

REFORM P²

*Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention :
vers une articulation des approches dans la formation des professionnel·les
(2022-2023)*

Rapport final :

Stratégies pour un meilleur ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans la formation initiale et continue de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles, incluant un prototype de référentiel de compétences essentielles

Septembre 2023

Projet réalisé avec le soutien du Fonds
Van Mulders-Moonens, géré par la
Fondation Roi Baudouin

REFORM P²

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



Rapport final

Auteurs et autrices :

Sékolène Malengreaux, UCLouvain/IRSS-RESO
Mariangela Fiorente, UCLouvain/IRSS-RESO
Gaëlle Fonteyne, asbl Promo Santé & Médecine Générale
Marine Paridans, Département des Sc. de la Santé Publique, ULiège
Benoît Pétré (Pr), Département des Sc. de la Santé Publique, ULiège
Isabelle Aujoulat (Pre), UCLouvain/IRSS-RESO

Avec la relecture de :

Alexia Brumagne, Cultures&Santé
Maïté Cuvelier, Cultures&Santé
Dominique Doumont, UCLouvain/IRSS-RESO
Paul Preud'homme, Repères asbl
Thérèse Van Durme, UCLouvain/IRSS
Chantal Vandoorne, collaboratrice scientifique ESPRist-ULiège relectrice
pour la Fédération Wallonne de Promotion de la Santé
Zoé Boland, coordinatrice de la Fédération Bruxelloise de Promotion de la
Santé

Adresse de contact : reso@uclouvain.be

Pour citer ce document : Malengreaux S., Fiorente M., Fonteyne G., Paridans M., Pétré B. & Aujoulat I. (Septembre 2023) Projet REFORM P² - Rapport final : Stratégies pour un meilleur ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans la formation initiale et continue de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles, incluant un prototype de référentiel de compétences essentielles. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié.

Projet réalisé avec le soutien du Fonds Van Mulders-Moonens,
géré par la Fondation Roi Baudouin

Présentation des membres de l'équipe de recherche et des partenaires

Le cercle de gouvernance (ordre alphabétique)

Le personnel financé dans le cadre du projet

Mariangela Fiorente, chercheuse au [service universitaire de promotion de la santé](#) (UCLouvain/IRSS-RESO), coordinatrice de la recherche [REFORM P²](#) et détentrice d'un diplôme universitaire sur la collaboration entre professionnels de santé et patients partenaires (Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier). Elle est également co-fondatrice et administratrice de l'association de patients [Action Lymphome Wallonie-Bruxelles](#) (ALWB).

Les autres membres du cercle de gouvernance

Isabelle Aujoulat, PhD, Pre à la Faculté de Santé Publique et à l'[Institut de Recherche Santé et Société](#) (IRSS) de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). Elle est aussi responsable du [service universitaire de promotion de la santé](#) (RESO), cofinancé par les politiques de promotion de la santé en Région wallonne ([AVIQ](#)) et en Région de Bruxelles-Capitale ([COCOF](#)), ainsi que par l'Office de la Naissance et de l'Enfance ([ONE](#)).

Gaëlle Fonteyne, coordinatrice de l'asbl [Promo Santé et Médecine Générale](#) ayant pour mission de soutenir et accompagner la démarche de Promotion de la Santé et de Prévention dans la pratique des Médecins généralistes, en partenariat avec les acteurs de la santé : les usagers, les professionnels et les décideurs. L'asbl est soutenue par la Région wallonne ([AVIQ](#)) et la Région de Bruxelles-Capitale ([COCOF](#)).

Ségoène Malengreaux, doctorante à l'[Institut de Recherche Santé et Société](#) et chargée de projets au [service universitaire de promotion de la santé](#) (RESO). Sa thèse et ses missions de recherche sont financées par le Plan de Promotion de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale ([COCOF](#)).

Marine Paridans, doctorante au [Département des Sciences de la Santé Publique](#) et à la Faculté de Médecine de l'Université de Liège. Elle est assistante de recherche au Centre d'Expertise en Promotion de la Santé en Région wallonne pour la Faculté de Médecine, ULiège, financé par l'[Agence pour une vie de Qualité](#) (AViQ). Marine a rejoint l'équipe de REFORM P² en mai 2023.

Benoît Pétré, PhD, Pr au [Département des Sciences de la Santé Publique](#) en Faculté de Médecine de l'Université de Liège. Il est également membre de la [chaire interdisciplinaire de la première ligne - Be.Hive](#), soutenue par le Fonds Dr. Daniël De Coninck géré par la Fondation Roi Baudouin, et responsable du Centre d'Expertise en Promotion de la Santé en Région wallonne pour la Faculté de Médecine, ULiège, financé par l'[Agence pour une vie de Qualité](#) (AViQ).

À travers le temps de travail consacré à la recherche par les autres membres du cercle de gouvernance, REFORM P² a indirectement bénéficié du soutien de



Les partenaires (ordre alphabétique)

Martine Bantuelle, coordinatrice de l'asbl [Educa Santé](#), fait partie du Chœur.

Alexia Brumagne, chargée de projet à l'asbl [Cultures&Santé](#) et active au sein du cercle de responsabilité en matière de formation continue et participante aux moments de délibération organisés.

Zoé Boland, coordinatrice de la [Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé](#), fait partie du Chœur.

Geneviève Boudart, enseignante au département paramédical d'[Henallux](#) et participante au moment de délibération de juin 2023.

Pierre D'Ans, responsable de l'unité de recherche à la [Haute École Libre de Bruxelles – Ilya Prigogine](#) (HELB) et membre de la [chaire interdisciplinaire de la première ligne - Be.Hive](#), actif au sein du cercle de responsabilité en matière de formation initiale.

Maïté Cuvelier, coordinatrice à l'asbl [Cultures&Santé](#) et active au sein du cercle de responsabilité en matière de formation continue.

Caroline Lejeune, formatrice et chargée de projet à l'asbl [Repères](#) et participante au moment de délibération de juin 2023.

Marie-Pascale Minet, chargée de projet à la [Fédération des Maisons Médicales](#) et active au sein du cercle de responsabilité en matière de formation continue, de formation initiale et de délibération et participante au moment de délibération de novembre 2022.

Sandra Murru, coordinatrice de l'asbl [Repères](#) et participante au moment de délibération de juin 2023.

Jean-Christophe Servotte, enseignant au département paramédical d'[Henallux](#) et membre de la [chaire interdisciplinaire de la première ligne - Be.Hive](#), actif au sein du cercle de responsabilité en matière de formation initiale.

Dounia Ouhadid, coordinatrice de la [Fédération Wallonne de Promotion de la Santé](#), fait partie du Chœur.

Paul Preud'homme, formateur et chargé de projet à l'asbl [Repères](#) et actif au sein du cercle de responsabilité en matière de formation continue et de formation initiale.

Céline Prescott, chargée de projet à l'asbl [Cultures&Santé](#) et active au sein du cercle de responsabilité en matière de formation continue et participante au moment de délibération de novembre 2022.

Dominique Rozenberg, chargée de projet à la [Ligue des Usagers des Services de Santé](#) (LUSS), fait partie du Chœur et a participé au moment de délibération de novembre 2022.

Bernadette Tayemans, présidente de la [Fédération Wallonne de Promotion de la Santé](#) (entre 2021 et 2023), fait partie du Chœur et a participé au moment de délibération de novembre 2022.

Thérèse Van Durme, chercheuse à l'[Institut de Recherche Santé et Société](#) de l'UCLouvain et coordinatrice de la [chaire interdisciplinaire de la première ligne - Be.Hive](#), active au sein du cercle de formation initiale et participante au moment de délibération de juin 2023.

Bruno Vankelegom, président de la [Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé](#), fait partie du Chœur.

Dominique Werbrouck, formatrice et chargée de projet à l'asbl [Repères](#) et active au sein du cercle de responsabilité en matière de formation continue.

Remerciements

D'abord, nous remercions l'ensemble des partenaires de REFORM P², présentés ci-avant, de nous avoir accordé leur confiance tout au long du projet. Nous souhaitons tout particulièrement souligner l'engagement et l'implication de certaines personnes qui se sont investies dans le projet en participant activement et de façon régulière aux nombreuses réunions. Nous aimerions exprimer notre reconnaissance également envers les relecteurs et relectrices de ce rapport final. Leurs commentaires et suggestions, d'une grande qualité, ont été très aidants dans la phase de finalisation du rapport.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements à M. Pierre d'Ans pour son implication dans la phase initiale du projet et pour avoir contribué à construire notre collaboration avec la Chaire interdisciplinaire Be.Hive.

Nous tenons également à remercier chaleureusement Mme Séphora Boucenna (Professeure à l'Université de Namur) et Mme Nathalie Kuyts (Conseillère en pédagogie universitaire à l'UCLouvain) pour leurs éclairages et leurs précieux conseils en matière de sciences de l'éducation et de pédagogie.

Nous saisissons l'occasion pour remercier Mme Floriane Deboisse (Brusano) et M. Dan Lecoq (ULB-Chaire Be.Hive) qui ont tous deux participé aux moments de délibération du 21 novembre 2022 et du 19 juin 2023 sans autre motivation que le partage de leur vision et réflexions.

Plusieurs collègues des membres du cercle de gouvernance ont soutenu la recherche REFORM P² et ont donné de leur temps pour nous permettre d'atteindre nos (ambitieux) objectifs : Laura Mertens et Dominique Doumont chercheuses au RESO (UCLouvain). Merci également à Régina Below (UCLouvain) pour son support administratif dans la construction et la soumission du projet.

Nos remerciements sont également adressés aux mémorant.es du Master de Santé Publique de l'UCLouvain – Mmes Alyssa Hennebert, Brigitte Tumukunde, Kathleen Wuillaume, et M. Gabriel Dernier qui ont contribué à nos réflexions et nos travaux à différents moments du projet.

Enfin, cette riche expérience de recherche n'aurait jamais eu lieu sans la confiance et le soutien du comité de gestion du Fonds Van Mulders Moonens et la Fondation Roi Baudouin. Nous remercions particulièrement M. Yves Dario pour sa disponibilité et son écoute attentive de nos besoins.



Liste des rapports issus de la recherche REFORM P²

Rapport intermédiaire 1 : Étude des pratiques de formation continue en promotion de la santé et prévention pour les professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. *Novembre 2022*

Rapport intermédiaire 2 : État d'avancement d'un travail collectif réalisé dans le but de renforcer l'ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans le parcours de formation des professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. *Décembre 2022*

Rapport intermédiaire 3 : Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en promotion de la santé et prévention aux futur·es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. *Février 2023*

Rapport intermédiaire 4 : Description et appréciation de la place et de la progressivité des enseignements en promotion de la santé et prévention dans la formation initiale des futur·es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles : analyse détaillée de 5 cursus. *Août 2023*

Rapport intermédiaire 5 : Inventaire des structures de formation continue en promotion de la santé et en prévention, actives en Fédération Wallonie Bruxelles (mis à jour en juin 2023). *Septembre 2023*

Rapport final : Stratégies pour un meilleur ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans la formation initiale et continue de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles, incluant un prototype de référentiel de compétences essentielles. *Septembre 2023*

Les rapports issus de la recherche REFORM P²
sont téléchargeables sur le site du RESO
www.uclouvain.be/reso

Liste des tableaux, illustrations et sigles

Sigles et acronymes (par ordre alphabétique) :

CG	Cercle de Gouvernance
CR	Cercle de Responsabilité
EES	Établissement d'Enseignement Supérieur
FRB	Fondation Roi Baudoin
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
PSP	Promotion de la santé et prévention
SPF	Service public fédéral
REFORM P ²	Recherche sur l'enseignement et la formation de la promotion de la santé et de la prévention

Tableaux

Tableau 1 Vue d'ensemble des études, questions de recherche et livrables de REFORM P²

Tableau 2 Repères pédagogiques identifiés dans REFORM P²

Tableau 3 Caractéristiques des personnes interrogées sur les facteurs contextuels et structurels à la formation de la PSP.

Tableau 4 Principales parties prenantes d'un renforcement de l'enseignement et de la formation de la PSP en FWB

Illustration :

Illustration 1 : Structure de gouvernance du projet

Table des matières

Introduction.....	1
<i>Contextualisation, justification et ambition du projet REFORM P²</i>	<i>1</i>
<i>Les étapes et rapports de la recherche REFORM P²</i>	<i>8</i>
<i>Les principes collaboratifs au cœur de la gouvernance du projet REFORM P²</i>	<i>9</i>
Chapitre 1 - Prototype d'un référentiel de compétences de promotion de la santé et en prévention essentielles aux professionnels de la 1^{ère} ligne de soins	11
<i>Préambule</i>	<i>11</i>
<i>Méthode d'élaboration du prototype de référentiel.....</i>	<i>13</i>
<i>Prototype de référentiel de compétences et acquis d'apprentissage de promotion de la santé et de prévention pour la 1^{ère} ligne de soins</i>	<i>15</i>
<i>Six compétences essentielles accompagnées d'acquis d'apprentissage et de contenus</i>	<i>15</i>
<i>Repères pédagogiques au développement des compétences essentielles en PSP</i>	<i>24</i>
<i>Exemples de contexte d'application et de spécialisation du référentiel de compétences essentielles.....</i>	<i>26</i>
<i>Perspectives de développement et limites actuelles du prototype</i>	<i>28</i>
Chapitre 2 – Facteurs contextuels et structurels de l'ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins en FWB (étude 3).....	29
<i>Introduction.....</i>	<i>29</i>
<i>Méthodes</i>	<i>30</i>
<i>État des lieux des principaux facteurs contextuels et structurels repérés.....</i>	<i>32</i>
Chapitre 3 - Recommandations	38
<i>Synthèse des résultats de la recherche REFORM P²</i>	<i>38</i>
<i>Identification des parties prenantes du renforcement de l'ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue en FWB</i>	<i>43</i>
<i>Six priorités et 32 propositions de stratégies d'actions.....</i>	<i>44</i>
Conclusion générale.....	51
Bibliographie	54

Dans ce rapport final, le genre masculin est utilisé comme générique uniquement afin d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

Introduction

Contextualisation, justification et ambition du projet REFORM P²

La prévalence des problématiques de santé chroniques et d'autres formes de vulnérabilités est en augmentation constante, dans le monde, comme en Belgique (voir par exemple les informations sur la santé colligées par [Sciensano](#), ou les diagnostics et priorités énoncés dans les Plans régionaux de promotion de la santé pour la [Région de Bruxelles-Capitale](#) et la [Région Wallonne](#)). Ces problèmes sont souvent exacerbés par des situations de vulnérabilité sociale ou économique pré-existantes ou concomitantes, dont les racines sont à trouver dans les multiples déterminants non-médicaux de la santé, qui sont eux-mêmes à l'origine d'importantes inégalités sociales de santé (Champagne *et al.* 2022).

L'émergence de la promotion de la santé dans les années 90, parfois qualifiée de « nouvelle santé publique » (Kickbush, 2003), comme champ de pratiques spécialisées, interdisciplinaires et engagées, au service d'une santé publique qui se fixait comme ambition de réduire les inégalités sociales de santé et d'augmenter le pouvoir d'agir des individus et des collectivités, a contribué à donner un cadre pertinent pour penser et mettre en œuvre une santé publique et organiser des services de santé plus équitables et démocratiques.

Ainsi, les 5 axes stratégiques complémentaires, qui sont définis dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) – texte fondateur de la promotion de la santé en 1986 – et qui invitent à l'action intersectorielle, multi-niveaux et participative, restent une référence, plus de 30 ans après leur énonciation, du fait qu'ils offrent des leviers d'action puissants au service d'une société et de systèmes de santé plus équitables :

« la Charte représente une réponse pertinente aux enjeux majeurs d'aujourd'hui. Ses leviers sont prouvés efficaces et efficients, ils peuvent constituer un cadre intégrateur à même d'accueillir les évolutions contextuelles et scientifiques en santé publique. Il n'est ainsi pas temps de l'abandonner, mais au contraire d'intensifier son déploiement » (Alla, 2016)

Ainsi, la référence à la Charte d'Ottawa, nous invite (i) à penser l'action pour la santé comme une **responsabilité intersectorielle partagée**, (ii) à nous préoccuper des **environnements de vie** des personnes et, plus largement, de notre planète, (iii) à mobiliser des démarches **participatives et citoyennes**, (iv) à soutenir les **capacités individuelles et collectives** d'agir pour sa propre santé, et (v) à **réorienter les services de santé** dans une perspective de promotion de la santé.

C'est en particulier dans le cadre de ce dernier axe stratégique que nous proposons d'inscrire le **projet REFORM P²** (*Recherche sur l'Enseignement et la Formation de la Promotion de la santé et de la Prévention*), un projet de recherche collaborative mené par un consortium de partenaires¹ et financé par la Fondation Roi Baudoin (Fonds Van Mulders-Moonens) entre 2022 et 2023. L'objectif de REFORM P² était de formuler des pistes d'action, à partir d'un état des lieux de l'existants, pour favoriser un *meilleur ancrage de la promotion de la santé et de la prévention (PSP) dans les services de 1^{ère} ligne de soins de la Fédération Wallonie Bruxelles (FWB)*. En référence au Livre Blanc (Alvarez Irusta, *et al.* 2020) de la [Chaire Be.Hive](#) nous proposons de définir les soins de 1^{ère} ligne comme des soins « *consistant à*

¹ La liste des partenaires impliqués dans REFORM P² se trouve dans les premières pages du présent rapport.

*dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels aux compétences **généralistes**, responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s’accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé ou non) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population » (Alvarez Irusta, et al. 2020, p.21)*

Il est à noter que, dans le cadre de ce projet et tout au long de ce rapport, nous comprenons la **1^{ère} ligne de soins** comme intégrant les **professionnels de la santé et du champ social**.

Dès le démarrage de notre recherche, nous nous sommes interrogés et avons été interpellés par nos partenaires sur les différences et les complémentarités de la *prévention (des maladies et des traumatismes)* et de la *promotion de la santé*. Elles sont parfois présentées comme antinomiques, au motif que la prévention des maladies est traditionnellement axée sur les facteurs de risques dans une vision pathogène de la santé, tandis que la promotion de la santé met davantage l’accent sur les facteurs protecteurs et les déterminants non médicaux de la santé, dans une vision salutogène de la santé (Antonovsky, 1996). Pourtant, comme Hassane Alami et ses collègues (2017) le soulignent, il est « primordial de garder un équilibre entre les actions de prévention (des maladies) et de promotion (de la santé) et les interventions curatives », dont les complémentarités sont au service de plus d’équité en santé et de continuité dans les soins.

Par ailleurs, Linda Cambon et ses collègues (2018) proposent d’envisager la prévention des maladies et la promotion de la santé comme deux concepts dont les stratégies d’intervention peuvent se recouper :

« Là où la prévention est affaire de risques, de pathologies et de traumatismes, la promotion de la santé est un espace d’interventions centrées sur les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions d’emploi, de logement, de cohésion sociale et l’aménagement des villes, communes et territoires. Elle réfère donc peu aux facteurs de risque. Ainsi, la vision que l’on a de la santé et de la maladie et de leurs déterminants conditionne les stratégies d’interventions, le choix des populations cibles, le type d’acteur à impliquer. Pour autant, les stratégies opérationnelles qui déclinent ces deux concepts peuvent se recouper. Ainsi l’éducation pour la santé et l’information se situent à la fois dans le concept de promotion de la santé et de prévention. » (Cambon et al. 2018)

A la suite de ces auteurs et autrices, nous proposons dans le cadre de ce rapport de considérer qu’il puisse y avoir une certaine « porosité » entre ces concepts, tout en invoquant la nécessité que la prévention s’inscrive dans une vision de promotion de la santé, en adoptant les principes, valeurs et stratégies proposées par celle-ci. Autrement dit, nous considérons que la vision de la promotion de la santé est un atout pour réorienter les pratiques de prévention vers les finalités d’équité, de justice sociale et de renforcement du pouvoir d’agir des individus et des collectivités. Nous pensons donc que des activités de prévention sont possibles dans une perspective de promotion de la santé, à condition de « s’intéresser aux ressources des personnes et des populations, pas seulement à leurs facteurs de risques, d’adopter une approche qui favorise la participation, et de prendre en compte la multiplicité

des déterminants de la santé, dans le cadre des activités de soins et de prévention ». (Aujoulat & Sandrin, 2019)

Il est à noter que nous ne reviendrons plus dans la suite de ce rapport sur les éventuelles différences et complémentarités entre la prévention des maladies et traumatismes, et la promotion de la santé. Nous utiliserons uniquement **l'acronyme PSP (pour Promotion de la santé et Prévention)**.

A ce stade de notre chapitre introductif, il convient de **spécifier et contextualiser l'objet de notre recherche collaborative, ainsi que d'en préciser les étapes et les méthodes**. Comme précisé plus haut, notre recherche s'inscrivait en réponse à un [appel à projets](#) géré par la Fondation Roi Baudouin (FRB) pour le compte du Fonds Van Mulders-Moonens. Les termes de référence de l'appel à projet précisait que le Fonds Van Mulders-Moonens visait à rencontrer deux objectifs principaux :

*« (i) réaliser un cadastre et une analyse comparative de la manière dont la prévention et la promotion de la santé sont aujourd'hui intégrées dans les formations de base et continue des professionnels de santé de la première ligne², en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles et Flandre) et à l'étranger ;
(ii) définir les stratégies pertinentes permettant de mieux intégrer de manière concrète à l'avenir la prévention et la promotion de la santé dans les formations de base ou continue des professionnels de santé de la première ligne, en Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles et Flandre). »*

La proposition élaborée par une équipe de chercheurs et chercheuses de l'UCLouvain, de l'ULiège et de l'asbl PSMG, en collaboration étroite avec les secteurs de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, se voulait, à l'image des principes et valeurs de la promotion de la santé, participative et transdisciplinaire. Afin de favoriser l'intelligence collective au service de l'émergence de recommandations co-construites, des principes de gouvernance inspirés de la sociocratie (Buck & Endenburg, 2004), ont été mis en œuvre tout au long du projet (cf. [Les principes collaboratifs au cœur de la gouvernance du projet REFORM P²](#)).

En même temps que se discutaient les concepts de prévention des maladies et traumatismes, et de promotion de la santé, l'équipe de recherche et ses partenaires ont été rapidement confrontés à la nécessité d'opérer des choix quant à la définition de l'étendue du champ de pratiques que recouvrait le terme de formation d'une part, et quant au choix de certaines filières professionnelles qui seraient plus particulièrement investiguées.

En ce qui concerne le premier point – à savoir le champ des pratiques de formation –, le projet REFORM P² s'est inscrit dès le départ dans une perspective de **formation tout au long de la vie**, reconnaissant ainsi la complémentarité des pratiques de formation initiale et continue, au service du développement de compétences pour la PSP. Considérant, comme Léopold Paquay et ses collègues (2012), qu'il existe un continuum entre des compétences « novices » enseignées en formation initiale et les compétences « expertes » développées par la pratique de terrain et soutenues par la formation continue, les acteurs et actrices de formation continue en PSP nous sont d'abord apparus comme des « informateurs clés » des besoins rencontrés par les professionnels de la 1^{ère} ligne, dans l'exercice de la PSP. Une **première étude** dans le cadre du projet s'est donc intéressée aux pratiques de formation continue en PSP. Les résultats détaillés de cette étude peuvent être consultés dans les rapports intermédiaires [1](#), [2](#) et [5](#) de

ce projet. Pour une synthèse des principaux résultats, le lecteur pourra également se référer au [chapitre 3](#) de ce rapport.

Dans le cadre de notre projet et dans la suite de ce rapport, il convient de comprendre les enjeux de formation des professionnels de la 1^{ère} ligne comme s'inscrivant dans une **vision de formation tout au long de la vie, qui promeut une continuité, une complémentarité et une flexibilité/adaptabilité des formations initiale et continue.**

Au sujet de la formation continue, nous distinguerons – quand cela s'avèrera nécessaire – la formation continue **formelle**, c'est-à-dire celles « reconnues par les ministères de l'enseignement et donnent généralement lieu à l'établissement d'un diplôme ou d'un certificat, comme un diplôme de Master ou un certificat de formation pour adultes. » (L'apprentissage tout au long de la vie, Statbel, 2023) et la formation continue **non formelle**, c'est-à-dire celles « qui se déroulent en dehors de ce contexte, mais qui sont tout de même organisées de manière structurée, par exemple un cours sur la santé organisé par la mutuelle ou un séminaire en ligne sur la gestion du temps organisé par un entrepreneur indépendant. » (L'apprentissage tout au long de la vie, Statbel, 2023) Certaines de ces formations non formelles s'inscrivent néanmoins dans le cadre de l'accréditation des médecins.

En complémentarité de cette étude des pratiques de formation continue en PSP, l'équipe du projet REFORM P², s'est attelée, dans une **deuxième étude**, à un travail d'analyse et de documentation de la présence et de la visibilité de cours contributifs à la PSP dans la formation initiale de filières préparant à des métiers de la 1^{ère} ligne. La 1^{ère} ligne de soins, définie plus haut comme intégrant outre les professionnels des soins également les professionnels du champ social (dans une vision holistique de la santé), comprend un grand nombre de professions. Compte-tenu de nos moyens limités au vu de l'ampleur du travail d'analyse requis par notre méthodologie d'analyse et de documentation systématique des programmes de formation initiale, il a été décidé de procéder en deux temps et de limiter le nombre de filières étudiées. **Dans un premier temps**, nous avons analysé les intitulés de cours de tous les cursus proposés en FWB dans 7 filières de la 1^{ère} ligne. Au terme de discussions avec les partenaires de la recherche et avec le fonds de gestion du projet à la FRB, les filières de formation initiale suivantes ont été retenues : médecine générale, infirmier de 1^{ère} ligne, psychologie, pharmacien d'officine, kinésithérapie, diététique et assistants sociaux qui ont été retenues². Les résultats de cette première analyse sont à découvrir dans le rapport intermédiaire [3](#). **Dans un deuxième temps**, nous avons choisi de sélectionner 5 cursus à examiner de manière approfondie : médecine générale, infirmier de 1^{ère} ligne, psychologie, pharmacien d'officine et assistants sociaux². Nous faisons l'hypothèse d'une certaine transférabilité de nos résultats à l'ensemble des filières concernées. Il est à noter que les filières non prises en compte, telles que kinésithérapie, n'en sont pas moins importantes pour la 1^{ère} ligne de soins, ni moins concernées par la PSP. Les résultats de ce travail d'analyse approfondie de la place et de la progressivité de cet enseignement au sein de 5 cursus, sont

² Le choix de ces filières est expliqué dans le rapport intermédiaire [3](#) et [4](#).

consultables dans le rapport intermédiaire [4](#) de notre recherche collaborative. Pour une synthèse des principaux résultats, le lecteur pourra également se référer au [chapitre 3](#) de ce rapport.

Dans le cadre de notre projet et dans la suite de ce rapport les résultats concernant spécifiquement la **formation initiale** sont issus de l'analyse de l'enseignement préparant aux **professions de médecin généraliste, infirmier de 1^{ère} ligne, psychologue, pharmacien et assistant social**. Les autres professions intervenant en 1^{ère} ligne n'en sont pas moins importantes ni moins concernées par la PSP.

Au terme de chacune de ces deux études, nous avons – suivant les principes de sociocratie développés au [point suivant](#) et en cohérence avec les méthodes et les valeurs de la promotion de la santé – organisé un moment de délibération pour associer les acteurs et actrices de la PSP et de la 1^{ère} ligne de soins à l'émergence de repères et de pistes opérationnelles pour un meilleur ancrage de la PSP dans la formation initiale ET continue des professionnels de la 1^{ère} ligne. Ce travail de dialogue entre les secteurs de la PSP et de la 1^{ère} ligne a été facilité par notre collaboration avec les membres de la [Chaire Be.Hive](#), qui était représentée dans notre équipe de recherche par Benoît Pétré, professeur à l'[ULiège](#), et par la collaboration étroite, à toutes les étapes du projet, avec l'asbl [PSMG](#), dont l'objet est de soutenir la capacité des médecins généralistes à mener des actions de PSP. L'asbl PSMG était représentée dans notre équipe de recherche par Mme Gaëlle Foneyne, coordinatrice de l'asbl. Outre les moments de délibération, les résultats ont également fait l'objet d'une réflexion continue au regard de la [littérature internationale sur les pratiques de formation en PSP](#) et au regard de l'expérience des membres de l'équipe, en particulier Isabelle Aujoulat, professeure à la faculté de santé publique de l'UCLouvain, en matière de d'enseignement de la promotion de la santé. Le projet a également bénéficié tout au long de sa réalisation des compétences développées par Mme Ségolène Malengreaux, doctorante et chargée de projets au [RESO](#) (UCLouvain), pour les méthodes participatives, exigeantes, de recherche en promotion de la santé. Enfin, la chercheuse engagée dans le cadre du projet, Mme Mariangela Fiorente, a également enrichi le projet de son regard de patiente-experte, contribuant ainsi à une certaine vigilance quant à la pertinence de nos résultats du point de vue des usagers et usagères des services de santé.

Dans la suite de ce rapport, les résultats sont à lire comme émanant de la **rencontre entre les secteurs de la PSP et de la 1^{ère} ligne**, et d'un dialogue continu intégrant de **multiples points de vue, expériences et expertises**.

Au terme de l'intégration de nos résultats, issus de plusieurs études complémentaires et processus de recherche, ce **rapport final du projet REFORM P²**, présente tout d'abord un [prototype de référentiel de compétences](#) que nous considérons comme essentielles et déclinables dans la formation initiale et continue des métiers de la 1^{ère} ligne. Même si des référentiels existent en matière d'enseignement de la promotion de la santé, notamment le référentiel COMP-HP (Speller *et al.* 2012), qui émane d'un important travail collectif mené sous l'égide de l'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la Santé et qui fait donc consensus au niveau international (Van den Broucke, 2018), une analyse comparative réalisée au démarrage de notre projet avec l'aide de deux mémorantes en

santé publique avait révélé que les compétences qui y sont développées sont souvent des compétences génériques (de communication, planification, plaidoyer, etc.), qui renseignent peu sur les spécificités de la PSP à enseigner aux professionnels de la 1^{ère} ligne, ce qui les rend difficilement appropriables par les acteurs de la formation et difficiles à opérationnaliser en acquis d'apprentissage et contenus accessibles pour les étudiants (Wuillaume & Hennebert, 2022). Il est à noter que les valeurs et principes d'équité en santé et d'*empowerment*, qui définissent la finalité de la promotion de la santé sont au cœur de ces référentiels de compétences, dessinant les contours d'un savoir-être en promotion de la santé, peut-être plus que de savoirs et savoir-faire précis. Wuillaume K. et Hennebert A. (2022) ont par ailleurs procédé à l'analyse de 11 articles décrivant des résultats de recherches évaluatives autour de la mise en œuvre de curricula d'enseignement de la promotion de la santé et prévention, sélectionnés au terme d'une procédure systématique et par application de critères rigoureux d'inclusion et d'exclusion. Les résultats de cette partie avaient confirmé la complexité du champ de la PSP et la difficulté de définir précisément des compétences spécifiques, directement opérationnalisables dans le cahier des charges d'un enseignement contributif d'une pratique efficace et pertinente de la PSP en 1^{ère} ligne. L'analyse de la littérature avait cependant précisé tout un champ d'approches pédagogiques et de méthodes à mettre en œuvre dans le champ de la santé, qui contribuent à renforcer la capacité des professionnels de la santé à s'engager dans des pratiques de promotion de la santé ou de santé communautaire. Un défi relevé par plusieurs travaux cités par les mémorantes (Wuillaume & Hennebert, 2022) consiste à sensibiliser les étudiants à la dimension collective de la santé et à leur responsabilité sociale à l'égard des citoyens et de la santé publique, au-delà de leur responsabilité clinique pour les personnes soignées ou accompagnées. Comme pour les résultats concernant l'analyse des référentiels de compétences, le travail sur les valeurs et l'éthique était ici mis à l'avant plan, au travers notamment de pratiques pédagogiques soutenant la capacité réflexive des apprenants.

Ainsi, les dispositifs d'apprentissage repérés dans la littérature préconisent des approches collaboratives et réflexives de résolution de problèmes, suivant le paradigme constructiviste, centrées sur l'apprenant et mises en œuvre dans le cadre de partenariats avec la société civile (quartiers, communautés, lieux de soins, etc.). De tels dispositifs sont conçus pour permettre aux étudiants d'être en contact avec la réalité des besoins et pratiques de promotion de la santé et pas seulement confrontés à l'enseignement d'un corpus théorique, qui prépare insuffisamment aux réalités de terrain des futurs professionnels de la santé et, par extension, de promotion de la santé. Ces constats nous ont confortés dans le choix fait au démarrage du projet, de nous intéresser de manière complémentaire aux pratiques développées dans le champ de la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne, pour élaborer un prototype de référentiel de compétences ([cf. chapitre 1](#)), qui soit d'une part :

- 1) **accessible aux acteurs de la formation initiale et continue** (cette accessibilité étant garantie par la démarche « bottom-up » adoptée dans le cadre du projet pour que le référentiel soit le reflet de pratiques existantes) et, d'autre part,
- 2) **pertinent** au regard de la littérature internationale et des expertises multiples mobilisées dans le cadre de notre projet.

Le [prototype de référentiel de compétences](#) proposé dans ce rapport se veut accessible et pertinent. Il a été conçu pour pouvoir être décliné dans différents contextes de formation initiale et continue de professionnels de la 1^{ère} ligne en FWB. Au terme de notre projet, il ne s'agit cependant que d'un **prototype, qui devra encore être mis à l'épreuve, évalué et adapté.**

Nous poursuivons ce rapport final du projet REFORM P², par une réflexion sur les **facteurs contextuels et structurels** à l'ancrage de la PSP dans les formations de la 1^{ère} ligne de soins en FWB (Cf. [chapitre 2](#)). Cette analyse provient d'entretiens spécifiques qui ont été menés tout au long du projet avec différentes parties prenantes.

Enfin, notre démarche de recherche nous permet de clôturer notre rapport par une série de **recommandations** en direction de différentes parties prenantes (Cf. [Chapitre 3](#)), pour poursuivre le travail entamé et promouvoir l'ancrage de la promotion de la santé dans les formations et les pratiques des acteurs de la 1^{ère} ligne.

Les réflexions et recommandations proposées dans le cadre de ce rapport peuvent constituer des **points de départ mobilisables par différentes parties prenantes** pour promouvoir des plaidoyers, des recherches, des décisions favorables au déploiement de la PSP dans **la formation initiale et continue à la PSP des professionnels de la 1^{ère} ligne en FWB.**

Nous souhaitons souligner que **les recommandations que nous formulons au terme de notre projet nous apparaissent comme particulièrement d'actualité dans le contexte de nos politiques régionales de santé.** Citons en particulier, le [Plan Santé Social Intégré 2022](#) en Région de Bruxelles-Capitale qui, pour promouvoir une approche intégrée des services de santé et du champ social, « s'inscrit dans une approche de promotion de la santé (...) qui sous-tend une approche de la santé à travers les déterminants sociaux et les déterminants des inégalités sociales de santé », et qui « souligne la nécessité d'agir en amont des problèmes socio-sanitaires afin d'en tarir autant que possible les causes hors de portée des individus en tant que tels, c'est-à-dire les déterminants sociaux et environnementaux à l'origine d'importantes pertes de bien-être. » (Bruxelles Takes Care, 2022 p. 2). L'importance de soutenir les relais professionnels et non professionnels par la formation et l'accompagnement pour contribuer à l'atteinte et à la qualité des objectifs de promotion de la santé, et à une meilleure et nécessaire articulation des soins, de la promotion de la santé et de la prévention est par ailleurs soulignée dans les **Plans de promotion de la santé (et de prévention)**, qui sont actuellement mis œuvre en [Wallonie](#) et en [Région de Bruxelles-Capitale](#).

Soulignons également, avant de clôturer ce chapitre introductif, qu'au **niveau international**, la nécessité de développer des **cursus de formation susceptibles de renforcer l'ancrage de la promotion de la santé** dans les pratiques préventives et de soins est revendiquée, tout en reconnaissant qu'il s'agit là d'un enjeu complexe, qui requiert une approche transdisciplinaire et l'engagement de nombreuses parties prenantes (Van den Broucke, 2021).

NB. L'ensemble des études, questions de recherche et livrables du projet REFORM P² sont présentés de manière synthétique dans le tableau 1 à la page suivante.

Les étapes et rapports de la recherche REFORM P²

Tableau 1 Vue d'ensemble des études, questions de recherche et rapports de REFORM P² (ces derniers sont téléchargeables sur www.uclouvain.be/reso)

Études réalisées dans le cadre de REFORM P ²	Questions de recherche investiguées	Forme des résultats
Réaliser un état des lieux des connaissances actuelles en matière de compétences de PSP attendues chez les professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soin (analyse de référentiels utilisés en dehors de la Belgique) et de pratiques pédagogiques pertinentes et innovantes en PSP. ³	De quelle manière des référentiels de compétences spécifiques à des métiers de la 1 ^{ère} ligne de soins, incluent des compétences pour la promotion de la santé ? Comment les compétences clés pour la promotion de la santé se développent-elles au travers des dispositifs de formation initiale ?	Un mémoire de santé publique (UCLouvain) réalisé par Wuillaume, Katlyne et Hennebert, Alyssa, intitulé « Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ? », téléchargeable ici .
Etude 1 - Analyser les pratiques des acteurs de formation continue spécialisée en matière de PSP pour les professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins en FWB.	Sur quels repères les acteurs de la formation continue en promotion de la santé et prévention développent-ils les pratiques de prévention et de promotion de la santé des professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins ?	Un inventaire des structures de formation continue en PSP, actives en FWB – Rapport intermédiaire 5/5, téléchargeable ici . Un rapport de l'analyse des pratiques de formation continue en PSP pour les professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins en FWB – Rapport intermédiaire 1/5, téléchargeable ici .
État d'avancement du travail collectif en décembre 2022 – Rapport intermédiaire 2/5, téléchargeable ici .		
Etude 2 - Repérer les pratiques pédagogiques en matière d'enseignement de la PSP dans certaines filières de professions de la 1 ^{ère} ligne de soins en FWB.	Comment la prévention et la promotion de la santé sont-elles enseignées dans les filières de professions de la 1 ^{ère} ligne de soins ?	Un inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en PSP aux futurs professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins en FWB - Rapport intermédiaire 3/5, téléchargeable ici . Une description et appréciation de la place et de la progressivité des enseignements en PSP dans la formation initiale des futurs professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins : analyse de 5 cursus – Rapport intermédiaire 4/5, téléchargeable ici .
Prototype de référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé essentielles aux professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins, au chapitre 1 de ce rapport final		
Etude 3 – Identifier les facteurs structurels et contextuels à l'ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins en FWB.	Quels sont les leviers et les freins structurels et contextuels à l'enseignement et à la formation continue de la PSP ?	Une synthèse des facteurs contextuels et structurels de l'ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins en FWB, au chapitre 2 de ce rapport final.
Recommandations pour le renforcement de l'enseignement de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1 ^{ère} ligne de soins, au chapitre 3 de ce rapport final.		

³ Ce travail a été réalisé en dehors du financement accordé par la FRB pour REFORM P², bien qu'il ait été réalisé dans l'objectif de soutenir la recherche.

Les principes collaboratifs au cœur de la gouvernance du projet REFORM P²

Comme énoncé plus haut, la recherche REFORM P² repose sur une démarche collaborative encadrée par un modèle de gouvernance adapté de la sociocratie qui favorise l'intelligence collective au service de la finalité du projet. C'est bien ce qui caractérise les recherches collaboratives : la réunion de scientifiques et de parties prenantes intéressés par une problématique et portés par le désir de co-construire des savoirs sur cette problématique et ses solutions. Ainsi, l'exploration de l'objet de recherche – dans notre cas la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins en matière de PSP – conduit à la co-construction de savoirs par la création d'un lien étroit entre différents milieux de pratique. (Morrisette, 2013)

Dans cette démarche, la recherche est « produit » – des rapports, des résultats, des recommandations, etc. – et « processus » – la rencontre entre les partenaires, l'apprentissage tout au long du processus, etc. (Johnson *et al.*, 2014). Il y a autant de processus que de recherches collaboratives ; le processus ne se devant pas d'être normé. Néanmoins, pour qu'il y ait collaboration, le processus de recherche se doit de démontrer certaines caractéristiques ; comme celle de réunir des intervenants et scientifiques dans des « **espaces** » où le travail en commun se passe, ou encore d'encadrer le travail commun de sorte qu'une **symétrie** entre les parties prenantes soit possible. (Johnson *et al.*, 2014)

Dès juin 2021, après avoir pris connaissance de l'appel à projets de la FRB, des tables de discussions permettant la rencontre des structures intéressées par ces questions ont été organisées pour, d'une part les inviter à nommer les objectifs à poursuivre, et d'autre part, établir un partenariat avec les parties prenantes intéressées. Le projet soumis à la FRB en réponse à l'appel a été construit sur base de ces échanges et par les structures souhaitant participer à sa construction.

Pour permettre une certaine **symétrie** entre les uns et les autres, nous avons mis en place une gouvernance partagée en mesure d'offrir les repères nécessaires à chacun pour exercer un pouvoir souverain sur la recherche et pour faire émerger une dynamique collaborative et d'intelligence collective. Nous avons expérimenté une structure de gouvernance inspirée d'un mode de prise de décision et de gouvernance conceptualisé sous le terme de « sociocratie » (Buck & Endenburg, 2004).

La structure de gouvernance du projet est composée de cinq espaces, représentés par des cercles (cf. Illustration 1, ci-dessous). Les Cercles de Responsabilité (CR) sont autonomes pour remplir les mandats qui leur ont été attribués et interconnectés pour permettre l'atteinte des objectifs du projet. Nous en avons créé trois, chacun facilité par une personne, également membre du cercle de gouvernance (nous y revenons plus loin) :

- un CR en matière de *formation continue*, facilité par Ségolène Malengreaux (UCLouvain/IRSS-RESO),
- un CR en matière de *formation initiale*, facilité par Benoît Pétré (Département des Sciences de la Santé Publique, ULiège), et
- un CR en matière de *délibération*, facilité par Gaëlle Fonteyne (Asbl Promo Santé & Médecine Générale).

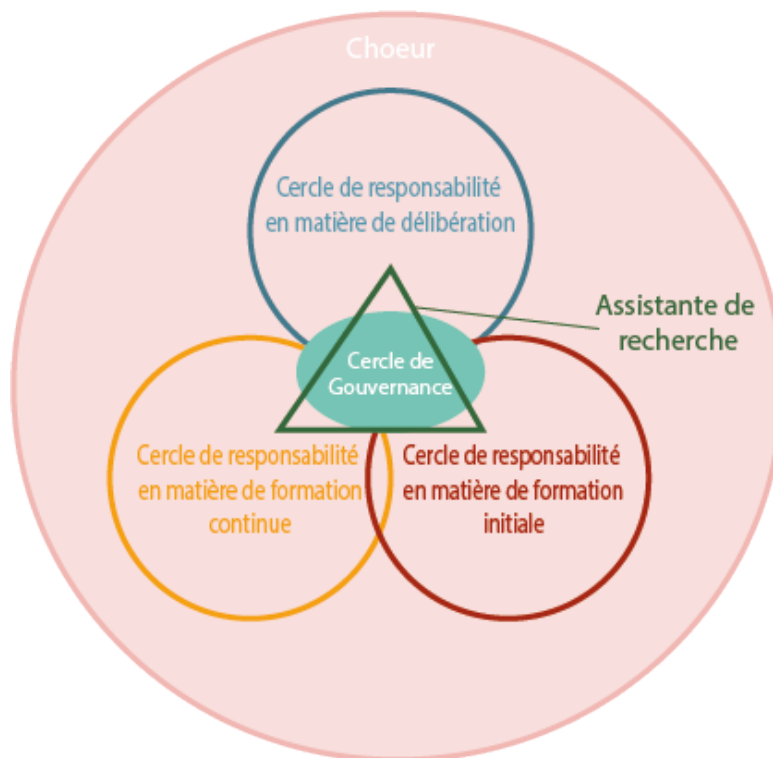
À l'intersection de ces Cercles, un Cercle de Gouvernance (CG) est responsable de leur articulation, garant de l'avancement du projet et de sa qualité scientifique. Il est aussi attentif à ce que la structure de gouvernance permette à chaque partenaire d'exercer sa souveraineté, et dans le cas contraire, de l'adapter. Le CG est composé des 3 structures porteuses du projet : l'UCLouvain/IRSS-RESO (acteur

universitaire), l'asbl Promo Santé & Médecine Générale (acteur de la société) et le Département des Sciences de la Santé Publique de l'ULiège (acteur universitaire). Les membres du CG (Isabelle Aujoulat, Gaëlle Fonteyne, Ségolène Malengreaux et Benoît Pétré) portaient donc la responsabilité de la réalisation effective de la recherche et de sa gestion administrative.

Ces cercles (les CR et le CG) représentent donc des espaces de travail en commun entre lesquels la chercheuse, Mariangela Fiorente, chercheuse engagée dans le cadre du projet, naviguait en vue de faciliter la co-construction des savoirs. Les tâches de coordination et celles liées à la réalisation des travaux scientifiques de la recherche ont été assurées par la chercheuse, qui a mené ces tâches sous la supervision d'un ou plusieurs membres du CG en fonction des étapes de la recherche.

Dernier « cercle » : le Chœur. Il rassemble l'ensemble des partenaires de la recherche (un peu à l'image d'une assemblée générale) et d'autres personnes-ressources. Le *Chœur* n'est pas un lieu de prise de décision, mais de consultation et de résonance. Il se compose des structures intéressées par ces questions et souhaitant contribuer à la recherche, mais qui ne disposent pas des ressources suffisantes pour y investir du temps.

Illustration 1 : Structure de gouvernance du projet



Chapitre 1 - Prototype d'un référentiel de compétences de promotion de la santé et en prévention essentielles aux professionnels de la 1^{ère} ligne de soins

Préambule

À la suite des études 1 et 2, nous avons constaté les limites de l'enseignement de la PSP dans plusieurs filières de 1^{ère} ligne de soins (Fiorente *et al.*, Février 2023 ; Fiorente *et al.*, Août 2023), et des imperfections dans l'organisation de la formation continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins en matière de PSP (Fiorente *et al.* Novembre 2022). Ces études ont confirmé la pertinence de définir un ensemble de compétences essentielles aux professionnels de la 1^{ère} ligne de soins afin de concevoir les soins de 1^{ère} ligne dans une perspective de promotion de la santé et de prévention, tel que l'OMS et l'UNICEF (OMS & UNICEF, 2018) envisagent le développement des soins de 1^{ère} ligne.

Les compétences de PSP ont déjà fait l'objet de nombreuses publications, et notamment de normes professionnelles et consensuelles pour la pratique de la promotion de la santé, rassemblées dans le manuel CompHP (Speller *et al.* 2012). Cependant, un travail de mémoire (Wuillaume & Hennebert, 2022) de santé publique, réalisé par Wuillaume Katlyne et Hennebert Alyssa dans le cadre de REFORM P², a mis en lumière que ces travaux s'adressent principalement, soit à des professionnels dont l'activité principale est la promotion de la santé (par exemple, dans le cas du CompHP), soit à des professionnels ou services spécifiques (par exemple, dans le cas du Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec (Martin & Brahimi, 2014) et du Référentiel CanMEDS (Frank *et al.* 2015)). Au démarrage de notre travail empirique, nous faisons donc le constat de l'absence d'un référentiel de compétences de PSP qui puissent s'appliquer et s'intégrer à celles attendues de la part des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins – qui se caractérise par une approche globale et généraliste (Alvarez Irusta, *et al.* 2020) – indépendamment de leur métier (médecin généraliste, infirmier, psychologue, assistant social, etc.).

La proposition du présent prototype de référentiel de compétences de PSP vient ainsi compléter les travaux existants, en proposant un socle de six compétences de PSP essentielles à tous professionnels de la 1^{ère} ligne de soins. Il témoigne par ailleurs d'un ancrage dans le contexte de la FWB du fait de sa méthode d'élaboration, détaillée ci-après.

Les contenus proposés dans ce prototype sont issus de l'ensemble des sources de données mobilisées ou créées tout au long du projet et ont été sélectionnés par l'équipe de recherche au motif qu'ils contribuent à renforcer les capacités de ces professionnels à développer des pratiques axées sur le renforcement de la capacité d'agir des individus et communautés en faveur de leur santé.

Il est important de noter que le terme « prototype » n'est pas choisi de manière aléatoire puisqu'il permet de mettre en évidence le caractère préliminaire de ce référentiel, qui ne se prétend ni exhaustif, ni validé au regard des normes attendues d'un travail de construction de référentiel. Ce prototype a néanmoins le mérite de faire des premières propositions de compétences, acquis d'apprentissage et contenus jugés comme contributifs d'une vision d'une 1^{ère} ligne de soins qui articule soins, promotion de la santé et prévention.

L'équipe de partenaires de REFORM P² a très tôt souhaité faire des liens avec différents cadres de référence non estampillés « PSP » ou en dehors du champ de la PSP, tels que les humanités en santé, les soins centrés sur le patient, l'intégration des soins, le *goal oriented care* etc. Tous ces cadres de référence et courants sont potentiellement contributifs de la PSP, et réciproquement. Le présent prototype reflète cette diversité ; ses contenus révèlent par conséquent une vision intégrative de la PSP, qui ne se réduit pas à une vision partagée au sein d'un secteur spécialisé et expert en promotion de la santé, mais qui opère des « traductions » interdisciplinaires pour renforcer l'accessibilité des concepts, principes et valeurs de la PSP aux professionnels de la 1^{ère} ligne de soins.

À travers ce prototype de référentiel et son développement, nous souhaitons aider les acteurs et actrices de la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne à ancrer leurs dispositifs de formation dans une logique de PSP, mais aussi aider les futurs et actuels professionnels de la 1^{ère} ligne de soins à situer leurs apprentissages dans un ensemble cohérent et engagé envers les défis actuels. Par ailleurs, sous condition de futures procédures de validation et de mise à l'épreuve, ce prototype de référentiel peut offrir un point de départ au développement de cadres réglementaires et d'engagements vis-à-vis de l'intégration explicite de la promotion de la santé et de la prévention dans la 1^{ère} ligne de soins.

Méthode d'élaboration du prototype de référentiel

Notre démarche d'élaboration du prototype de référentiel s'est déroulée en plusieurs allers-retours entre l'analyse des données issues des différentes études conduites dans le cadre de REFORM P² et des échanges avec les partenaires de la recherche lors d'un moment de délibération⁴ et d'une séance de travail spécifique en CG.

Pour mémoire, les données collectées qui ont servi de base à l'élaboration de ce prototype se trouvent dans : (i) un référentiel de départ embryonnaire (Fiorente, *et al.* Décembre 2022), élaboré à partir des entretiens menés avec des acteurs et actrices de la formation continue en PSP (Fiorente *et al.* Novembre 2022), (ii) les contenus et acquis d'apprentissage issus des descriptifs de formations continues répertoriées dans l'inventaire des formations continues en PSP (Fiorente, *et al.* Septembre 2023), et (iii) les contenus et acquis d'apprentissage contributifs de la PSP repérés dans l'analyse de 5 programmes de formation à différents métiers de la 1^{ère} ligne (Fiorente *et al.* Août 2023).

Mariangela Fiorente et Ségolène Malengreaux ont procédé à une analyse secondaire des données, par regroupement et hiérarchisation, dans le but de faire émerger, de manière itérative, des compétences générales représentatives des contenus et acquis d'apprentissage repérés. Ce travail d'analyse a offert un panorama des compétences et contenus d'apprentissage contributifs de la PSP, tels qu'ils sont - d'après les résultats de nos études – actuellement mis en œuvre dans la formation initiale et continue des professionnels de 1^{ère} ligne de soins en Belgique francophone.

En parallèle, les résultats de cette catégorisation (dont les catégories prenaient la forme de compétences générales) ont été présentés et discutés avec les partenaires et en CG. Ces discussions ont permis de tirer plusieurs observations et de relever plusieurs points d'attention dans la poursuite de l'analyse, qui nous ont conduits parfois à adapter certaines propositions.

Une fois les principales compétences de PSP définies et validées par le CG, Mariangela Fiorente et Ségolène Malengreaux ont procédé, à partir des données et des discussions avec les partenaires et l'équipe de recherche, à la rédaction d'acquis d'apprentissage et de contenus pour chaque compétence. Pour s'aider dans la définition du format de ce travail, elles ont utilisé une ressource canadienne « La rédaction d'acquis d'apprentissage : principes, considérations et exemples » (Richard, 2016).

Les sources de données, citées ci-dessus, ont également permis d'identifier des [repères à la mise en œuvre des acquis d'apprentissage](#). Ces repères généraux sont représentatifs des pratiques d'enseignement et de formation repérées, mais ne sont pas spécifiques à chaque compétence du socle.

Enfin, dans l'analyse des données et à travers les échanges avec les partenaires, plusieurs exemples de [contexte d'application et de spécialisation de ces compétences](#) ont été relevés. Il nous a semblé important de pouvoir les nommer, car s'il s'agit de niveaux de spécialisation dépassant l'objectif de transversalité de ce prototype de référentiel, leur pertinence n'en est pas moins essentielle. Ils offrent en effet des perspectives d'application des compétences transversales, suivant différentes « portes

⁴ Organisé le 19 juin 2023

d'entrée » traditionnelles de la PSP, par exemple des publics, des problématiques de santé ou des milieux de vie spécifiques.

Finalement, le [prototype de socle de compétences de PSP essentielles](#) aux professionnels de la 1^{ère} ligne de soins, tel qu'il est présenté aux pages suivantes, a été validé par l'ensemble des membres du CG et a bénéficié de la relecture de plusieurs partenaires.

Prototype de référentiel de compétences et acquis d'apprentissage de promotion de la santé et de prévention pour la 1^{ère} ligne de soins

Six compétences essentielles accompagnées d'acquis d'apprentissage et de contenus

Les 6 compétences de PSP essentielles à la 1^{ère} ligne de soins

CE1_ Positionner **théoriquement** la promotion de la santé et la prévention dans son champ de pratique, et plus globalement, dans les domaines de la santé, du soin et du social.

CE2_ Témoigner de sa compréhension de l'action des **inégalités sociales de santé** et des **déterminants de santé** dans les situations rencontrées dans sa pratique.

CE3_ Exercer son métier au regard d'un cadre de renforcement de la **capacité d'agir** des individus et collectivités et dans le respect des **contextes** sociaux et culturels de ceux-ci.

CE4_ Chercher, initier et entretenir des collaborations **interprofessionnelles, intersectorielles et transdisciplinaires en considérant la personne et les collectivités comme partenaires de leur santé**.

CE5_ S'engager comme professionnel dans les **défis sociaux, environnementaux et de santé publique** dans une perspective de **justice sociale**.

CE6_ **Évaluer** et **faire évoluer** sans cesse sa pratique, ses actions, sa posture professionnelle dans une perspective de **justice sociale et de participation**.

Aux pages suivantes, chacune des 6 compétences essentielles est détaillée avec des propositions de contenus et acquis d'apprentissage susceptibles de soutenir leur mobilisation dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne.

CE1_ Positionner **théoriquement** la promotion de la santé et la prévention dans son champ de pratique, et plus globalement, dans les domaines de la santé, du soin et du social

Suggestions d'acquis d'apprentissage

- 1.1. Connaître la base conceptuelle et les stratégies phares en PSP.
- 1.2. Connaître l'histoire de l'émergence des champs de la PSP.
- 1.3. Démontrer une bonne compréhension des enjeux de santé et du système de santé à la lumière des spécificités de la PSP (et du contexte belge).
- 1.4. Discuter les stratégies de PSP, individuelles et collectives, appliquées à des situations professionnelles concrètes.
- 1.5. Concevoir la PSP comme intégrée à son métier.
- 1.6. Savoir identifier les structures de référence en matière de PSP.
- 1.7. Identifier les tensions éthiques que soulève la PSP dans le champ de la santé publique et des soins.

Suggestions de contenus

L'histoire de l'émergence de la promotion de la santé et de son développement : l'engagement à lutter contre les inégalités sociales de santé, l'affirmation de la santé comme droit humain, la référence aux valeurs d'équité en santé, de justice sociale, de responsabilité sociale, la vision salutogène de la santé.

L'histoire de l'émergence et du développement du principe de prévention en matière de santé et la définition de la prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire.

La déclaration d'Alma Ata et la charte d'Ottawa et les axes stratégiques de cette dernière pour agir sur les différents déterminants de la santé et des inégalités sociales de santé, ainsi que les actualisations de ces axes dans les chartes et déclarations qui ont suivi.

La base conceptuelle : les inégalités sociales de santé, les déterminants de la santé, l'approche écologique, le pouvoir d'agir, la participation, l'approche biopsychosociale, la salutogenèse, etc.

Les stratégies phares – autant individuelles que collectives – pour promouvoir la santé : réduction des risques, santé communautaire, éducation pour la santé, éducation (thérapeutique) des patients, renforcement des compétences psychosociales et de la littératie en santé.

Les questions éthiques que soulèvent les enjeux et stratégies de promotion de la santé, par exemple les stratégies de *nudging*, en faisant le lien avec les enjeux sociétaux et ceux des systèmes de santé.

Les politiques publiques en matière de PSP, leurs enjeux et leurs évolutions.

La contextualisation des missions de la PSP : les missions de PSP du système de santé belge et des institutions/structures du système (INAMI, mutuelle, maisons médicales, planning familial, ONE, Promotion de la Santé à l'École (PSE), etc.), ainsi que les Plans définissant les priorités régionales de PSP.

CE2_Témoigner de sa compréhension de l'action des **inégalités sociales de santé** et des **déterminants de santé** dans les situations rencontrées dans sa pratique

Suggestions d'acquis d'apprentissage

- 1.1. Connaître les notions théoriques en lien avec les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé, ainsi que les théories explicatives et modèles sous-jacents.
- 1.2. Expliquer les interactions entre la santé et l'environnement, et les impacts de celles-ci sur son métier.
- 1.3. Reconnaître l'action des déterminants de santé dans une situation.
- 1.4. Poser un regard critique sur les approches de lutte contre les inégalités sociales de santé et de prise en compte des déterminants de santé.
- 1.5. Construire un raisonnement de santé holistique, ancré dans le champ de responsabilités de son métier.
- 1.6. Écouter et reconnaître les vécus, les émotions et les interprétations des individus et collectivités.
- 1.7. Prendre conscience et examiner ses propres valeurs, convictions, présomptions et représentations, et savoir s'en distancier pour se mettre dans une posture d'accompagnement respectueuse de la diversité
- 1.8. Mener un dialogue/une action permettant de repérer l'action des déterminants de la santé.
- 1.9. Envisager un plan d'action pertinent avec la participation des personnes concernées en mobilisant ses connaissances de professionnels de soins.
- 1.10. Trouver et suggérer des professionnels ou structures partenaires pour participer au plan d'action.
- 1.11. Analyser de manière multifactorielle et intersectionniste les situations d'inégalités et de vulnérabilité.

Suggestions de contenus

L'expérience vécue de la maladie et d'autres formes de vulnérabilité (socio-économique, psychosociale, relationnelle, etc.) ou de discrimination.

Les notions théoriques de déterminants de santé, d'inégalités sociales de santé, de justice sociale, de gradient social de santé, d'équité, d'exclusion sociale, de discriminations sociales, modèle bio-psycho-social, inégalités culturelles, rapports de domination, universalisme proportionné.

Les catégories de déterminants de santé et les modèles pour les représenter, tels que celui de Whitehead & Dahlgren (1991) et le cadre conceptuel de l'OMS (Solar & Irwin, 2010).

Les théories explicatives des inégalités sociales de santé et les stratégies pour les réduire (équité horizontale + verticale, universalisme proportionné...).

Les instruments de dialogue holistique et positif, susceptibles de soutenir le pouvoir d'agir des personnes en se détachant d'une approche prescriptive et normative.

Les co-bénéfices santé-environnement.

Les approches de lutte contre les inégalités sociales de santé et de prise en compte des déterminants de santé, leurs apports et leurs limites : l'approche écologique, l'approche ciblée, l'approche populationnelle, l'universalisme proportionné.

La santé et les soins comme objets socioculturels et politiques.

Une vision historique et critique de l'évolution des normes en matière de santé.

Les représentations sociales autour du corps, de la maladie, de la santé, mais également du système de soins de santé et de la vision biomédicale de la santé.

CE3_Exercer son métier au regard d'un cadre de renforcement de la **capacité d'agir** des individus et collectivités et dans le respect **des contextes sociaux et culturels** de ceux-ci.

Suggestions d'acquis d'apprentissage

- 3.1. Maîtriser les fondements théoriques de la participation en santé, et les enjeux éthiques et méthodologiques inhérents à sa mise en œuvre.
- 3.2. Distinguer les logiques de processus des logiques de résultat de la participation.
- 3.2. S'approprier et mettre en œuvre des outils et méthodes au service de démarches capacitanes et participatives.
- 3.3. Analyser et réagir à des situations complexes en prenant un point de vue éthique et socioculturel.
- 3.4. Questionner les individus et collectivités sur leurs représentations et connaissances par rapport à leurs besoins de santé.
- 3.5. Identifier les dimensions sociales et culturelles dans le discours des individus et collectivités.
- 3.6. Se saisir ou adapter des outils et instruments permettant d'interpréter une situation en partenariat avec la ou les personnes concernées.
- 3.7. Mettre en œuvre une écoute active et respectueuse des caractéristiques sociales et culturelles des personnes, une communication centrée sur la personne, un cadre de sécurité pour soutenir l'émergence et l'expression d'objectifs et de stratégies personnelles de santé.
- 3.8. Initier, mener et évaluer un dialogue sur des thèmes de prévention et de promotion de la santé en mobilisant des approches de PSP
- 3.10. Accompagner l'individu (ou les collectivités) en fonction de ses (leurs) conditions de vie et socioculturelles.
- 3.11. S'enquérir des outils et techniques d'animation/de dialogue adaptés aux situations rencontrées et avec un regard transculturel, se les approprier et les utiliser.
- 3.12. Accompagner la mise en œuvre des décisions prises, ou réorienter vers un professionnel plus à même de le faire.
- 3.13. Réfléchir à un projet d'intervention avec les individus (et leurs proches) en vue d'atteindre des objectifs convenus.
- 3.14. Susciter chez les individus un regard critique sur leurs représentations de la santé.
- 3.15. Créer un climat relationnel favorable à l'émergence d'une collaboration avec un individu ou un groupe d'individus.
- 3.16. Comprendre son rôle et celui de l'utilisateur des services de santé, ainsi que de ces aidants proches dans une situation individualisée ou collective.

Suggestions de contenus

Les fondements théoriques et les enjeux éthiques et méthodologiques de la participation en santé : *l'empowerment*, les compétences psychosociales, les représentations de la santé, les savoirs expérientiels, l'approche centrée sur le patient, la relation d'aide, la littérature en santé, l'humanisation des soins, le goal-oriented care, l'auto-détermination, etc.

Les stratégies, individuelles et collectives, du renforcement de la capacité d'agir : l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique, patient partenaire, l'entretien motivationnel, etc.

Les facteurs psychosociaux protecteurs ou salutogènes, par exemple l'estime de soi, les compétences psychosociales, le soutien social perçu, le sentiment d'auto-efficacité, le sentiment de cohérence, etc.

La découverte et l'expérimentation sur soi-même, d'outils et techniques d'animation/de dialogue.

Les modèles de changements de comportements, leurs forces et leurs limites : le modèle des croyances en santé, les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, le modèle transthéorique de changement, l'auto-régulation des buts de santé.

Le partenariat dans les soins : décision médicale partagée, bilan éducatif partagé, adhésion thérapeutique (observance) à des normes de santé co-construites et et/ou auto-déterminées, plans de soins personnalisés, prise en compte des préférences des patients.

Les questions culturelles en santé et dans les soins et la démarche transculturelle (notions de communication, de négociation, de choc culturel).

Les concepts de socialisation et de désaffiliation.

CE4_Ch Chercher, initier et entretenir des **collaborations interprofessionnelles, intersectorielles et transdisciplinaires** en considérant la personne et les collectivités comme partenaires de leur santé.

Suggestions d'acquis d'apprentissage

- 4.1. Comprendre son rôle et celui des autres acteurs (professionnels ou bénévoles) dans une situation individualisée ou collective.
- 4.2. Comprendre les dynamiques de groupe et d'équipe.
- 4.3. Développer une posture professionnelle favorable à la coopération pour aboutir collectivement à une vision partagée d'une situation.
- 4.4. Savoir communiquer dans un esprit d'ouverture et de respect.
- 4.5. Co-construire des cadres et des langages communs pour aboutir à la production de solutions à des situations problématiques.
- 4.6. Construire et mettre en œuvre des plans de soins ou des projets avec d'autres professionnels.
- 4.7. Inscrire son travail dans le cadre de réseaux de collaborateurs et collaboratrices pouvant être mobilisés pour répondre à des situations problématiques.
- 4.8. Savoir partager les informations usuelles et urgentes avec les partenaires de soins intra et extra muros à l'aide d'outils oraux, écrits et informatiques.

Suggestions de contenus

Une base théorique : la collaboration interprofessionnelle, le travail en réseau interprofessionnel, en équipe pluridisciplinaire, pluri-paradigmatique, interdisciplinaire, voire transdisciplinaire en intégrant des acteurs sociaux tels que des représentants d'associations de patients ou d'aidants proches.

Les outils d'intelligence collective pour l'animation de réunions pluridisciplinaires

Le partenariat : niveaux, organisation, définition d'objectifs communs, communication, ...

Les notions de *leadership* et de responsabilité professionnelle (partagée).

CE5_ S'engager comme professionnel dans les **défis sociaux, environnementaux et de santé publique** dans une perspective de justice sociale.

Suggestions d'acquis d'apprentissage

- 5.1. Acquérir une compréhension globale et transversale des défis sociaux, environnementaux et de santé publique, et de leurs liens avec la santé.
- 5.2. S'ouvrir et s'intéresser aux enjeux de politiques publiques en matière de social et santé.
- 5.3. Participer, dans le cadre de sa pratique, à identifier et relayer les défis sociaux, environnementaux et de santé.
- 5.4. Décrire et justifier sa représentation de son rôle de professionnels et de son image dans la société.
- 5.5. Comprendre en quoi le plaidoyer peut être une stratégie à mobiliser dans le cadre de sa pratique professionnelle.

Suggestions de contenus

Le plaidoyer pour la santé.

Concepts de base et paradigmes de la relation individus-environnement et stress environnemental.

Les objectifs de développement durable.

Santé environnementale, approche écosystémique, impact des facteurs environnementaux sur la santé, OneHealth.

Droits et barrières aux soins de santé, y incluant le non-accès et le non-recours et les stratégies pour augmenter l'accessibilité des soins de santé

CE6_Évaluer et faire évoluer sans cesse sa pratique, ses actions, sa posture professionnelle dans une perspective de justice sociale et de participation.

Suggestions d'acquis d'apprentissage

- 6.1. Développer une capacité d'analyse critique et de recherche documentaire pour augmenter la pertinence et la validité de son travail, en référence aux données scientifiques les plus actuelles en matière de pédagogie, communication, méthodes d'intervention, etc.
- 6.2. Analyser sa pratique dans une perspective de justice sociale et de renforcement de la capacité d'agir des individus et des collectivités.
- 6.3. Connaître des outils et méthodes susceptibles de soutenir la réflexivité personnelle et collective.
- 6.4. Faire usage des apprentissages issus de l'analyse de sa pratique pour la faire évoluer.
- 6.5. Contribuer et œuvrer à un environnement professionnel et institutionnel favorable à la réflexivité et à l'intégration de pratiques et de valeurs de PSP.

Suggestions de contenus

Aspects déontologiques et éthiques de sa profession et des autres professions.

Aspects méthodologiques cohérents en regard de l'éthique de la PSP et des professions qui la mettent en œuvre

Travail sur ses propres représentations, son rôle, son identité, sa place et son image dans la société.

Techniques d'évaluation des projets et actions de PSP entre professionnels et avec les usagers/groupes.

Repères pédagogiques au développement des compétences essentielles en PSP

Dans le tableau 2 ci-après, nous rapprochons des principes pédagogiques généraux contributifs d'un environnement propice au développement des compétences des étudiants – identifiés dans la littérature (Dochy & Segers, 2018 ; Miltenburg & Weerheijm, 2018 ; Sinakou *et al.* 2019 ; De Corte, *et al.* 2004 ; Al-Natour, *et al.* 2021) – à des exemples de méthodes d'apprentissage repérées dans notre analyse des formations initiales (Fiorente *et al.* Août 2023) et continues (Fiorente *et al.* Novembre 2022).

Tableau 2 Repères pédagogiques identifiés dans REFORM P²

Principes pédagogiques identifiés dans la littérature	Méthodes d'apprentissage repérées lors de l'analyse des cursus de formation initiale ou continue
<i>Evaluer l'apprentissage tout au long de son processus – Pratique réflexive</i>	- Travail réflexif d'intégration des compétences - Intervisions, notamment autour de situations difficiles, voire d'événements indésirables (« erreurs »)
<i>Autonomiser les étudiants par des approches de pédagogie active</i>	- Exercices individuels et collectifs - Lectures d'articles et de livres (préparatoires ou d'approfondissement) - Visionnage et discussion de podcasts, capsules vidéos - Classe inversée (un travail – théorique et/ou réflexif – est réalisé en amont par les apprenants et les apports théoriques sont construits dans l'interaction entre les formateurs/enseignants et les étudiants)
<i>Rendre les étudiants actifs</i>	- Travaux de groupe, exercices dirigés/ateliers interactifs - Jeux de rôle - Stages - Exercices cliniques à distance sur patients virtuels - Réalisation de projet
<i>Travailler sur des situations pratiques/authentiques</i>	- Témoignage de situations vécues : orale (par exemple via des patients partenaires) ou écrit (livres, documentaires, etc.) - Analyse de vignettes cliniques - Séminaires interactifs - Méthode d'apprentissage par résolution de problèmes - Production de capsule audio à partir d'une situation vécue en stage

<i>Favoriser le partage d'expériences - Prise en compte des représentations et des savoirs expérientiels des participants</i>	- Travail sur les représentations - Echanges entre étudiants et enseignants sur base de leur expérience professionnelle et/ou personnelle
<i>Travailler en partenariat et favoriser la collaboration, Favoriser l'interdisciplinarité</i>	- Enseignement en binôme (enseignant clinicien et non-clinicien, dont professionnels de la PSP ou représentants d'associations de patients ou de citoyens) - Transmission de contenus pluridisciplinaires
<i>Approches centrées sur l'apprenant</i>	- Prise en compte des représentations et des savoirs expérientiels des apprenants
<i>Témoignages de pratiques et d'expériences (experts du vécu, professionnels de terrain)</i>	- Interventions des professionnels du secteur - Séminaires interdisciplinaires - Parrainage et tutorat - Interventions des étudiants d'année supérieure - Rencontre avec des représentants d'associations de patients, patients-partenaires/patients-formateurs - Participation à des congrès, journées « santé » - Observations sur le terrain
<i>Approche d'enseignement par le service à la société combinant un enseignement académique de haut niveau, l'expérience de terrain par le service à la société (stages, mémoires, etc.), et la pratique réflexive.</i>	- <i>Service learning</i> (ce type d'enseignement est encadré par des équipes d'enseignants universitaires et d'acteurs de terrain (y compris représentants de patients), qui combinent la transmission de connaissances académiques pointues, l'expérience de terrain et la pratique réflexive).

Exemples de contexte d'application et de spécialisation du référentiel de compétences essentielles

Le prototype de référentiel de compétences essentielles élaboré dans le cadre du projet REFORM² a été imaginé de sorte qu'il soit suffisamment transversal que pour en faciliter son appropriation par des enseignants et formateurs selon les différents contextes et degrés de spécialisation des dispositifs de formation qu'ils pilotent. Nous développons ces contextes d'application et de spécialisation des compétences essentielles en PSP qui ont été repérés en FWB.

Le prototype de référentiel de compétences essentielles en PSP concerne les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins susceptibles de travailler dans des **contextes professionnels** variés : en consultation générale et spécialisée, en santé communautaire, en contexte multidisciplinaire, et en contexte de développement de projet, par exemple de santé communautaire. Notons que outre les contextes professionnels de la 1^{ère} ligne de soins, les compétences de PSP auxquelles prépare notre prototype de référentiel sont des compétences souhaitées et utiles aussi pour les pratiques spécialisées, notamment en milieu hospitalier, tels qu'en témoignent au niveau international l'essor du [réseau OMS des Hôpitaux promoteurs de santé](#) depuis les années 90, et la généralisation des pratiques d'éducation thérapeutique des patients dans les hôpitaux français⁵.

Le prototype de socle de compétences peut également se décliner en fonction de **thèmes de santé spécifiques**. Dans notre démarche de construction du prototype, nous avons croisé un grand nombre de thématiques de santé, abordées sous l'angle de la promotion de la santé et de la prévention. Nous en dressons une liste non-exhaustive ci-après.

- Les aspects relatifs à la vie relationnelle, affective et sexuelle, par exemple les moyens féminins et masculins de contraception ou les infections sexuellement transmissibles, la sérophobie, la discrimination.
- Les aspects relatifs aux assuétudes, par exemple le tabac, les drogues, l'alcool, les jeux vidéo, les réseaux sociaux et les jeux de hasards.
- Les aspects relatifs à la santé mentale, par exemple le stress, l'éco-anxiété, le burn-out ou les conséquences du harcèlement ou les personnes en souffrance psychique du fait de déterminants sociaux, de vécus d'exil, de précarité, de conduites à risque.
- Les aspects relatifs aux maladies chroniques et à la vie avec une maladie chronique, pour soutenir le partenariat avec les patients et leur autonomisation à l'égard de leurs objectifs de santé et de la gestion de leurs soins de santé dans une perspective d'amélioration de leur qualité de vie
- Les aspects relatifs aux cancers, comme le dépistage et la prévention.
- Les aspects relatifs à l'alimentation et la pratique d'une activité physique, notamment les notions d'alimentation et d'activité physique adaptées en fonction des possibilités physiques (problème de santé chronique) et culturelles des personnes.
- Les aspects relatifs à des vécus de violences et de traumatismes, tels que la maltraitance et la violence conjugale, sexuelle et de genre.
- Les aspects relatifs à la vaccination, selon les âges et les pathologies.

⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, instaurant l'éducation thérapeutique des patients-article 84 (https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791)

- Etc.

Il est à noter que tous ces exemples sont à comprendre comme des « portes d'entrée » pour la PSP, mais ne réduisent en rien la finalité de celle-ci à une attention qui serait exclusivement portée aux comportements et déterminants personnels. Comme pour les exemples de publics cibles ci-après, une pratique pertinente de PSP comprendra une attention aux déterminants environnementaux et structurels qui sont à l'œuvre dans l'émergence d'une problématique de santé particulière.

De la même manière que pour les contextes de pratique et les thèmes de santé, les compétences énoncées dans le prototype de référentiel de compétences peuvent se développer par des dispositifs de formation centrés sur des **publics spécifiques** présentant des vulnérabilités particulières, soit en raison de leur âge (les enfants, les adolescents, les personnes âgées), soit en raison de leur parcours de vie (les personnes exilées ou en situation de handicap), soit en raison de leurs conditions de vie (les personnes en grande précarité) ou en raison de leurs conduites à risque pour la santé (les consommateurs et consommatrices de produits addictifs).

Enfin, le référentiel de compétences peut se déployer au regard d'approches par les **milieux de vie**, tels que le milieu scolaire, festif, carcéral, de travail et institutionnel (par exemple en centre pour demandeur d'asile).

Perspectives de développement et limites actuelles du prototype

Comme annoncé en préambule, l'intérêt d'un référentiel de PSP est d'aider les acteurs et actrices de la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne à ancrer leurs dispositifs de formation dans une perspective de PSP. Son but est aussi d'aider les futurs et actuels professionnels de la 1^{ère} ligne de soins à situer leurs apprentissages dans un ensemble cohérent et engagé envers les défis actuels. À l'état de prototype, notre proposition ne répondra à ces objectifs qu'après la poursuite de son développement et l'application de futures procédures de validation et de mise à l'épreuve.

Outre la définition d'un socle de compétences qui apparaissent comme essentielles à la suite de la recherche, l'analyse de la littérature et la consultation d'experts dans le cadre du projet REFORM P² a permis d'identifier des principes pédagogiques qui semblent alignés sur des critères d'apprentissage à haut impact et durables, c'est-à-dire des caractéristiques d'un environnement d'apprentissage qui soutient le développement des compétences des étudiants, tels que ceux développés dans les modèles HILL (Dochy & Segers, 2018) et CLIA (De Corte, *et al.* 2004 ; Sinakou *et al.* 2019). Il nous semblerait intéressant de faire reposer les réflexions futures concernant le développement de repères pédagogiques sur de tels modèles.

L'exercice de construction de ce prototype de référentiel nous a amenés, en cercle de gouvernance, à nous interroger sur le cadre théorique à adopter, les termes à employer, la structure à privilégier. Bref, cet exercice s'est avéré bien plus complexe que prévu. En l'absence de pédagogue au sein de notre cercle, nous avons consulté deux expertes des sciences de l'éducation – Mesdames Nathalie Kruyts (Conseillère en pédagogie universitaire à l'UCLouvain) et Séphora Boucenna (Professeure à l'Université de Namur) – qui nous ont aidés à nous poser les bonnes questions, pour certaines, restées encore sans réponse à l'heure où nous clôturons ce rapport.

L'approche *bottom-up*, employée pour sa construction, procure au référentiel une certaine validité sociale compte-tenu du fait qu'il émane des pratiques actuelles de formation initiale et continue en FWB, identifiées comme contributives de la PSP. Ainsi son acceptabilité et sa viabilité en sont renforcées. Il reste que ce référentiel ne se prétend pas exhaustif et que sa transférabilité à d'autres contextes n'est pas affirmée à ce stade.

Notre prototype de référentiel repose donc sur des bases solides issues d'une exploration de la littérature, d'une démarche rigoureuse de recherche participative, et d'expériences diverses et complémentaires, y compris de confrontation directe aux situations de terrain, de toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce prototype. Les futures démarches de confirmation, ajustement et validation, qui n'ont pas pu se faire dans le cadre de REFORM P², devront passer par une collaboration approfondie entre des usagers, des professionnels et des scientifiques issus des sciences de la santé en et des sciences de l'éducation, dans le cadre d'une recherche transdisciplinaire de type recherche-action ou de recherche de consensus.

Chapitre 2 – Facteurs contextuels et structurels de l’ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins en FWB (*étude 3*)

Introduction

L’intégration de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins, et plus largement dans leurs pratiques, nécessite de s’interroger sur les acquis d’apprentissage à viser et les contenus à intégrer. C’est ce que nous avons tenté d’éclairer dans la partie précédente. Cet enjeu nécessite aussi de se poser la question des facteurs qui “dynamisent” le système, c’est-à-dire les facteurs qui participent à l’intégration de la PSP dans la formation des professionnels et, au-delà, à la généralisation de la PSP dans les pratiques professionnelles. Nous entendons par « facteurs contextuels et structurels » les éléments qui dépassent les aspects pédagogiques.

Les stratégies qui permettront d’améliorer l’ancrage de la PSP dans l’enseignement, la formation et les pratiques des professionnels devraient tenir compte de ces facteurs. Nous nous sommes donc posé la question suivante : **quels facteurs contextuels et structurels participent à l’ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins ?**

Dans le but d’identifier ces facteurs et d’en comprendre la dynamique, nous avons interrogé des parties prenantes de la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins.

Méthodes

La question qui nous occupe dans cette partie a donc été investiguée lors d'entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de l'étude 1 relative à la formation continue (Fiorente, *et al.* Novembre 2022) et de l'étude 2 relative à la formation initiale (Fiorente *et al.* Août 2023) de la recherche. Les deux guides d'entretien utilisés comprenaient une section spécifique à la question des facteurs contextuels et structurels.⁶ À ces entretiens, il faut ajouter quatre entretiens réalisés auprès de patients formateurs. Ces entretiens ont été menés avec le même guide d'entretien que celui utilisé dans l'étude 1. Nous avons également souhaité collecter les propos d'un service universitaire de formation continue. Ce dernier entretien a été conduit librement (sans guide d'entretien préalablement construit) en mai 2023. Les caractéristiques de l'ensemble des personnes interrogées sur la question des facteurs contextuels et structurels sont présentées dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 Caractéristiques des personnes interrogées sur les facteurs contextuels et structurels à la formation de la PSP.

Domaine d'activités ou fonction des personnes interrogées	Nombre de personnes interrogées	Étude de référence
Acteurs de la formation continue non-formelle spécialisée dans les domaines de la PSP	28*	Étude 1 (Fiorente <i>et al.</i> Novembre 2022)
Acteurs de la formation continue formelle dans les domaines de la PSP (y incluent les masters de santé publique)	5 (4 per. issues du supérieur et 1 per. de l'associatif)	Étude 1 (Fiorente <i>et al.</i> Novembre 2022)
Patients formateurs ⁷	4	Étude 1 (Fiorente <i>et al.</i> Novembre 2022)
Enseignants du supérieur en formation initiale d'une filière de 1 ^{ère} ligne d'aide et de soins	7	Étude 2 (Fiorente <i>et al.</i> Août 2023)
Coordinateurs de cours ou responsable d'une formation initiale dans une filière de 1 ^{ère} ligne d'aide et de soins	5	Étude 2 (Fiorente <i>et al.</i> Août 2023)
Doyens d'une faculté de formation initiale d'une ou plusieurs filières de la 1 ^{ère} ligne de soins.	2	Étude 2 (Fiorente <i>et al.</i> Août 2023)
Service universitaire de formation continue	1	Entretien unique mené dans le cadre de la finalisation du projet

*Certaines de ces personnes ont été interrogées dans un contexte d'entretien collectif. Pour plus de détails, nous renvoyons vers le [rapport intermédiaire 1](#).

Les entretiens ont été retranscrits, et ont fait l'objet d'une analyse thématique descriptive dans le cadre d'une approche inductive, itérative et collaborative. Le but de l'analyse était de repérer les

⁶ Pour plus de détails sur les méthodes d'entretien, ainsi que sur les guides d'entretien utilisés, nous référons les lecteurs et lectrices aux rapports intermédiaires [1](#) et [4](#).

⁷ « Les patients-formateurs sont des patients ou des aidants proches actifs dans une association de patients. Ils sont amenés à co-enseigner à partir de leur expertise sur des thématiques transversales : vivre avec une maladie chronique, les droits du patient, l'empowerment, l'éducation thérapeutique du patient, la qualité des soins, la communication soignant-soigné. » définition tirée de la [LUSS](#).

principaux facteurs et de quelle manière ceux-ci soutiennent, ou au contraire modèrent, l’ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins, du point de vue des parties prenantes interrogées.

La question des facteurs contextuels et structurels a également fait l’objet d’une attention transversale, spécifique et systématique tout au long du projet, par exemple lors des moments de délibération avec les partenaires de la recherche (enregistrés et ayant fait l’objet de comptes-rendus) ou des réunions des cercles de responsabilité (celles-ci ayant fait l’objet de comptes-rendus).

Les résultats sont présentés ci-après suivant sept catégories :

- Les facteurs liés aux acteurs et actrices du système (leurs connaissances, expériences, représentations, ...)
- Les facteurs liés aux aspects culturels (valeurs, histoire, identité, etc.) et réglementaires (normes, lois, etc.) des métiers de la 1^{ère} ligne de soins
- Les facteurs liés à l’organisation de la formation initiale et continue
- Les facteurs liés aux politiques de formation continue en PSP
- Les facteurs liés au contexte institutionnel des services de la 1^{ère} ligne de soins
- Les facteurs liés au système de soins de santé
- Les facteurs liés aux politiques de santé intégrées

État des lieux des principaux facteurs contextuels et structurels repérés

Les facteurs liés aux acteurs et actrices du système (leurs connaissances, expériences, représentations, ...)

Les personnes interrogées relevaient l'existence de **représentations** réductrices en matière de PSP, quelle que soit la spécialité concernée (médecin, infirmière, psychologue, assistant social) et pour tous les types d'acteurs potentiellement impliqués : les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins, les enseignants, les formateurs, les acteurs politiques, etc.

Les représentations relevées comme freinant la réorientation des formations et des pratiques des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins vers davantage de PSP sont variées. Les personnes interrogées citaient par exemple que la promotion de la santé est parfois perçue comme un champ théorique et d'action, dont le principal intérêt concerne les publics précaires, les personnes qui ne s'insèrent pas comme attendu dans le système de soins. Une autre représentation relevée par les participants était que la promotion de la santé est souvent comprise comme relevant d'une stratégie unique, par exemple la santé communautaire ou l'éducation thérapeutique. De même, la prévention serait principalement comprise au regard des stratégies de dépistage et de vaccination.

Les personnes rencontrées mettaient également en évidence que l'enseignement de la PSP est perçu comme recouvrant des matières non-prioritaires, optionnelles ou encore comme des matières de spécialisation au détriment d'une vision intégrée de ces matières à tout un curriculum. L'analyse des cours contributifs de la PSP en formation initiale (Fiorente *et al.* Août 2023) a d'ailleurs montré que dans les curriculums analysés, la PSP était abordée de manière réductrice et que les enseignants faisaient appel à des intervenants « spécialisés » pour amener ces matières. Cette représentation diminuerait la capacité perçue et le sentiment de légitimité des enseignants et formateurs à s'approprier ces matières et à les concevoir comme des matières transversales et intégrées à des pratiques généralistes. Véhiculées dans le système de santé, l'existence de ces représentations constitue un réel défi pour un meilleur ancrage de la PSP dans la formation des professionnels.

Cette conception étroite de la PSP a émergé également lors des entretiens avec les patients formateurs. Alors qu'ils avaient été sélectionnés sur des critères d'intérêt pour la PSP et d'expérience de co-enseignement dans des programmes et dispositifs de formation destinés aux professionnels de la 1^{ère} ligne, leur témoignage a révélé une vision de la promotion de la santé souvent réduite à des aspects de prévention, dans une approche essentiellement comportementaliste d'habitudes de vie à contrôler pour être en bonne santé. Si certains ont néanmoins commenté la promotion de la santé comme une approche prenant en compte la santé et le bien-être du patient dans sa globalité, sa mise en pratique dans le cadre des soins de 1^{ère} ligne était le plus souvent interprétée comme une approche qui imposerait des normes de comportement.

Interrogés sur le rôle de la relation de partenariat patient-soignant dans les aspects de PSP, les patients formateurs que nous avons rencontrés ont exprimé une certaine difficulté à distinguer une approche de promotion de la santé de celle de prévention dans la pratique d'un professionnel de 1^{ère} ligne de soins.

Si les patients formateurs ne sont probablement pas les mieux placés pour former à des aspects purement théoriques de PSP, leur approche centrée sur leurs savoirs expérientiels apporte dans la formation initiale et continue une perspective liée au vécu de la maladie qui ne peut pas être négligée

dans le cadre du contexte de la relation patient-soignant. Donner davantage de place au vécu des patients dans la formation peut constituer un levier pour favoriser la compréhension par les professionnels de 1^{ère} ligne de soins des réalités de vie avec la maladie et l'adoption d'un langage le plus adapté possible aux personnes soignées. Si les enseignants peuvent apporter aux étudiants des apports plutôt théoriques, les patients formateurs, quant à eux-elles, peuvent ainsi contribuer par leurs savoirs expérientiels à favoriser non seulement l'ancrage de ces repères théoriques, grâce à la mise en avant de cas pratiques, mais aussi à stimuler une démarche réflexive chez les étudiants. Ainsi, introduire davantage la perspective des patients dans les dispositifs de formation, en collaboration avec des enseignants, favoriserait une compréhension plus concrète par les étudiants de certains enjeux tels que *l'empowerment*, l'observance/la non-observance, l'adhésion thérapeutique et les droits des patients.

Des participants ont également fait remarquer que le libellé « promotion de la santé » vient d'emblée induire une représentation axée sur des normes de santé et des stratégies de changements de comportement. Or, ces représentations ne seraient pas en phase avec les approches de terrain et les fondamentaux sur lesquels elles reposent. Il s'agirait d'un premier frein à déconstruire en formation, bien souvent difficile à dépasser selon les participants.

Les facteurs liés aux aspects culturels (valeurs, histoire, identité, etc.) et réglementaires (normes, lois, etc.) des métiers de la 1^{ère} ligne de soins

La représentation que le professionnel se fait de son rôle et que la société lui renvoie participe au développement de sa capacité à adopter de manière plus ou moins satisfaisante une pratique professionnelle de PSP. L'**identité professionnelle**, définie notamment par les codes et normes qui régissent les métiers, semble à ce titre jouer un rôle considérable dans l'ancrage de la PSP. Le système culturel et réglementaire qui entoure les métiers de la 1^{ère} ligne de soins est susceptible d'agir favorablement ou défavorablement à l'ancrage de la PSP dans la formation et les pratiques. A contrario, il a également été relevé que l'intégration des approches de PSP dans les pratiques des professionnels pouvait inviter à un glissement des codes et des normes qui définissent l'identité professionnelle initiale, vers des identités multiples. Ce glissement est pour certains participants nécessaires à ce que les professionnels se sentent légitimes à pratiquer dans une perspective de promotion de la santé. Les dispositifs de formation interdisciplinaires et transdisciplinaires sont cités, à ce titre, pertinents pour faciliter l'intégration de la PSP et renforcer la cohérence des identités professionnelles.

Les référentiels métiers et textes d'orientation de la profession peuvent constituer un levier de développement de l'ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins. Certains acteurs et actrices se saisissent en effet de ces « cadres » au service du déploiement de la PSP dans les curriculums. À titre d'exemple, l'arrêté royal de 2009⁸ définit une série d'instructions et de missions du pharmacien, dont certaines sont associées à des dimensions de PSP. Néanmoins, d'après les personnes interrogées, ces textes de référence renvoient peu à des aspects de PSP, ou alors de manière non-explicite, et contiendraient souvent des incohérences, voire des

⁸ Accessible via ce lien :

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2009012132&table_name=loi

contradictions, qui jouent alors en défaveur d'une réorientation des pratiques dans le sens de la promotion de la santé.

Les facteurs liés à l'organisation de la formation initiale et continue

Le caractère optionnel des cours relatifs à la PSP, observé dans certaines filières, ainsi que le manque de lisibilité des aspects de PSP dans les programmes analysés (Fiorente *et al.* Février 2023 ; Août 2023) nous ont amenés à questionner sur la place accordée à la PSP dans les programmes analysés. Dans certains entretiens, nous constatons l'idée selon laquelle la pratique de PSP serait du ressort de personnes expertes en PSP, formées à la PSP et à ses enjeux lors d'études spécialisées en Santé Publique. Inclure dans les programmes la perspective d'autres acteurs et actrices qui ont l'expérience de terrain en PSP et qui agissent dans une perspective de PSP s'avèrerait certes être une pratique facilitant l'ancrage de la PSP dans la formation, mais de manière non intégrée et peu pérenne.

La réflexion sur la place accordée à la PSP va de pair avec celle sur les missions que chaque filière se donne en matière d'enseignement de la PSP. Nous avons remarqué que les programmes de formation sont construits essentiellement en silo, ce qui pourrait induire un manque d'agilité dans leur construction et ainsi rendre complexe l'ancrage de matières transversales, telles que la PSP. Construire une identité de promotion de la santé et prévention commune aux métier(s) dans le respect des pratiques spécifiques à chaque discipline s'avère être une perspective mise en avant à plusieurs reprises par les personnes interrogées tout au long de la recherche. Ce constat ouvre la réflexion selon laquelle l'enseignement de la PSP devrait dépasser l'échelle des filières pour être pensé en inter-filières au vu du caractère interdisciplinaire appelé par l'exercice de la PSP. La promotion de la santé étant au carrefour de différentes disciplines, son enseignement devrait, selon l'avis des participants, favoriser l'articulation de compétences propres à chaque discipline tout en facilitant l'interconnaissance des métiers dans l'enseignement, pour assurer la continuité entre les métiers de 1^{ère} ligne de soins.

Comme évoqué plus haut, intégrer davantage les patients dans les programmes de formation à la PSP (comme à d'autres programmes) contribuerait à enrichir les dispositifs de formation et pourrait, selon les patients formateurs, faciliter la compréhension de l'importance de travailler en réseau et de la prise en charge pluri/multidisciplinaire. Comme tout partenariat, la collaboration entre des enseignants et des patients dans le cadre de dispositifs de formation de professionnels de la santé ne devrait pas s'improviser, mais se préparer en amont pour que chacune trouve sa place dans la poursuite des acquis d'apprentissage du programme. Ce type de partenariat demande donc un investissement important de la part des enseignants comme des patients qui, à l'heure actuelle, est peu reconnu et difficilement valorisable.

Clarifier les missions que certains programmes de différentes filières se donnent en matière de PSP implique aussi une réflexion sur les ressources humaines à disposition. Afin d'améliorer les conditions de formation initiale et continue en PSP, les résultats obtenus lors des entretiens appellent à augmenter le nombre de ressources humaines dédiées et les moyens administratifs nécessaires pour favoriser l'ancrage de la PSP et son actualisation en fonction des innovations et évolutions du système de santé (ex. [Plan Social Santé intégré](#) à Bruxelles, le [décret première ligne en Wallonie](#)) dans les programmes de formation. Les personnes interrogées tiraient le constat que les programmes souffrent souvent d'un manque de compétences en PSP de la part des formateurs. De plus, le manque de temps ainsi que les grandes cohortes d'étudiants sont pointés comme des facteurs qui ne facilitent pas l'ancrage de la PSP dans les programmes.

Finalement, si les différents cours repérés comme contributifs de la PSP dans les programmes analysés offrent une assise intéressante sur laquelle s'appuyer pour renforcer l'ancrage de la PSP, le manque de pilotage des aspects de PSP dans les structures de formation représente à l'heure actuelle un frein majeur à une approche cohérente de ces enseignements.

Les facteurs liés aux politiques de formation continue en PSP

Le décret du 07-11-2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, communément appelé "décret paysage"⁹, légifère également en matière de formation continue formelle en Communauté française. Les participants qui ont fait référence à ce décret, insistaient pour rappeler que les Etablissements d'Etudes Supérieures (EES) ne sont nullement obligés d'organiser des formations continues formelles selon ce même décret, mais que le choix de se donner cette mission leur appartient. Ces personnes observent que les EES tendent à endosser cette mission et à se professionnaliser dans ce domaine spécifique. Pourtant, le cadre de déploiement de cette mission n'est pas particulièrement incitatif.

En ce qui concerne les universités par exemple, l'offre de formation continue dépendrait en grande partie des opportunités et priorités des académiques, seuls habilités à porter la responsabilité d'une offre de formation continue. Dans ce contexte, la construction et la mise en œuvre de formations continues s'ajoutent à la charge de travail de personnes déjà très occupées par des charges d'enseignement, de recherche et de service. Par ailleurs, dans la mesure où un dispositif spécifique de formation continue dépend de l'engagement personnel d'un académique, la pérennité de cette offre n'est jamais garantie, l'offre étant susceptible d'être retirée du catalogue de formation continue si elle n'est pas reprise par un collègue au moment du départ (à la pension) du responsable académique initial.

De manière générale, les moyens d'implémentation sont très limités même s'il existe une aide financière pour impulser des nouvelles formations continues. Ces formations continues formelles doivent donc s'autofinancer par les frais d'inscription des participants, ce qui aurait pour conséquence de se répercuter sur l'accessibilité financière de ces formations.

En revanche, une des personnes interrogées soulignait la motivation des EES à investir cette mission de formation continue, par exemple en mettant en place un service interne visant à soutenir la construction et le déploiement d'une offre de formations continues. Plusieurs participants font également remarquer que, bien souvent, les formations continues formelles découlent d'un travail collaboratif entre plusieurs personnes, internes et externes à l'EES, dont des organismes ou professionnels de terrain.

De manière non spécifique à la PSP, le cadre de déploiement des formations continues formelles serait donc peu stimulant et ne permettrait pas de pérenniser l'offre de formation continue, même s'il semble y avoir une réelle motivation des EES à s'engager dans des missions de "formation tout au long de la vie".

Le cadre de déploiement de la formation continue non formelle en PSP est quant à lui relativement flou. La majorité de l'offre est organisée par des organisations financées par les plans régionaux de

⁹ Accessible via ce lien : https://www.galilex.cfwb.be/document/pdf/39681_072.pdf

promotion de la santé, sans pour autant entrer formellement dans un cadre de formation continue. L'offre dépendrait donc des moyens à disposition de ces organisations pour construire et mettre en œuvre une offre. Tout comme pour la formation continue formelle, il y a un manque de moyens financiers dédiés à l'impulsion de nouveaux dispositifs de formation continue non formelle.

De manière générale, les participants relevaient également des facteurs qui freinent l'**accès** à ces formations. Notons le frein financier ; certaines formations auto-financées représentant un coût non négligeable qui n'est pas toujours pris en charge par l'employeur.

Les facteurs liés au contexte institutionnel des services de la 1^{ère} ligne de soins

Relevé particulièrement par les acteurs et actrices de la formation continue non formelle, le rôle joué par le **contexte institutionnel** dans lequel travaillent les professionnels s'avérerait être un facteur particulièrement important de l'intégration des approches de PSP dans les pratiques. Il serait en effet fréquent d'entendre des professionnels prenant part à des formations continues en PSP reconnaître devoir faire face à des difficultés d'ordre institutionnel à la mobilisation des savoirs appris ou acquis lors des formations. Les compétences acquises en formation interagiraient avec les pratiques, les dimensions culturelles et les identités professionnelles qui définissent le milieu institutionnel. Ceci met en évidence l'utilité de proposer des dispositifs spécifiques et d'accompagner les équipes et les institutions en vue d'une appropriation plus collective de la PSP.

Les facteurs liés au système de soins de santé

Le peu de visibilité des concepts de promotion de la santé et de prévention marquerait le système de soins de santé à plusieurs niveaux : dans les missions poursuivies, dans les valeurs défendues, dans les services proposés, etc. Les personnes interrogées relèvent ainsi le manque d'intégration du socle théorique de la PSP pour penser le système de soins de santé. Au-delà de ce socle théorique, le manque de reconnaissance de certains actes (tels que l'éducation thérapeutique du patient) et stratégies (tels que la démarche communautaire) par l'assurance maladie-invalidité représenterait un autre défi pour le système de soins de santé. Un déséquilibre d'investissements et d'engagements entre les services visant à contrôler les maladies et les services visant à promouvoir la santé jouerait en défaveur de l'ancrage de la PSP dans le système de santé. Cette situation participerait à "laisser planer" un doute quant à la nécessité et la pertinence des approches de PSP.

Plusieurs personnes mentionnaient néanmoins des courants et des évolutions récents, tels que les soins intégrés, les soins centrés sur la personne (*person-centered care*) ou les soins centrés sur les objectifs de vie (*goal oriented care*), qui leur semblent engageants à cette fin. La réforme en faveur des soins intégrés en particulier prône de nouvelles configurations des structures de santé (alternatives au financement à l'acte, approche interdisciplinaire via le regroupement des professions). Il s'agit de changements profonds affectant l'art de soigner qui seraient favorables au déploiement de la PSP dans le domaine des soins et qui devraient entraîner des répercussions sur les programmes de formation des futurs acteurs de la 1^{ère} ligne à travers l'alignement des contenus de formation aux besoins sociétaux émergents.

Les facteurs liés aux politiques de santé

Les participants ont pointé du doigt le morcellement des politiques de santé comme freinant l'intégration de la PSP dans les pratiques de 1^{ère} ligne. Le découpage des compétences de santé entre les différents niveaux de pouvoir ne s'accompagnant pas d'une vision intégrée aurait pour

conséquence que la PSP – qui est une compétence transférée aux Régions à la suite de la VI^e Réforme de l'État – soit considérée en dehors des politiques de santé. Cette situation créerait des incohérences, voire des tensions, entre les politiques régionales et fédérales par exemple, ainsi qu'un manque de *leadership*, nécessaire, selon plusieurs, à la réorientation des services de santé et des pratiques de 1^{ère} ligne de soins dans le sens d'une approche de promotion de la santé. En outre, quelques-uns ont également fait remarquer le rôle de *leadership* que doivent pouvoir jouer les membres des cabinets et administrations ayant les matières de PSP parmi leurs missions. Rôle qui nécessiterait également d'être en mesure de former ces représentants politiques aux approches de PSP.

L'identification des facteurs contextuels et structurels démontre clairement que la question du renforcement de l'ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue dépasse largement la simple ingénierie pédagogique. Aussi, les recommandations qui suivent dans la prochaine partie devront tenter de répondre à différents enjeux identifiés en s'adressant à un public de parties prenantes diversifié.

Chapitre 3 - Recommandations

Synthèse des résultats de la recherche REFORM P²

Objectif final de notre recherche, les recommandations que nous présentons dans cette partie découlent d'un processus collaboratif dont l'objet d'étude - complexe - a été étudié sous de multiples facettes.

Au démarrage de la recherche, nous faisons deux postulats. Le premier était que les compétences en matière de PSP sont insuffisamment développées dans le parcours de formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins. Pourtant, du fait de leur proximité avec les patients et les citoyens, ces professionnels sont amenés, dans le cadre de leur fonction, à développer une posture et des stratégies de PSP. Le deuxième postulat était qu'une des raisons à ce manque d'ancrage de la PSP dans le parcours de formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins était dû à l'absence d'une vision partagée des compétences de PSP.

Avec REFORM P², l'équipe de recherche et ses partenaires ont poursuivi l'ambition d'examiner les pratiques actuelles de formation initiale et continue de ces compétences auprès des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins dans le but d'orienter les stratégies à adopter pour un meilleur ancrage de la PSP dans leur formation, ce dans une perspective de formation tout au long de la vie.

À travers **la première étude**, nous nous sommes intéressés aux pratiques des acteurs et actrices de la formation continue formelle et non formelle, par le biais d'entretiens individuels ou collectifs. L'expertise que les acteurs et actrices de la formation continue spécialisée en PSP ont développée au fil de leurs pratiques constituait dans le cadre de notre recherche un point de départ pertinent dès lors que sont ces personnes qui forment « en dernier », au plus proche des réalités professionnelles. Toujours dans le cadre de cette première étude, nous avons également examiné l'offre de formation continue formelle et non formelle en matière de PSP accessible sur le territoire de la FWB. L'objectif de cette première étude était de poser les premiers repères pour des compétences de PSP, au plus proche des besoins de formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins.

Les résultats de cette première étude (synthétisés dans l'encadré ci-dessous) ont été partagés dans un [rapport intermédiaire 1](#) (Fiorente, *et al.* Novembre 2022) et ont également produit un [inventaire des structures de formation continue en promotion de la santé et en prévention actives en FWB](#) (Fiorente *et al.* Septembre 2023).

Synthèses des principaux résultats de l'étude sur la formation continue spécialisée en PSP

- L'importance de prendre le temps de comprendre les besoins de formation pour ancrer les dispositifs dans les réalités de terrain et institutionnelles.
- Les pratiques de formation continue se rejoignent autour d'un socle théorique commun en matière de PSP, et mobilisent le plus souvent des démarches pédagogiques ayant pour finalité de dépasser une compréhension théorique des éléments de ce socle par l'expérimentation, le partage d'expérience ou de l'analyse de ses pratiques professionnelles.
- Ce socle théorique souffrirait néanmoins d'une vision plurielle de l'articulation des concepts de promotion de la santé et de prévention, en raison notamment de la multiplicité des conceptions véhiculées. La clarification conceptuelle de ces deux champs est identifiée comme une nécessité pour développer la formation et l'enseignement de la PSP.
- Les acteurs et actrices de la formation continue spécialisée en PSP sont nombreux à relever l'écart existant entre les représentations des professionnels de la santé et des prérequis importants en matière de PSP. Cet écart freinerait notamment la continuité dans les apprentissages entre la formation initiale et la formation continue en raison d'un travail de déconstruction à faire au préalable.
- La diversité des profils des participants aux formations continues en PSP invite à considérer la multidisciplinarité de ces espaces de formation, qui participent au décroisement des pratiques et à une compréhension plus transversale des pratiques.
- Les approches pédagogiques en formation continue reposent sur l'expérience des participants, et ce particulièrement en formation continue non formelle où les approches des formateurs et formatrices vont s'articuler aux besoins des participants et mettent l'accent sur la création d'une relation entre le (ou les) formateur(s) et l'apprenant.
- Les pratiques des acteurs et actrices de la formation continue s'imprègnent également des dynamiques institutionnelles et cherchent à ce que les apprentissages des participants soient questionnés au regard de ces dynamiques.
- Les pratiques des acteurs et actrices de la formation continue non formelle se caractérisent par une attention particulière aux processus à l'œuvre plutôt que par une attention aux acquis de la formation. En formation continue formelle, les acquis d'apprentissage semblent au contraire cadrer les dispositifs pédagogiques.
- Les formations continues en PSP semblent inviter à un glissement, voire une rupture, de l'identité professionnelle. En positionnant la pratique du professionnel dans un espace de formation multidisciplinaire où les connaissances antérieures sont déconstruites pour être reconstruites collectivement sous le prisme de la promotion de la santé, la formation a pour effet de modifier les repères théoriques et pratiques qui définissaient autrefois son identité professionnelle. Actuellement, ce glissement pourrait être une condition nécessaire à ce que le participant se sente légitime à pratiquer son métier dans une perspective de promotion de la santé. Cette observation suggère l'existence d'un écart entre l'identité professionnelle que la formation initiale construit et les identités professionnelles nécessaires à la pratique de son métier dans une logique de promotion de la santé.

Dans une **deuxième étude**, nous nous sommes intéressés aux pratiques d’enseignement de la PSP dans des filières de professions de la 1^{ère} ligne de soins. Cette étude en entonnoir s’est déroulée en deux temps. Dans une **première analyse**, nous nous sommes plongés dans les intitulés de cours de 73 programmes de formation à 7 métiers différents¹⁰. Ces programmes sont proposés par 42 structures d’enseignement différentes (universités, hautes écoles, instituts) de la FWB. Les intitulés de cours ont été analysés au regard de mots-clés spécifiques aux matières de PSP afin de documenter la visibilité des enseignements de PSP. Dans une **deuxième analyse**, nous nous sommes concentrés sur l’étude approfondie des fiches pédagogiques de l’ensemble des cours de cinq programmes de formation à cinq métiers différents de 1^{ère} ligne de soins. Chacun de ces programmes est proposé par un établissement (université, haute école) de la FWB. L’étude approfondie des fiches pédagogiques a levé davantage le voile sur la place donnée actuellement à la PSP – souvent implicitement – dans les programmes de formation analysés ainsi que sur la progressivité de l’enseignement de la PSP. Les résultats de cette deuxième étude ont été partagés dans deux rapports : un [rapport intermédiaire 3](#) (Fiorente *et al.* Février 2023) portant sur les résultats de la première analyse et un [rapport intermédiaire 4](#) (Fiorente *et al.* Août 2023) portant sur les résultats de la deuxième analyse.

Mis ensemble, les résultats de ces deux analyses permettent de souligner plusieurs constats relatifs à l’enseignement de la PSP auprès des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins - synthétisés ci-dessous – et de venir compléter nos repères pour des compétences de PSP adaptées aux métiers de la 1^{ère} ligne de soins.

Synthèses des principaux constats de l’étude sur la **formation initiale en PSP**

- L’analyse des référentiels de compétences des programmes analysés dénote une faible présence de la PSP, si ce n’est en ce qui concerne le programme d’infirmiers analysé.
- Jusqu’à 39 cours contributifs de la PSP ont été repérés au sein d’un même programme analysé (le minimum étant 4, dans un autre programme). Ces cours portent sur une diversité et hétérogénéité des publics et thèmes traités.
- La majorité de l’enseignement relatif de la PSP se situe dans des cours dont l’intitulé ne le laisse pas prévoir. Ce qui indique un manque de visibilité des aspects de PSP dans les programmes.
- La cohérence et la progressivité des enseignements contributifs de la PSP au sein d’une même filière ne semblent pas assurées.
- La plupart des acquis d’apprentissage contributifs de la PSP sont centrés sur un axe de renforcement des aptitudes individuelles visant le contrôle de la maladie, très peu sur d’autres stratégies promotion de la santé.
- Ces acquis d’apprentissage ne témoignent pas d’une ouverture aux compétences en lien avec des approches collectives, telles que la santé communautaire ou l’exercice du plaidoyer.
- Les méthodes d’enseignement et d’évaluation de ces cours sont assez variables, et une partie d’entre eux rencontrent les critères de dispositifs d’apprentissage dits à haut impact d’apprentissage (De Corte *et al.* 2004 ; Dochy & Segers, 2018 ; Miltenburg & Weerheijm, 2018 ; Sinakou *et al.* 2019).

¹⁰ Médecin généraliste, infirmiers de 1^{ère} ligne, pharmaciens d’officine et collaborateurs sociaux, psychologue, kinésithérapeute et diététicien.

- A la lecture des cahiers des charges, les missions de PSP que se donnent les programmes de formation analysés et les moyens qu'ils se donnent pour y parvenir sont peu visibles, manquent de clarté et de formalisation, voire semblent inexistantes.
- La démarche employée n'a pas permis de constater une concertation entre les programmes et les filières sur les démarches d'enseignement contributives à la PSP, ni une articulation avec d'autres filières ou d'autres services internes ou externes aux établissements d'enseignement supérieur pour renforcer les compétences en PSP.

À la suite de ces deux premières études, nous avons travaillé à l'intégration des repères pour des compétences de PSP sous la forme d'un **prototype de référentiel de compétences en PSP** pour les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins. Il a été construit à partir des pratiques de formation et d'enseignement de la PSP repérées dans le cadre des deux premières études, puis complété par l'équipe de recherche. Cette particularité est une force pour un prototype puisqu'il bénéficie d'emblée d'une certaine validité sociale (autrement dit, d'une acceptabilité et d'une viabilité). Cette approche *bottom-up* a également des limites, puisqu'il s'agit d'un prototype représentatif d'un contexte, celui de la FWB, qui ne prétend pas à l'exhaustivité à ce stade de son développement. Ce prototype de référentiel est présenté au [chapitre 2](#) de ce rapport.

Finalement, dans une **troisième** étude, qui s'est déroulée de manière transversale tout au long du projet, nous avons adopté une approche plus systémique dans le but de relever les contraintes et leviers contextuels et structurels qui participent à un meilleur ancrage de la PSP dans la formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins, et dès lors, orientent les stratégies à développer. Les résultats de cette troisième étude sont développés au [chapitre 3](#) de ce rapport.

Les observations, constats et réflexions émanant de ces trois études ont, par ailleurs, été discutés lors de deux moments de **délibération**¹¹ qui ont rassemblé les partenaires de la recherche.

Notre processus de recherche est donc résolument contextualisé ; dans les réalités et opportunités qu'offre le territoire de la FWB, et dans un dispositif de recherche collaborative caractérisé par une grande variété des profils des personnes impliquées : professeurs, acteurs de terrain, scientifiques, formateurs, professionnels de santé, étudiants et patients.

Au terme de ce processus de recherche collaborative, l'équipe de recherche et ses partenaires se sont entendus sur 6 priorités, accompagnées de 32 propositions de stratégies d'actions, pour développer la formation initiale et continue en matière de PSP auprès des professionnels de la 1^{ère} ligne. L'équipe de recherche a aussi cherché à formaliser une liste de parties prenantes à qui ces recommandations sont adressées.

Ces recommandations (priorités et propositions de stratégies) portent à la fois sur la formation initiale et la formation continue. Elles ont été élaborées en parallèle par le cercle de responsabilité en matière

¹¹ Le 21 novembre 2022 et le 19 juin 2023

de formation continue¹² et le cercle de gouvernance¹³, pour les recommandations portant sur la formation initiale.

L'ensemble des partenaires a eu la possibilité de prendre connaissance et de réagir aux recommandations proposées. La validation finale de ces dernières a été faite par le cercle de gouvernance et le cercle de responsabilité en matière de formation continue.

¹² Composé de l'asbl Cultures&Santé, la Fédération des Maisons Médicales, l'asbl Promo Santé & Médecine Générale, l'asbl Repères et l'UCLouvain/IRSS-RESO (facilitateur du cercle)

¹³ Composé de l'Université de Liège, de l'asbl Promo Santé & Médecine Générale et de l'UCLouvain/IRSS-RESO (coordinateur de la recherche)

Identification des parties prenantes du renforcement de l’ancrage de la PSP dans la formation initiale et continue en FWB

Plusieurs parties prenantes ont été repérées au cours de la recherche. Celles-ci ont des rôles et des champs d’action divers.

Tableau 4 Principales parties prenantes d’un renforcement de l’enseignement et de la formation de la PSP en FWB

Parties Prenantes identifiées
Les structures (asbl, universités, hautes écoles, ...) qui se reconnaissent comme actrices de la formation continue formelle et non formelle en PSP
Les personnes amenées à concevoir, développer, mettre en œuvre et évaluer des activités de formation continue formelle et non formelle en PSP
Les établissements d’enseignement supérieur (dans les domaines des sciences de la santé et du service à la personne)
Les enseignants des structures d’enseignement supérieur dans les domaines de la santé et du service à la personne
L’Académie de Recherche et d’Enseignement Supérieur (ARES)
Les institutions publiques du système des soins de santé (INAMI, SPF Santé Publique)
Les autorités publiques*

*En ce qui concerne les autorités publiques, la complexité du découpage belge des compétences politiques mérite que nous citions plus précisément les cabinets concernés à la date de remise de ce rapport :

- Le cabinet du Ministre Vandenbroucke (Fédéral), en charge de la santé publique et des professions de santé, et des organes d’avis des professions des soins de santé
- Le cabinet de la Ministre Glatigny (FWB), en charge de certifier les savoirs et les compétences à l’issue des cycles d’études ou par valorisation des acquis
- Le cabinet de la Ministre Linard (FWB), en charge de la politique de santé qui relève des missions confiées à l’ONE, des activités et services de médecine préventive destinés aux enfants.
- Les cabinets des Ministres Trachte et Maron (Bruxelles), en charge de la Recherche scientifique, Promotion de la Santé et de la Famille (Trachte) et de l’Action sociale et de la Santé (y incluant la prévention) (Maron).
- Le cabinet du Ministre Clerfayt (Bruxelles), en charge de l’emploi et de la formation professionnelle.
- Le cabinet de la Ministre Morreale (Wallonie), en charge de la politique sociale, de la santé (y incluant la promotion de la santé et la prévention), de la formation.

Six priorités et 32 propositions de stratégies d’actions

Nous relevons 6 priorités à poursuivre pour l’amélioration de la formation et de l’enseignement de la PSP auprès des professionnels de 1^{ère} ligne. Ces priorités s’accompagnent de 32 propositions de stratégies.

Priorité 1 : Poursuivre le développement d’un référentiel de compétences de PSP à destination des professionnels de 1^{ère} ligne de soins.

Priorité 2 : Structurer et visibiliser l’offre de cours de PSP dans les programmes de formation initiale pour les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins.

Priorité 3 : Déployer une offre plus dense et pérenne de formation continue et d’accompagnement professionnel à la PSP.

Priorité 4 : Garantir la qualité des dispositifs de formation à la PSP au regard des valeurs et fondamentaux de la promotion de la santé et des exigences des différents métiers, situations professionnelles.

Priorité 5 : Améliorer la visibilité et l’accessibilité de l’offre de formation initiale et continue en PSP pour les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins

Priorité 6 : Valoriser les stratégies de PSP dans l’exercice des métiers de 1^{ère} ligne de soins, et le développement professionnel.

Priorité 1 : Poursuivre le développement d'un référentiel de compétences de PSP à destination des professionnels de 1^{ère} ligne de soins.

La poursuite des efforts pour le développement des compétences de PSP auprès des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins est, sans surprise, fondamentale. Nous observons que les référentiels de PSP existants sont peu adaptés aux métiers de la 1^{ère} ligne de soins et difficilement opérationnalisables. Une priorité est dès lors de poursuivre le travail entamé dans REFORM P² en validant avec les parties prenantes (cf. ci-dessus) un référentiel de compétences et des repères pédagogiques visant à soutenir tout enseignant et formateur désireux d'intégrer dans son dispositif des objectifs d'apprentissage contributifs au développement de compétences de promotion de la santé (ou à adapter ses objectifs d'apprentissage).

Propositions de stratégies en lien avec la priorité 1

- 1.1. Poursuivre le développement du référentiel de compétences en PSP avec le soutien de personnes issues des sciences de l'éducation et des prestataires de la 1^{ère} ligne ayant une activité clinique, par exemple en partant de situations professionnelles auxquelles sont confrontées les différents corps de métier.
- 1.2. Organiser une démarche de validation du référentiel avec l'ensemble des parties prenantes.
- 1.3. Diffuser le référentiel validé et promouvoir son utilisation par les établissements d'enseignement supérieur (dans les domaines des sciences de la santé et du service à la personne) et les acteurs et actrices de la formation continue en PSP.
- 1.4. Prévoir et mener une évaluation du référentiel, de son appropriation et de sa mise en œuvre.
- 1.5. Poursuivre l'identification des freins et leviers auprès des politiques concernés et développer un plaidoyer

Priorité 2 : Structurer et visibiliser l’offre de cours de PSP dans les programmes de formation initiale pour les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins.

Notre recherche met en lumière non seulement la présence limitée de cours explicitement contributifs du développement de compétences de PSP, mais aussi le manque de visibilité de la PSP au sein des programmes. Il a également été démontré qu’il existait peu de cohérence et coordination pédagogique, par exemple, en termes de progressivité des apprentissages au sein d’un programme et entre filières. Nous pensons qu’une meilleure structuration et visibilité de l’enseignement de la PSP au sein des programmes et entre les filières permettrait une meilleure continuité et cohérence des apprentissages.

Propositions de stratégies en lien avec la priorité 2

- 2.1. Inscrire l’enseignement de la PSP, en lien avec les enjeux des soins de 1^{ère} ligne, dans les aspects de pilotage du programme (responsabilité sociale des Facultés et Hautes Écoles).
- 2.2. Développer une approche intégrée de la PSP dans les différentes filières de ou des Facultés de Santé au sein des universités et des pôles santé et action sociale des Hautes Ecoles.
- 2.3. Privilégier l’enseignement par et en interdisciplinarité, avec la participation d’acteurs de terrains, y compris des usagers des services de santé (citoyens et/ou patients).
- 2.4. Capitaliser les initiatives pédagogiques rencontrant des critères d’enseignement/apprentissage dits à haut impact en matière de PSP.
- 2.5. Développer des situations d’enseignement et d’évaluation authentiques et cohérentes, en adéquation avec les soins de 1^{ère} ligne du futur.

Priorité 3 : Déployer une offre plus dense et pérenne de formation continue et d'accompagnement professionnel à la PSP.

Nous avons démontré l'intérêt de concevoir un référentiel pour l'enseignement de la PSP comme un socle de compétences essentielles pouvant se spécialiser et se décliner selon différents thèmes de santé, contextes professionnels, milieux de vie et publics. L'offre de formation continue en PSP est dès lors primordiale pour assurer cette spécialisation et l'accompagnement professionnel nécessaire. Nous avons montré que l'offre de formation continue gagnerait à se développer, mais aussi à se structurer, par exemple pour *monitorer* les besoins de formation ou la couverture géographique de l'offre de formation. Nos résultats témoignent par ailleurs de la précarité actuelle du financement de ces formations continues qui ne suscite pas la conception de nouveaux dispositifs et ne garantit pas la pérennisation des dispositifs de formation.

Propositions de stratégies en lien avec la priorité 3

- 3.1. Renforcer la coordination de l'offre de formation formelle continue et d'accompagnement professionnel existant. Ceci permettrait de mettre à jour l'inventaire réalisé dans le cadre du projet REFORM P² et d'en identifier les zones territoriales non couvertes par une offre de formation en PSP et les compétences et thèmes sur lesquels il manquerait de dispositif de formation.
- 3.2. Renforcer l'offre de dispositifs d'accompagnement professionnel, par exemple par des communautés de pratique, au regard de zones territoriales de première ligne (à l'échelle d'un quartier, d'une municipalité, d'un bassin de soins, etc.)
- 3.3. Développer des incitants à la conception de nouveaux dispositifs de formation continue, en mettant l'accent sur les collaborations entre experts en PSP, professionnels de 1^{ière} ligne de soins, experts du vécu et citoyens, en particulier les personnes en situation de précarité.
- 3.4. Renforcer l'offre de formations flexibles et adaptées aux contraintes organisationnelles des apprenants adultes en matière de PSP (ex. e-learning, modalités d'enseignements hybrides, horaires décalés, etc.).
- 3.5. Repenser la pérennisation des dispositifs de formation continue formelle afin que ceux-ci s'inscrivent dans des missions institutionnelles.

Priorité 4 : Garantir la qualité et la continuité des dispositifs de formation à la PSP au regard des valeurs et fondamentaux de la promotion de la santé et des exigences des différents métiers, situations professionnelles.

Notre recherche a mis en évidence l'existence de débats conceptuels autour de la PSP. Dépassant les enjeux de définition, ces débats sont empreints d'identités professionnelles, parfois conflictuelles. Par ailleurs, notre recherche a aussi montré l'existence de pratiques non valorisées et non formalisées de la formation à la PSP, en formation initiale et continue. Une priorité est de miser sur la capitalisation et la valorisation des pratiques au regard de cadres de référence éprouvés, en PSP et en ingénierie de formation.

Propositions de stratégies en lien avec la priorité 4

- 4.1. Formaliser et consolider un espace de concertation en matière de formation en PSP, y travailler des questions transversales telles que les freins institutionnels, l'identité professionnelle, etc.
- 4.2. Créer des opportunités de collaboration entre les acteurs et actrices de la formation initiale, les milieux socioprofessionnels et les centres de ressources/d'expertise en PSP.
- 4.3. Renforcer les compétences des acteurs et actrices de la formation continue et initiale en matière de conception, développement, mise en oeuvre et évaluation de dispositifs de formation. Par exemple en valorisant et encourageant la formation des formateurs et formatrices à des approches pédagogiques adaptées à des participants adultes et selon les critères d'apprentissage à haut impact.
- 4.2. Mieux articuler la formation initiale et la formation continue, par des incitants à la création de ponts ou de dispositifs conjoints, dans une perspective de décroisement et de continuité.
- 4.3. Renforcer les compétences des acteurs et actrices de la formation initiale en PSP et sensibiliser l'ensemble des parties prenantes des filières d'étude à l'intérêt de la formation en PSP pour les futurs acteurs et actrices de la 1^{ère} ligne.
- 4.4. Financer et mener l'évaluation de dispositifs de formation à des fins de généralisation/transférabilité .

Priorité 5 : Améliorer la visibilité et l’accessibilité de l’offre de formation initiale et continue en PSP pour les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins

Nos résultats suggèrent également qu’il est essentiel d’améliorer la visibilité, l’accessibilité et la pertinence des offres de formation en PSP pour les professionnels pratiquant dans des contextes de soins. Actuellement, les cours contributifs de la PSP dans les filières de 1^{ère} ligne de soins sont peu visibles en ces termes, et les formations continues en PSP semblent peu visibles et accessibles à de nombreuses catégories de professionnels de soins.

Propositions de stratégies en lien avec la priorité 5

- 5.1. Communiquer clairement la mission que se donnent les structures d’enseignement et de formation initiale en PSP
- 5.2. Penser les dispositifs de formation continue comme des espaces propices pour déployer une vision de la PSP intégrée aux missions des professionnels de la 1^{ère} de soins.
- 5.3. Créer des collaborations entre les structures de formation continue en PSP et des structures de formation continue hors domaine de la PSP afin de concevoir des formations continues conjointes.
- 5.4. Développer des incitants (organisationnels et financiers) à la participation des professionnels de 1^{ère} ligne de soins à la formation continue formelle et non formelle en PSP, par exemple en inscrivant les formations à la PSP comme des formations prioritaires à suivre dans le cadre de la « [Loi Qualité](#) ».
- 5.5. Développer et saisir toute opportunité de rendre visible l’offre de formation continue en PSP dans les champs de la 1^{ère} ligne de soins

Priorité 6 : Valoriser les stratégies de PSP dans l'exercice des métiers de 1^{ère} ligne de soins, et le développement professionnel.

Le développement des stratégies de PSP, transversales aux métiers de la 1^{ère} ligne de soins, ne font pas encore l'objet d'un engagement de la part de toutes les parties prenantes citées au point précédent. La PSP souffre de représentations qui la cantonnent à certaines catégories de professionnels ou de contextes, bien souvent caractérisés par la précarité. Sans nier l'importance d'investir ces contextes, il y a lieu de documenter l'efficacité de ces stratégies et d'en valoriser la pertinence pour les pratiques de tous professionnels de soins.

Propositions de stratégies en lien avec la priorité 6

- 6.1. Accroître la compréhension des liens entre les enjeux de PSP et de la 1^{ère} ligne de soins.
- 6.2. Développer des opportunités d'interconnaissance entre les réseaux d'acteurs et actrices de PSP et de la 1^{ère} ligne de soins en matière de formation.
- 6.3. Promouvoir la participation des acteurs de la formation continue en PSP dans les cursus des métiers de la 1^{ère} ligne de soins.
- 6.4. Obtenir l'engagement des établissements d'enseignement supérieur (dans les domaines des sciences de la santé, du service à la personne et de l'action sociale) à analyser leurs programmes de formation au regard de la PSP. A cette fin, la poursuite du développement du prototype de référentiel de compétences développé dans le cadre de REFORM P² pourra s'avérer utile.
- 6.5. Développer la sensibilité aux enjeux de se former tout au long de la vie.
- 6.6. Documenter les « bonnes pratiques » en FWB et ailleurs (veille de la littérature, communautés de pratiques, etc.).

Conclusion générale

A travers la recherche REFORM P², les partenaires (des universités, des hautes écoles et des associations) se sont questionnés sur l’ancrage de la promotion de la santé et de la prévention (PSP) dans la formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles (FWB). Nous définissons ces derniers comme tout professionnel prodiguant des soins globaux dans une approche centrée sur la personne et intégrée au sein de la communauté. Ils sont les premiers contacts des individus et jouent dès lors une fonction de coordination et de continuité des soins. (Alvarez Irusta, *et al.* 2020) Dès la conception de la recherche, nous avons choisi de concevoir la formation de ces professionnels dans un continuum de développement professionnel. Autrement dit, notre démarche de recherche s’intéresse autant à la formation initiale qu’à la formation continue de ces professionnels, telles qu’elles sont actuellement proposées en FWB, notre terrain de recherche, dans une perspective de formation tout au long de la vie.

La recherche s’est articulée autour de trois études et a produit cinq rapports intermédiaires (cf. [Les étapes et rapports de la recherche REFORM P²](#)).

Dans la **première étude** (Fiorente, *et al.* Novembre 2022), nous avons exploré les pratiques des acteurs et actrices de la formation continue spécialisée en PSP. Les acteurs et actrices de formation interrogées ont relevé toute la difficulté que représente la formation aux logiques de PSP quand les professionnels n’y ont pas été préparés lors de leur formation initiale ou à travers leurs expériences personnelles. Ceci s’expliquerait notamment par le fait que les logiques de promotion de la santé invitent les professionnels à un glissement d’identité professionnelle, voire une rupture. Les personnes interrogées pointent la difficulté partagée par les participants d’appliquer les apprentissages dans leurs pratiques en raison de freins institutionnels. Cette étude nous a notamment permis de constater le cloisonnement actuel entre la formation initiale et continue en ce qui concerne le développement de compétences de PSP.

Dans la **deuxième étude** (Fiorente, *et al.* Février 2023 ; Août 2023), nous avons comptabilisé et documenté les cours jugés comme contributifs à la formation de la PSP dans différents programmes de formation à des métiers de la 1^{ère} ligne de soins. Nous avons relevé de grandes disparités entre les programmes considérés, ainsi qu’un manque de visibilité des aspects de PSP dans les intitulés et descriptifs de cours. Une grande majorité des cours que nous avons repérés se centrent par ailleurs sur des aspects individuels et comportementaux. Finalement, la plupart des programmes analysés semblent ne pas avoir fait l’objet d’une réflexion sur la question de l’acquisition de compétences de PSP, ni sur la progressivité et les méthodes à développer pour ces apprentissages.

Dans une **troisième étude** (cf. [chapitre 2](#)), nous nous sommes justement intéressés aux facteurs contextuels et structurels qui participent à un meilleur ancrage de la PSP dans la formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins en FWB. Il en ressort que cet objectif d’intégration ne sera atteint qu’en menant parallèlement des stratégies visant des changements au niveau du système de soins de santé, des contextes institutionnels des services, des politiques de PSP et de formation continue et initiale et des aspects culturels et réglementaires. Cet intérêt pour les facteurs contextuels et structurels suggère que la réorientation du système de santé dans une perspective qui joint la promotion de la santé, la prévention et le niveau curatif se fera à l’aide d’une mobilisation collective des *leaders* politiques, institutionnels, et sociétaux de ces champs.

Les rapports de recherche, produits tout au long de REFORM P², ont été complétés par un **prototype de référentiel de compétences essentielles en PSP pour les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins** (cf. [Chapitre 1 de ce rapport final](#)). Du fait de sa démarche d'élaboration dite *bottom-up*, ce prototype a pour avantage d'être ancré dans les pratiques de formation initiale et continue de la PSP actuellement mise en œuvre en FWB. Il tente de présenter la PSP comme des dimensions intégrantes aux compétences de soins, ainsi que complémentaires à celles-ci. Ce prototype de référentiel, qui se veut appropriable tant en formation initiale qu'en formation continue, devra néanmoins encore faire l'objet d'une procédure de validation et de mise à l'épreuve.

Enfin, nous avons conclu notre démarche de recherche et nos réflexions par des **recommandations** (cf. [chapitre 3 de ce rapport final](#)) qui s'illustrent sous la forme de 6 priorités et 32 propositions de stratégies d'action pour un meilleur ancrage de la PSP dans la formation des professionnels de la 1^{ère} ligne de soins.

Au-delà de ses résultats, l'approche collaborative de REFORM P² a permis de mettre autour de la table le secteur francophone de la PSP et la Chaire interdisciplinaire de la 1^{ère} ligne ([Be.Hive](#)). Cette collaboration, née avec cette opportunité de recherche, a été l'occasion d'une part d'investir les réflexions concernant le développement de la 1^{ère} ligne de soins francophone dans un cadre de PSP, et inversement, d'investir les champs de la PSP des enjeux de 1^{ère} ligne de soins. La traduction mutuelle des deux champs aura enrichi, à la fois la recherche, mais aussi les partenaires. Faisant écho à Alami Hassane et ses collègues qui concluent un article intitulé « *La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation* » (Alami et al., 2017) par ces mots :

« Il faut surtout trouver un langage compréhensible par tous et développer une vision commune où la prévention de la maladie et la promotion de la santé puissent remplir leur mission au sein d'un système de santé capable aussi d'offrir les meilleurs soins curatifs possibles pour la population. Cette complémentarité des actions permettrait de progresser vers la qualité et l'équité en santé, car ni l'une ni l'autre de ces deux visions ne peut prétendre, à elle seule, résoudre l'ensemble des problèmes de santé. » (Alami et al. 2017)

Le caractère collaboratif de la recherche a indéniablement soulevé la nature complexe de notre objet d'étude. La multiplicité des points de vue rencontrés en est le témoin. Nous pouvons regretter de ne pas avoir été en mesure d'aller jusqu'à approfondir tous ces points de vue, tels que la dimension pédagogique du prototype de référentiel de compétences, dont la fonction d'être à la fois transversal aux métiers de la 1^{ère} ligne et applicable en formation initiale et continue, représente un défi qui aurait mérité davantage d'investigation. Ainsi, cette complexité gagnerait à être l'objet d'une attention particulière dans le futur.

Les moyens limités¹⁴ destinés à la recherche auraient pu avoir raison de nos ambitions. Néanmoins, l'engagement de certains partenaires a été une condition déterminante à l'atteinte de nos objectifs. Cela vient dire quelque chose de l'importance et de l'intérêt de cette question de la réorientation des services et des pratiques de 1^{ère} ligne dans des logiques davantage tournées vers la promotion de la santé et la prévention.

¹⁴ Pour plus d'informations : <https://kbs-frb.be/fr/premiere-ligne-de-soins-promotion-de-la-sante-et-prevention-vers-une-articulation-des-approches>

Si on ne prétend pas à l'exhaustivité et à avoir fait le tour de la question, l'approche *bottom-up* et collaborative adoptée renforce néanmoins l'ancrage de nos résultats dans le contexte de la FWB, et plus particulièrement dans les dispositifs et pratiques de formation existants en FWB, augmentant par conséquent la validité sociale de nos stratégies. Toujours est-il que nos réflexions et nos recommandations sont ancrées dans le contexte de la FWB, alors que les compétences « santé » dépassent la Communauté Française. Il nous semble dès lors prioritaire de décloisonner les discussions politiques et territoriales relatives à ces enjeux d'articulation des approches curatives et de promotion de la santé. En ce sens, la poursuite de la collaboration entamée avec l'équipe du projet [PROPELLER](#) – projet également financé par le Fonds Van Mulders-Moonens et témoignant d'une attention à l'échelle nationale – sera un levier non négligeable.

Force est de constater que la mission est aussi politique. Dans une Belgique fragmentée où les compétences liées à l'organisation des soins de 1^{ère} ligne sont principalement situées à un niveau fédéral et les politiques de PSP à un niveau régional, l'ancrage de la PSP dans le système de santé ne fera pas l'économie d'un engagement des différents cabinets concernés. Le contexte de réformes actuelles est à ce titre particulièrement intéressant.

Les espaces de formation sont des dispositifs puissants pour permettre cette rencontre et particulièrement en formation continue qui ont l'intérêt de réunir des profils et expériences divers. Dans REFORM P², nous avons fait le pari de positionner les compétences de PSP comme des compétences transversales aux métiers du soin et inscrites dans un continuum de développement professionnel où la frontière entre la formation initiale et continue n'a pas de sens. Ce processus de recherche nous encourage d'autant plus à poursuivre ce pari, en questionnant à quoi ressemblerait une stratégie de formation tout au long de la vie aux logiques de PSP destinés à réorienter les pratiques des acteurs et actrices sociaux et de la santé et pas seulement à augmenter leur employabilité. Quel rôle y joueraient le fédéral, les régions, les communautés et les communes, voire les bassins d'aide et de soins ? Quelles stratégies de développement d'une offre de formations, construites avec des partenaires de terrain ? Quelle régulation prévoir ? Quels incitants mettre en place pour favoriser l'adhésion des professionnels et éviter le piège des incitants discriminants ?

Ces questions nous incitent d'autre part à la prudence d'une professionnalisation imposée par le haut au détriment d'une réorientation des métiers. Notre approche *bottom-up* permet ainsi d'axer nos résultats dans cette perspective qui nous semble essentielle.

Bien sûr, former les professionnels à la PSP n'est qu'une composante d'un système aux rouages bien huilés qui ne changera qu'au prix de changements pluriels.

Bibliographie

- Alami H., Gagnon M., Ghandour E. & Fortin J. (2017). La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation. *Santé Publique*, 29, 179-184.
<https://doi.org/10.3917/spub.172.0179>
- Alla F. (2016) La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? *Santé Publique* 2016/6 (Vol. 28), pp.717-720.
- Al-Natour A., AlNatour A., Ali R.A., Alzoubi F., H. Almomani M. & ALBashtawy M. (2021) Students' perceptions and experiences in a health promotion course using interactive learning. *Heliyon*. 2021 Jun 3;7(6):e07192. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07192>
- Alvarez Irusta L., Belche J-L., Biston C., Buret L., D'Ans P. *et. al.* (2020) Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. 116p. Accessible [ici](#).
- Antonovsky A. (1996) The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Aujoulat I. & Sandrin B. (2019) Et si on pensait l'éducation thérapeutique dans une perspective de promotion de la santé ? *Santé Education, Journal de l'AFDET*, Vol .29, pp.50-56.
- Buck J.A. & Endenburg G. (2004) « La sociocratie. Les forces créatives de l'auto-organisation ».
- Bruxelles Takes Care (2022) Plan social santé intégré. Bruxelles. Téléchargeable [ici](#).
- Cambon L., Alla F. & Chauvin F. (2018) Prévention et promotion de la santé. De quoi parle-t-on ? *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, n°103, juin 2018, pp 9-11.
- Champagne L., Malengreaux S., Doumont D., Rousseaux R. & Aujoulat I. (2022) Synthèse des connaissances : les inégalités sociales de santé au prisme de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Pp.35-90 In Peters F., Georgin E., Champagne L., Malengreaux S., Doumont D., Rousseaux R., *et al.* (2022) Impacts de la crise covid-19 sur la santé et ses déterminants. Analyse des constats de terrain et proposition de pistes d'actions pour agir en promotion de la santé en Région wallonne. 295p. Accessible [ici](#).
- De Corte E., Verschael L., Masui C. & Corte E. (2004) The CLIA-model: A framework for designing powerful learning environments for thinking and problem solving. *Eur. J. Psychol. Educ.* 2004, 19, 365–384. in Sinakou E., Donche V., Boeve-de Pauw J. & Van Petegem P., Ibidem.
- Dochy F. & Segers M. (2018) Creating Impact Through Future Learning. The High Impact Learning that Lasts (HILL) model. Routledge; 1er ed., 176 pages.
- Fiorente M., Aujoulat I., D'Ans P., Fonteyne G., Pétré B & Malengreaux S. (Novembre 2022) Projet REFORM P² - Rapport intermédiaire 1 : Étude des pratiques de formation continue en promotion de la santé et prévention pour les professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. [Accessible ici](#).
- Fiorente M., Aujoulat I., D'Ans P., Fonteyne G., Pétré B & Malengreaux S. (Décembre 2022) Projet REFORM P² - Rapport intermédiaire 2 : État d'avancement d'un travail collectif réalisé dans le but de renforcer l'ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans le parcours de formation des

professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. [Accessible ici](#).

Fiorente M., Aujoulat I., Dernier G., Fonteyne G., Malengreaux S., Tumukunde B. & Pétré B (Février 2023) Projet REFORM P² - Rapport intermédiaire 3 : Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en promotion de la santé et prévention aux futur·es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. [Accessible ici](#).

Fiorente M., Aujoulat I., Fonteyne G., Malengreaux S., Mertens L., Paridans M. & Pétré B (Août 2023) Projet REFORM P² - Rapport intermédiaire 4 : Description et appréciation de la place et de la progressivité des enseignements en promotion de la santé et prévention dans la formation initiale des futur·es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles : analyse détaillée de 5 cursus. Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. [Accessible ici](#).

Fiorente M., Aujoulat I., Fonteyne G., Pétré B. & Malengreaux S. (Septembre 2023) Projet REFORM P² - Rapport intermédiaire 5 : Inventaire des structures de formation continue en promotion de la santé et en prévention, actives en Fédération Wallonie Bruxelles (Mis à jour en juin 2023). Woluwé-St-Lambert. Rapport de recherche, non publié. [Accessible ici](#).

Frank J.R., Snell L., Sherbino J. & Boucher A. (2015) Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Accessible [ici](#).

Johnson M.L., Cardinal L., Couillard G., Houle M-F., Manton D., Ouellet S., Plante N. & Plourde M. (2014) La recherche collaborative. Apprentissages et guide. *L'alliance de Recherche. Les Savoirs de la gouvernance communautaire*. Ottawa. Accessible [ici](#).

Kickbusch I. (2003) The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*. 93, 383-388, <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.3.383>

L'apprentissage tout au long de la vie | Statbel. (2023, 29 mars). Statbel. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/lapprentissage-tout-au-long-de-la-vie#news>, consulté le 29-09-23

Martin C. & Brahim C. (2014) Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec. Québec : INSPQ. Accessible [ici](#)

Miltenburg I. & Weerheijm R. (2018) Powerful Learning Environments: A Guide to Designing Innovation Labs. Rotterdam University of Applied Sciences, The Netherlands. Journal European Honors Council. Paper apparu dans Journal European Honors Council le 8 mai 2018, p.2.

Morrisette J. (2013) Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1020820ar>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS Bureau régional de l'Europe et Santé et Bien-être social Canada (CPHA), 1986.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018) A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva. (WHO/HIS/SDS/2018.15).

Paquay, L., Altet, M., Charlier, É. & Perrenoud, P. (2012). Former des enseignants professionnels: Quelles stratégies ? Quelles compétences ? De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.paqua.2012.01>

Richard J-F. (2016) La rédaction d'objectifs d'apprentissage : principes, considérations et exemples. Commission de l'enseignement supérieur des Provinces maritimes. Canada. www.cespm.ca

Sinakou E., Donche V., Boeve-de Pauw J. & Van Petegem P. (2019) Designing Powerful Learning Environments in Education for Sustainable Development: A Conceptual Framework. Sustainability. 11(21):5994. <https://doi.org/10.3390/su11215994>

Solar O. & Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva; World Health Organization.

Speller V., Parish R., Davison H. & Zilnyk A. *et les partenaires du projet CompHP* (2012). Le Manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé (version abrégée), UIPES, Paris.

Van den Broucke S. (2018) Developing a core competencies framework for health promotion. The European Journal of Public Health. 28(suppl_4). DOI:10.1093/eurpub/cky212.616

Van den Broucke S. (2021) Strengthening health promotion practice: capacity development for a transdisciplinary field. Global Health Promotion. 28(4):36-45. doi:10.1177/17579759211061751

Whitehead M. & Dahlgren G. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Wuillaume K. & Hennebert A. (2022) Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ? Faculté de Santé Publique, Université catholique de Louvain

Liste des rapports intermédiaires, téléchargeable sur le site :

www.uclouvain.be/reso

Mémoire de santé publique (UCLouvain) réalisé par Guillaume, Katlyne et Hennebert, Alyssa, intitulé « Quelles stratégies développer pour un meilleur ancrage de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des professionnels de la première ligne de soins ? » – également [téléchargeable ici](#)

Rapport intermédiaire 1 : Étude des pratiques de formation continue en promotion de la santé et prévention pour les professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. *Novembre 2022* – également [téléchargeable ici](#)

Rapport intermédiaire 2 : État d’avancement d’un travail collectif réalisé dans le but de renforcer l’ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans le parcours de formation des professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. *Décembre 2022* – également [téléchargeable ici](#)

Rapport intermédiaire 3 : Inventaire des programmes de formation initiale proposant un enseignement en promotion de la santé et prévention aux futur·es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles. *Février 2023* – également [téléchargeable ici](#)

Rapport intermédiaire 4 : Description et appréciation de la place et de la progressivité des enseignements en promotion de la santé et prévention dans la formation initiale des futur·es professionnel·les de la 1^{ère} ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles : analyse détaillée de 5 cursus. *Août 2023* – également [téléchargeable ici](#)

Rapport intermédiaire 5 : Inventaire des structures de formation continue en promotion de la santé et en prévention, actives en Fédération Wallonie Bruxelles (mis à jour en juin 2023). *Septembre 2023* – également [téléchargeable ici](#)



Éditrice responsable : Isabelle Aujoulat

UCLouvain/IRSS-RESO

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.14

1200 Woluwé-St-Lambert, Belgique

Contact : reso@uclouvain.be