	Article revu par les pairs	Cinq entretiens de groupes et analyse thématique	Référence à la théorie de diffusion des innovations de Rogers, 2003	Médecine clinique	Directions de programmes d'études médicales	Contexte académique et de résidence en médecine
Shickle et al., 2019 Royaume-Uni	Évaluer dans quelle mesure les personnes praticiennes utilisent les compétences définies dans un référentiel (<i>UK Public Health Skills and Knowledge Framework - PHSKF</i>).	Article revue par les pairs	Quinze entretiens de groupe	Analyse déductive à partir du référentiel	Santé publique	Personnes praticiennes et gestionnaires en santé publique	L'objet n'est pas l'utilisation du référentiel, mais l'adéquation de ce dernier en regard des compétences préalables

Annexe 3

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien

INFORMER SUR LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

But : Produire un avis sur l'utilisation des référentiels de compétences (6), suite à une entente spécifique avec le MSSS.

Objectifs

- 1) Documenter :
 - Les types d'utilisation;
 - Les freins et les facteurs favorables à l'utilisation;
 - La satisfaction générale et les retombées de l'utilisation.
- 2) Émettre des recommandations :
 - Pertinence d'une mise à jour?
 - Pertinence de développer d'autres référentiels?
 - Besoins de formation sur l'utilisation des RC ou autre dispositif de soutien?

ÊTES-VOUS À L'AISE AVEC L'ENREGISTREMENT?

Questions

- 1) Êtes-vous familier avec les référentiels de compétences produits par l'INSPQ, MSSS et ses partenaires?
Lesquels des six?
 - [Profil des compétences pour l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population du Québec \(avril 2010\)](#)
 - [Référentiel de compétences en santé environnementale pour la santé publique du Québec \(juillet 2012\)](#)
 - [Référentiel de compétence pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires \(21 août 2012\)](#)
 - [Référentiel de compétences en santé au travail du réseau de la santé publique du Québec \(août 2013\)](#)
 - [Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé pour le réseau de la santé et des services sociaux \(juillet 2014\)](#)
 - [Référentiel de compétences en maladies infectieuses pour la santé publique du Québec \(juin 2018\)](#)
- 2) Utilisation (oui ou non)? Dans quelle mesure? (intensité)
- 3) Pourquoi? Pour quels types d'utilisation?

- 4) Qu'est-ce qui fait que vous l'utilisez? (Quelqu'un vous en a parlé ? Vous connaissiez son existence et y voyiez une pertinence à vos travaux? Autre ?)
- 5) Êtes-vous satisfait du ou des référentiels utilisés?
- 6) Que diriez-vous sur la pertinence des référentiels à l'étude?
- 7) Y voyez-vous une nécessité de mise à jour? Bonification, améliorations possibles : contenu et forme?
- 8) Pensez-vous à des recommandations pour améliorer leur utilisation? Au-delà des référentiels eux-mêmes également.
- 9) Que penser de l'idée de faire un référentiel de compétences communes en santé publique?
- 10) Auriez-vous en tête des noms de personnes qui pourraient participer au sondage? (Qui utilisent un RC ou non, mais qui seraient susceptibles d'en utiliser au moins un, en principe, étant donné leurs fonctions).

Annexe 4

Les caractéristiques des personnes participantes aux entretiens exploratoires

Les caractéristiques des personnes participantes aux entretiens exploratoires

Tableau 12 Quelques caractéristiques des personnes participantes aux entretiens exploratoires et les des domaines couverts par les référentiels

Domaine, fonction ou thème	Domaine d'utilisation ou activité	Organisation	Rôle professionnel	Code
Gestion de risques et santé environnementale	Transfert de connaissances, gestion	INSPQ	Médecin	M1
Transfert de connaissances (TC) multi-domaines	Transfert de connaissances	INSPQ	Conseiller scientifique	CS1
Prévention et promotion/Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)	Animation d'une communauté de pratique	INSPQ	Conseiller scientifique	CS2
Responsabilité populationnelle	Gestion, Transfert de connaissances, formation	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Gestionnaire	G1
Surveillance populationnelle et inégalités sociales de santé (ISS)	Journées annuelles de santé publique, Transfert de connaissances, développement de compétences, compétences collectives, mobilité professionnelle, communication, gestion	INSPQ	Conseiller scientifique	CS3
Santé au travail	Journées annuelles de santé publique	INSPQ	Médecin	M2
Maladies infectieuses	-	INSPQ (LSPQ)	Médecin	M3
Santé mentale des populations et ISS	Recherche-développement	CCNPPS ⁴²	Conseiller scientifique	CS4
Politiques publiques et ISS	Élaboration d'un nouveau référentiel	CCNPPS	Conseiller scientifique	CS5
Prévention/promotion	Accréditation, élaboration d'un nouveau référentiel	INSPQ	Médecin	M4
Fonctions transversales	Intégration dans les processus d'embauche	INSPQ	Ressources humaines	RH1
-	Relations de travail	INSPQ	Personne représentante syndicale	RS1
-	Relations de travail	INSPQ	Personne représentante syndicale	RS2

⁴² Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

