

Analyser les compétences en protection maternelle et infantile pour piloter le changement

Analyse competencies to manage change in mother and child health care

Marc Nagels ⁽¹⁾⁽²⁾, Anne Letoret ⁽³⁾

Résumé

Le but de cette recherche - action est de favoriser la construction de compétences pour dix-neuf professionnels des services de protection maternelle et infantile des Côtes-d'Armor et de proposer des référentiels de compétences élaborés à partir de l'analyse de l'activité de ces professionnels. La méthode des autoconfrontations consiste ici à organiser des séquences d'analyse de l'activité, trois fois une heure et demie, et à mesurer l'auto-efficacité des participants, avant et après l'intervention. En effet, d'après la théorie sociocognitive, l'acquisition de compétences dépend pour partie d'un score élevé d'auto-efficacité au travail.

L'analyse de l'activité a abouti à la formulation de référentiels de compétences assumés et diffusés auprès des équipes et à l'augmentation des scores d'auto-efficacité. Les résultats attendus sur le plan managérial sont la remobilisation d'équipes, la collaboration entre professionnels, le développement de compétences, l'autonomie professionnelle et l'amélioration de la qualité des prestations. L'analyse de l'activité trouve dans le secteur médical et social un nouveau champ d'application, la finalité étant de promouvoir la professionnalisation et le management efficace des équipes.

Mots-clés

Analyse de l'activité, auto-efficacité, compétence, management, protection maternelle et infantile.

Abstract

The aim of this action-research is to support the construction of competencies for nineteen professionals of mother and child health care (PMI) in Côtes-d'Armor through the analysis of their activities. Here, the method of self confrontations consists in organizing three activity analysis sequences for one hour and a half each, and measuring the self-efficacy, before and after the action. Indeed, according to the socio cognitive theory, competencies depend partly on a high level of self efficacy.

Activity analysis led to the creation of frameworks of competencies which are assumed and diffused to the teams as well as the increase in self-efficacy scores. The expected results on the managerial level are: remobilization of the teams, collaboration between professionals, development of competencies, vocational autonomy and improvement of service quality. Activity analysis finds in the medical and social sector a new field of application to promote the professionalization and the effective management of teams.

Keywords

Activity analysis, self-efficacy, competency, management, mother and child health care.

¹ École des hautes études en santé publique, Rennes, France.

² CREF (EA 1589), Université Paris Ouest - Nanterre La Défense, Nanterre, France.

³ Conseil général des Cotes-d'Armor, Saint-Brieuc, France.

Introduction

Cet article présente les résultats d'une recherche-action destinée à renforcer les compétences d'une équipe de professionnels du service de protection maternelle et infantile (PMI) d'un département breton. Le groupe cible de professionnels expérimentés est constitué de quatre médecins, trois sages-femmes et douze puéricultrices. Ces professionnels appartenaient à sept des douze circonscriptions d'action sociale du département.

La recherche-action a permis d'établir des référentiels de compétences qui présentent un mode de construction différent des référentiels de compétences ordinairement rencontrés. Ici, le point d'entrée n'est plus la liste de tâches ordonnées et hiérarchisées comme souvent dans les référentiels dits « de compétences » mais la classe de situations, c'est-à-dire des situations qui présentent des caractéristiques communes. Ces classes de situations sont accompagnées des ressources cognitives et environnementales nécessaires pour agir efficacement dans ces situations.

Dans ce département, comme dans d'autres, la construction de compétences est affirmée comme un objectif de management. Aussi, l'enjeu social, institutionnel et professionnel de cette démarche est de mettre en question l'autonomie professionnelle. L'idée est de mieux la mobiliser dans un contexte d'interrogations et de nouvelles adaptations des missions du service de PMI [6,7,8].

Les objectifs d'intervention s'inscrivent dans le cadre d'un travail en réseau avec les partenaires médico-psycho-sociaux et les partenaires de la petite enfance. Dans une double contrainte d'augmentation de la charge de travail et de moyens limités, l'équipe et les responsables départementaux se proposent d'atteindre une plus grande efficacité et une meilleure efficacité des prises en charge cliniques et médicosociales.

La recherche-action dont les résultats sont exposés dans cet article porte sur la mobilisation de professionnels volontaires dans le but de renforcer conjointement leurs compétences et leur auto-efficacité. Sur le plan de leur motivation et de leur ressenti personnel exprimé, la recherche-action a offert l'opportunité de se poser, d'observer ses propres choix, ses points

forts et ceux à améliorer. La démarche accorde une large part à l'analyse de l'activité, étant entendu que l'activité est ce que *fait effectivement* le professionnel. La notion d'activité se distingue de la notion de tâche puisque la tâche est en rapport avec la prescription, c'est-à-dire de ce qui *doit* être fait par le professionnel [10].

Problématique

La double dimension de la compétence

Une recherche-action suppose toujours de partager des notions, des références et des concepts communs entre les chercheurs et les praticiens du terrain. C'est pourquoi, la phase initiale de l'intervention visait à expliciter le cadre dans lequel la compétence pouvait être réfléchie et appréhendée par les participants. Les ensembles conceptuels mobilisés : théorie sociocognitive, théories de l'activité et didactique professionnelle, permettent de repérer les invariants cognitifs de la notion de compétence, en dépit de la diversité de multiples approches disciplinaires. Retenons également que la compétence possède une caractéristique sociale de reconnaissance et de valorisation qui donne sens aux comportements humains efficaces [9].

La compétence possède essentiellement deux dimensions. La première, interne, s'intéresse à l'action efficace, c'est-à-dire celle qui modifie l'état du monde. La conduite de l'activité est directement dépendante de la mobilisation d'un schème, « organisation invariante de la conduite dans une classe de situations donnée » [25]. La notion de schème rend compte de l'articulation forte entre invariance de la conduite dans une classe de situations présentant des similitudes et adaptation du professionnel aux caractéristiques toujours singulières des situations effectivement rencontrées sur le terrain.

Pour agir efficacement dans une situation donnée, un professionnel identifie les éléments pertinents communs à plusieurs situations similaires antérieures et il prend en compte les paramètres spécifiques de la situation pour s'y adapter et réagir. Dans ce cadre, analyser la compétence revient à expliciter les phénomènes de conceptualisation dans l'action [17] et donc la genèse cognitive et opérative du sujet en activité [18].

Ainsi, l'individu est efficace lorsqu'il dispose, au plan cognitif, d'une organisation de son activité qui lui permet de produire la performance visée, mais cette performance sera-t-elle appréciée positivement par son environnement professionnel ? Sera-t-il « compétent », i.e. sa performance sera-t-elle évaluée et jugée conforme aux attentes de son environnement social ? Ce questionnement met en lumière la deuxième dimension, externe, de la compétence, cette fois en tant qu'inférence et jugement social qui évalue la performance et les conditions dans lesquelles la performance se manifeste, indépendamment de la manière dont l'individu structure son activité. La dimension externe de la compétence rend compte des évaluations portées par l'environnement professionnel sur la performance observée. La compétence est alors une signification partagée.

Compétence et auto-efficacité

Ce modèle bidimensionnel de la compétence trouve ses fondements dans la théorie sociocognitive qui articule, au sein d'une causalité triadique réciproque, les facteurs personnels, comportementaux et environnementaux de l'agentivité humaine [1]. Ce modèle [12] met en relation les déterminants personnels (auto-efficacité, organisation cognitive de l'activité) avec les facteurs comportementaux (production de la performance) et environnementaux (attribution de compétence, tâches et normes professionnelles). L'inspiration de ce modèle général tire sa force des convergences de la théorie sociocognitive avec l'analyse de l'activité du point de vue de la didactique professionnelle [13]. Nous en déduisons que la compétence repose à la fois sur une organisation cognitive de l'activité qui va déterminer la performance et sur une agentivité qui permet de contrôler son environnement professionnel avec ses attentes, ses normes et ses jeux d'acteurs. La compétence s'inscrit dans une perspective de construction et de développement de l'agentivité humaine, c'est-à-dire de la capacité d'intervention sur les autres et le monde où les individus et les groupes sont tout à la fois producteurs et produits des systèmes sociaux. La théorie sociale cognitive décrit l'auto-efficacité comme la « variable clé » de l'agentivité humaine [1]. Elle est définie ainsi : « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et

d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ». L'auto-efficacité est un facteur majeur de l'apprentissage en favorisant le pilotage métacognitif des apprentissages. Les apprenants qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui se fixent plus d'objectifs, ou des objectifs plus ambitieux, utilisent plus de stratégies pour étudier, pilotent attentivement la progression de leurs apprentissages et optimisent leurs efforts en vue d'atteindre les résultats souhaités [26]. C'est pourquoi, le développement des compétences s'accompagne nécessairement d'un bon niveau d'auto-efficacité au travail. Bien entendu, l'auto-efficacité n'explique pas à elle seule la performance et la réussite, elle doit s'accompagner d'aptitudes et de compétences effectives.

Méthodes

Les autoconfrontations à sa propre activité

Avec ce modèle agentique de la compétence [12], nous disposons d'une voie de développement de la compétence. Nous l'avons retenue dans le cadre de la recherche-action en convergence avec les méthodes de la didactique professionnelle qui vise à développer les modèles opératifs et cognitifs d'un sujet dans le but d'agir efficacement [13]. Le modèle cognitif est constitué des savoirs nécessaires pour comprendre le fonctionnement d'un objet. Le modèle opératif est construit à partir du but de l'action et des propriétés essentielles de la situation nécessaires pour diriger l'action. Le modèle opératif qui, sur un plan pragmatique, guide l'action « se distingue du modèle cognitif, qui est la représentation d'un domaine par un sujet, indépendamment de toute action » [21]. Un individu connaît ordinairement les plus grandes difficultés à isoler ces deux éléments : « Chaque modèle opératif s'articule avec un modèle cognitif : celui-ci peut être explicite, voire scientifique ; mais il peut aussi être implicite et informel. C'est le cas de nombreuses activités de très haut niveau (management, travail social, enseignement, recherche) où il n'existe pas de corps de savoirs bien défini permettant de valider les modèles opératifs mobilisés » [15].

La mesure de l'auto-efficacité

Le score d'auto-efficacité au travail a été retenu comme un indicateur possible de la construction des compétences. L'auto-efficacité est mesurée avant et après les phases d'analyse de l'activité. Il est à noter que l'auto-efficacité s'exprime toujours en référence à des situations et des contextes spécifiques : « Les croyances d'efficacité devraient être mesurées en terme d'évaluation particularisée de capacités pouvant varier en fonction du domaine d'activité, du niveau d'exigence de la tâche à l'intérieur d'un domaine d'activité donné et des circonstances » [1]. L'échelle de mesure est donc relative au champ de la formation professionnelle et du travail [5]. Échelle de type Likert, elle comporte dix items orientés positivement, se référant à des comportements spécifiques en milieu professionnel. L'analyse de l'activité, par une série d'autoconfrontations [4], est la méthode retenue pour développer les compétences du groupe cible.

Pour débiter, les participants de chaque métier délimitent une classe de situations prototypiques et significatives de l'activité. Une heure et demie est nécessaire. Commence alors un double processus.

A l'interne de l'institution, la prescription est analysée finement par les managers. La tâche est décrite sous l'angle des « concepts organisateurs, organisés au sein d'une structure conceptuelle caractéristique de la situation » [16]. Analyser la tâche consiste à « identifier la structure conceptuelle d'une situation, c'est-à-dire l'ensemble des concepts organisateurs guidant l'action qui devront être assimilés par les acteurs » [14]. Toutefois, les concepts organisateurs présentent une double caractéristique : ils sont identifiables en amont de l'action (les référentiels de compétences les détaillent parfois abondamment) et ils sont construits, appropriés, assimilés, par le professionnel en situation. C'est pourquoi, « il faut passer par une analyse de l'activité pour repérer quels sont les concepts organisateurs de cette activité » [13]. L'identification des concepts organisateurs est donc antérieure à l'activité par l'analyse de la structure conceptuelle de la situation et postérieure à l'activité lors de phases de retour réflexif sur l'expérience.

L'analyse des tâches a donc abouti à énoncer les concepts organisateurs que les professionnels devraient potentiellement mobiliser pour traiter efficacement la situation mais aussi les buts assignés, lesquels devraient orienter l'action des professionnels dans le sens des objectifs institutionnels. Cette analyse de la tâche rend explicite le caractère « discrétionnaire » de la tâche fixée aux professionnels de PMI où l'acteur peut choisir entre des alternatives mais dans un milieu de dépendance [24]. Un espace d'action discrétionnaire est octroyé et imposé par le système. L'acteur est amené à y prendre des initiatives [3]. La notion de tâche discrétionnaire est définie ainsi : le but est fixé mais la manière de l'atteindre est laissée à la discrétion de l'individu.

Une démarche réflexive

Simultanément, les professionnels collectent les traces de leur activité individuelle relative à la situation critique retenue: traces écrites, observations, sans pouvoir aller jusqu'à des enregistrements audio ou vidéo au vu des activités retenues. Ils rédigent ensuite un texte d'analyse de leur activité (autoconfrontation simple), ces traces servant de support à la suite du processus. Cinq semaines ont été prévues pour le recueil des traces et la rédaction du texte individuel.

L'analyse de l'activité se poursuit en présence d'un pair et de l'intervenant sous forme d'autoconfrontation croisée. A la suite de ces entretiens d'une heure et demie, chaque participant reçoit une brève description rédigée par le chercheur de son modèle opératif. Après traitement des données recueillies, l'intervenant organise une analyse collective, s'appuyant sur la présentation des données synthétiques. Cette réunion a mobilisé les médecins et les sages-femmes pendant une heure et demie et les puéricultrices, plus nombreuses, pendant deux heures. L'analyse collective aboutit alors à produire des référentiels de compétences orientés vers les ressources à mobiliser en activité et non vers les tâches prescrites. Une restitution finale a lieu auprès de l'ensemble de l'équipe de PMI et d'autres professionnels des circonscriptions. Le tableau suivant synthétise la démarche d'analyse de l'activité.

Résultats

Parmi les résultats principaux, nous retiendrons tout d'abord la formulation des compétences par les participants, métier par métier, en relation avec des classes de situations significatives de l'activité professionnelle.

Les médecins ont considéré qu'il était nécessaire de faire preuve de compétence dans la situation : « suspicion de risque pour le développement de l'enfant sans accès « franc » à la situation ». Il est entendu à cet instant qu'un médecin novice en PMI ne devrait pas se voir confier une telle situation. La suspicion de risque pour l'enfant, son bien-être, son développement, son intégrité corporelle et mentale, est plutôt courante en PMI mais, quand il est difficile de l'objectiver et de la partager avec la famille, il s'agit d'une circonstance plus délicate. L'intervention est rendue plus complexe par le niveau d'incertitude ressenti ou le refus d'adhésion de la famille.

Les sages-femmes se sont intéressées à la « gestion des priorités d'intervention et à la mise sur agenda ». Les rendez-vous, visites à domicile et interventions collectives, s'avèrent difficiles à planifier au vu des contraintes perçues, des directives institutionnelles, réglementaires et médicales, auxquelles s'ajoutent certaines priorités subjectives.

Les puéricultrices ont souhaité plutôt travailler les « situations de prise de distance, d'analyse réflexive de l'action ». La dimension métacognitive de leur activité et l'autorégulation de leurs conduites, font appel, selon elles, à des compétences de haut niveau, acquises après plusieurs années de pratique.

La recherche-action aboutit d'autre part à établir des référentiels de compétences organisés de manière originale. Les référentiels de compétence habituellement rencontrés dans les milieux de la formation professionnelle listent un grand nombre de tâches, ordonnées et hiérarchisées. Elles se présentent comme autant d'injonctions : ce que doit faire un professionnel pour être reconnu. Exceptionnellement, les ressources cognitives, affectives, motivationnelles ou environnementales que l'individu peut mobiliser pour agir efficacement sont identifiées et décrites. Bien entendu, il est nécessaire de décrire les tâches : un

professionnel du secteur sanitaire ou social n'agit pas de son propre gré, il s'insère dans un contexte normé. Les ressources et les contraintes de l'environnement professionnel guident l'activité du professionnel. Il faut donc identifier les tâches mais ne pas les confondre avec l'activité, i.e. la dimension cognitive de la compétence.

Nous avons donc collecté trois types de matériaux. En référence aux situations retenues, les tâches, la prescription et ses variables, ont été analysées du point de vue de l'institution, faisant émerger la structure conceptuelle des situations [20]. Parallèlement, à la faveur des autoconfrontations, nous avons synthétisé les modèles cognitifs et les modèles opératifs des participants pour les soumettre à leur validation. « Le modèle cognitif d'un sujet est constitué de l'ensemble des savoirs dont dispose ce sujet pour comprendre le fonctionnement d'un objet » [15], dans le cas présent, le repérage du modèle cognitif a permis de démêler et d'isoler les savoirs mobilisés par les participants en dépit de son intrication avec le modèle opératif « construit à partir du but de l'action et des propriétés essentielles de la situation » et de leur tendance à se « recouvrir » l'un l'autre dans l'activité. L'ensemble des savoirs académiques ou pragmatiques a ainsi été rassemblé.

Enfin, nous avons articulé les raisons d'agir, les buts intermédiaires, les prises d'information et les règles d'action, autant d'éléments constitutifs du schème [25] et dont la présence combinée est nécessaire à la manifestation d'une performance. Nous pouvons dès lors considérer qu'un référentiel de compétences intègre une analyse experte de la tâche : l'ensemble des savoirs et des connaissances pragmatiques et une description des ressources à mobiliser pour agir efficacement dans une situation particulière.

Prenons l'exemple des sages-femmes en situation de gérer leurs priorités d'intervention, de décider ce qui est parfois indécidable, de distinguer l'essentiel de l'accessoire, l'urgent de ce qui peut attendre, du moins d'un point de vue subjectif, situation critique quand il s'agit de suivi médico-social. Dans cette situation, l'employeur pourrait attendre qu'une sage-femme poursuive trois buts : qu'elle se mette à disposition de la femme enceinte, qu'elle fasse preuve d'autonomie dans ses choix d'intervention et qu'elle intervienne dans un temps contraint, celui de la durée de la grossesse. Pour l'institution, la sage-femme devrait

connaître deux raisons d'agir : premièrement, la gestion des priorités s'exerce sur des tâches concurrentes et hétérogènes, il faut néanmoins décider et trancher entre, par exemple, conduire des actions collectives ou la surveillance médicale des grossesses à risque. Deuxièmement, il est attendu qu'elle caractérise le degré d'urgence de l'intervention projetée. L'urgence est-elle médicale ou sociale, réelle ou apparente ? La figure suivante présente brièvement les éléments significatifs de la prescription adressée aux sages-femmes.

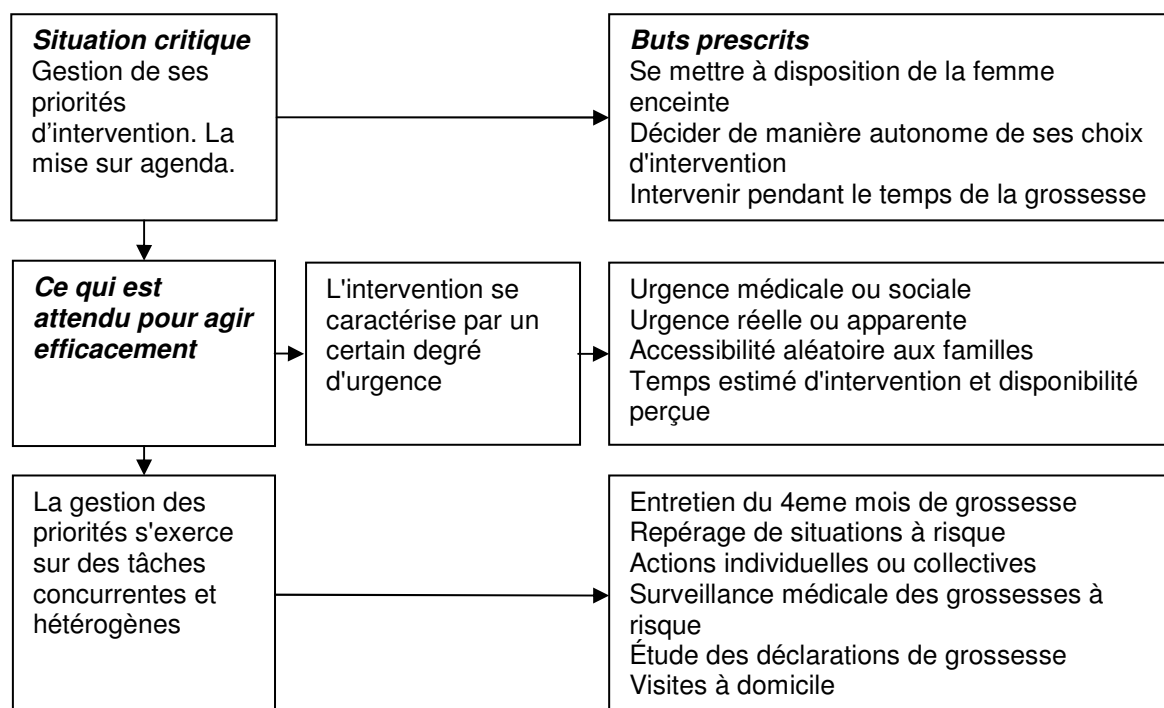


Figure 1 Analyse de la tâche en référence à la situation critique retenue par les sages-femmes

Parallèlement à l'analyse de la tâche qui a été conduite par les managers, les sages-femmes analysent leur activité. Elles repèrent que leur bibliothèque des savoirs comprend trois rayons : des connaissances sur le contexte professionnel (réseaux, partenaires, équipe PMI, etc.), des savoirs biomédicaux mais aussi sociologiques sur les familles précarisées ou psychologiques sur les déterminants individuels, enfin, des connaissances sur le mode d'action. Les connaissances sont souvent énoncées sous forme de jugements pragmatiques sur l'action et ses nécessités. Les jugements sont dits pragmatiques (ou prescriptifs) lorsqu'ils visent à convaincre de la nécessité d'entreprendre une action.

Par exemple, en fonction de l'indication posée, « il existe un rapport entre le terme de l'accouchement et l'urgence de la programmation d'une visite à domicile ». Les connaissances apparaissent bien comme des ressources au service de leur compétence, mais les sages-femmes identifient aussi les autres ressources (méthodes d'intervention, normes professionnelles, manières d'agir et d'anticiper, motivation, etc.) qui, combinées avec les connaissances plus académiques, permettent d'agir efficacement.

En effet, la prescription institutionnelle et la déontologie médicale orientent l'activité des sages-femmes. Elles proposent explicitement ou implicitement des enjeux à traiter, des modes opératoires à respecter, des résultats à atteindre, mais chaque sage-femme va y répondre à sa manière en redéfinissant la tâche et surtout en mobilisant ses ressources personnelles et celles de l'environnement pour produire plus ou moins d'efficacité. Même si chaque situation est singulière et si chaque sage-femme déploie une activité propre, les professionnels peuvent néanmoins modéliser la combinatoire des ressources cognitives et environnementales qui peut conduire à la performance. Ceci est valable à l'intérieur d'une classe de situations donnée et peut s'appliquer avec des différences plus ou moins sensibles pour chaque situation de la classe considérée. Nommer ces différentes ressources et leur articulation revient à proposer un référentiel de compétences d'un genre nouveau. Il s'agit bien cette fois d'un référentiel de compétences et non d'un référentiel de tâches et de sous-tâches ordonnées et hiérarchisées que l'on rencontre habituellement sous l'étiquette « référentiel de compétences ».

Le schéma suivant synthétise le référentiel de compétences pour la situation critique retenue par les sages-femmes. Nous noterons l'interaction entre les différents types de ressources mobilisables : les concepts organisateurs que sont les raisons d'agir pour diagnostiquer la situation et guider l'activité, les buts intermédiaires qui constituent autant d'étapes à atteindre en cours d'action, les informations pertinentes à prélever pour s'adapter finement à la situation réelle, les règles d'action qui permettent de piloter l'action.

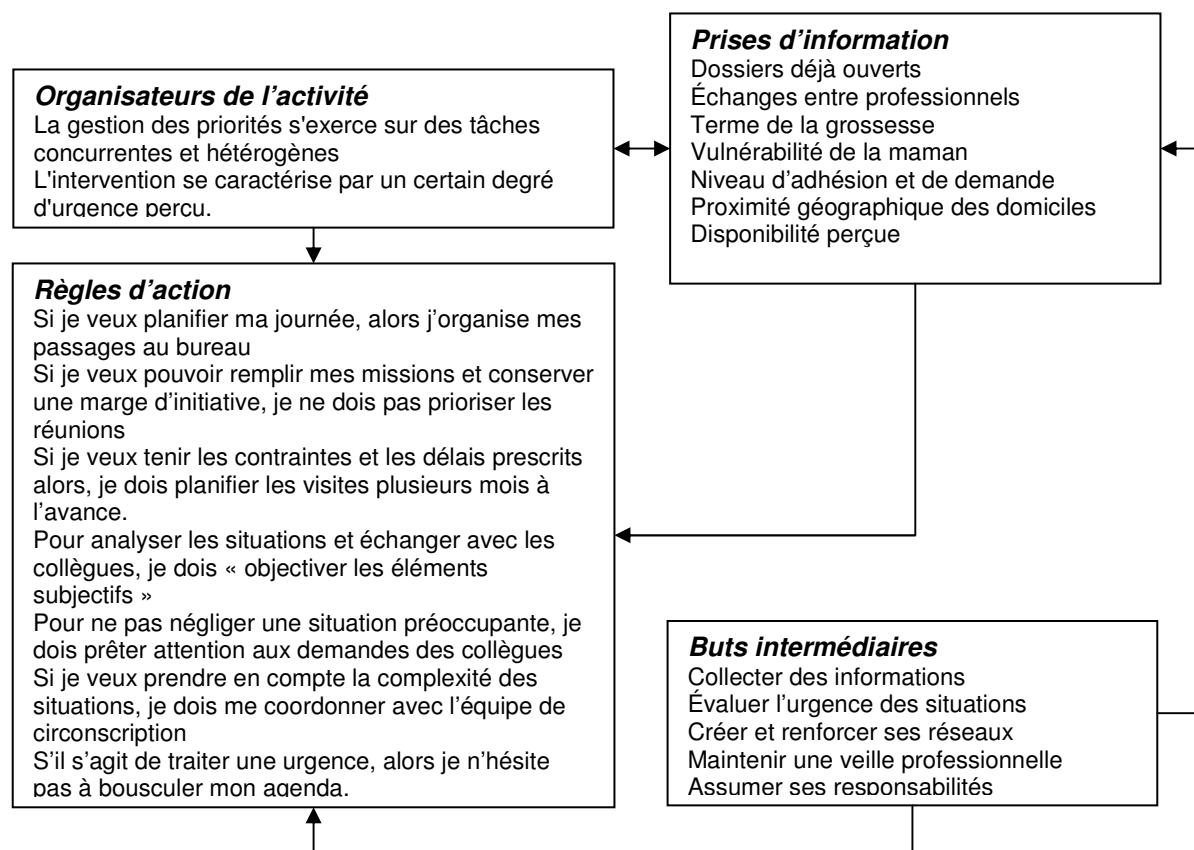


Figure 2 Exemple de référentiel de compétences

Nous venons de constater, à travers l'exemple des sages-femmes, que l'analyse de l'activité produit des effets de conceptualisation dans l'action [19] : les modèles opératifs peuvent être identifiés et leur description renforce la capacité à agir. Cette démarche s'est déployée de la même manière avec les médecins et les puéricultrices.

Une mesure de l'auto-efficacité au travail pouvait, dans une certaine mesure, contribuer à évaluer les changements obtenus par l'intervention. En effet, une recherche récente montre que l'analyse de l'activité est un facteur de développement de l'auto-efficacité [11] et que le niveau d'auto-efficacité est corrélé à l'acquisition des compétences.

Nous pouvons donc considérer qu'une démarche d'analyse de l'activité, avec la conscientisation des modèles opératifs qui l'accompagne, couplée à des augmentations des scores d'auto-efficacité seraient des facteurs favorables à la construction des compétences professionnelles.

L'échelle utilisée ici mesure l'auto-efficacité au travail pour des valeurs comprises entre 10 et 40 points. Lorsque cette échelle a été utilisée en contexte professionnel [5, 11, 22], les valeurs statistiques du mode et de la moyenne s'établissent aux environs de 30 points.

Le tableau suivant indique les écarts, le plus souvent positifs, entre les deux mesures d'auto-efficacité.

Tableau I Les scores d'auto-efficacité avant et après l'intervention

| Métier | Score initial auto-efficacité | Score final auto-efficacité | Écart |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Médecin 01 | 21 | 26 | 5 |
| Médecin 02 | 26 | 27 | 1 |
| Médecin 03 | 28 | 27 | -1 |
| Médecin 04 | 30 | 32 | 2 |
| Puéricultrice 01 | 21 | 30 | 9 |
| Puéricultrice 02 | 23 | 30 | 7 |
| Puéricultrice 03 | 25 | 24 | -1 |
| Puéricultrice 04 | 25 | 27 | 2 |
| Puéricultrice 05 | 26 | 27 | 1 |
| Puéricultrice 06 | 26 | 33 | 7 |
| Puéricultrice 07 | 26 | - | - |
| Puéricultrice 08 | 26 | 28 | 2 |
| Puéricultrice 09 | 28 | 30 | 2 |
| Puéricultrice 10 | 30 | 30 | 0 |
| Puéricultrice 11 | 30 | 29 | -1 |
| Puéricultrice 12 | 31 | 30 | -1 |
| Sage-femme 01 | 24 | 27 | 3 |
| Sage-femme 02 | 25 | 34 | 9 |
| Sage-femme 03 | 25 | 29 | 4 |

La totalité des sages-femmes a augmenté son score d'auto-efficacité. Il en a été de même pour trois médecins sur quatre et sept puéricultrices sur onze, celles dont l'évolution a pu être mesurée. Les sages-femmes dont le score moyen était le plus faible avant l'intervention sont plus auto-efficaces que leurs collègues après comme en témoigne le tableau suivant.

Dans l'ensemble, les scores sont plus faibles que ceux mesurés lors des recherches auprès de populations en santé publique.

Tableau II Les scores moyens d'auto-efficacité

| Métier | Score moyen initial d'auto-efficacité | Score moyen final d'auto-efficacité |
|----------------|--|--|
| Médecins | 26,25 | 28,00 |
| Puéricultrices | 26,42 | 28,91 |
| Sages-femmes | 24,67 | 30,00 |
| Ensemble | 26,11 | 28,89 |

En vue d'atteindre un objectif de développement de compétences pour les équipes de PMI, nous noterons que l'effort d'explicitation et de formulation de référentiels de compétences couplé avec l'augmentation des scores d'auto-efficacité au travail constituent autant de circonstances favorables à une meilleure professionnalisation.

Discussion

Au vu des résultats, nous remarquerons que les apports de la recherche-action se situent sur deux plans. Premièrement, les effets obtenus sont directement liés au choix de l'analyse de l'activité et non de l'analyse des pratiques. Deuxièmement, pour ces équipes, nous notons une mobilisation supplémentaire et une plus grande orientation vers le changement.

Le choix de l'analyse de l'activité

Le dispositif utilisé s'écarte nettement de ce qui est désigné en milieu professionnel par le terme d'« analyse des pratiques » avec ses multiples variantes : supervision psychanalytique ou méthodologique, aide technique, groupes d'analyse de la pratique professionnelle, voire formation. Chacun de ces dispositifs d'analyse des pratiques présente, la plupart du temps, un caractère empirique centré sur l'analyse des aspects relationnels et affectifs. Il s'agit souvent d'examiner les représentations qui circulent sur les usagers, sur l'institution, et de les confronter aux représentations d'autrui. L'analyse des pratiques met

l'implication subjective des sujets au cœur des processus de réflexivité [2], c'est un travail d'émergence d'une parole neuve, impliquée et ouverte sur la pratique. Les méthodes usuelles d'intervention auprès des équipes médico-sociales sont essentiellement centrées sur l'observation des comportements de l'individu et des conséquences de l'environnement sur ceux-ci. Ces méthodes se fondent souvent sur l'approche psycho socio clinique et sur l'ethnométhodologie. L'environnement professionnel est interrogé, des solutions de réorganisation proposées. La prise en compte de la dimension relationnelle en jeu dans les activités considérées peut aider à la mise en mot des affects. Rarement chacune de ces méthodes ne fait consensus au sein de toute une équipe.

En revanche, l'analyse de l'activité repose sur un cadre de référence théorique issu de l'ergonomie, de la psychologie cognitive et de la didactique professionnelle. Elle ne reprend la parole subjective que dans un processus d'explicitation des modèles cognitifs et opératifs des sujets [20]. L'enjeu est le développement des compétences et la socialisation professionnelle, non la création d'un cadre de réflexion intersubjectif comme une fin en soi.

L'analyse de l'activité s'intéresse essentiellement aux phénomènes de conceptualisation dans l'action, c'est-à-dire aux conditions mêmes du développement des compétences. Il s'agit de repérer, par l'analyse, la dimension cognitive de l'organisation de l'activité. L'intérêt de l'analyse de l'activité, du point de vue de la didactique professionnelle, est de mieux connaître la genèse des compétences pour concevoir un dispositif de formation adéquat et proposer des situations d'apprentissage pertinentes. En effet, il n'y a pas d'activité sans apprentissage, ni d'apprentissage sans activité ; le développement de compétences naît certes de l'activité productive qui transforme le réel mais il est encore plus déterminé par l'activité constructive qui suppose qu'en transformant le réel, le professionnel se transforme lui-même [23]. Nous apprenons par l'action mais plus encore après l'action par l'analyse réflexive sur son activité.

La mobilisation des équipes et la gestion du changement

Un des résultats principaux de cette intervention réside dans les perspectives managériales et dans la création de référentiels de compétences où les ressources de l'action efficace sont décrites et analysées. Il est probable que l'échange collectif à propos de ces référentiels, entre pairs et entre les métiers, ainsi que la restitution des résultats aux cadres et professionnels des circonscriptions ont encouragé leur appropriation des référentiels produits par les petits groupes par métier.

Par l'analyse de l'activité se sont fait jour des interrogations, des réactions de défense, des conflits utiles et de la confrontation entre professionnels et entre membres du comité de pilotage. En effet, hormis lors les temps annuels d'évaluation, les agents de la collectivité se trouvent rarement en situation formelle d'observer et de rendre compte de leur activité. Or, nous remarquons que les règles d'action qui ont été identifiées mettent souvent l'accent sur la prise de distance et l'analyse de ses pratiques. La dimension réflexive est privilégiée par rapport à la dimension productive, encore qu'il est vraisemblable que la réflexivité et une compréhension plus profonde de ses comportements apporte *in fine* un surcroit de productivité ou de mieux être au travail.

De fait, les comportements nouveaux observés après la recherche-action peuvent être considérés comme des indices d'un changement en marche. Nous noterons une demande du groupe pour travailler spécifiquement les relations entre médecins et puéricultrices. Post intervention, il est intéressant de constater l'évolution du groupe, la poursuite du développement des compétences, la dynamique, la mobilisation, et la volonté de l'ensemble des acteurs pour poursuivre ce travail. L'espace offert d'analyse et de réflexion permet l'expression des évolutions individuelles et / ou collectives.

Des pistes de réflexions sur le champ du management sont ouvertes. Indépendamment de l'efficacité de l'action professionnelle, de l'efficience des interventions, de l'amélioration continue de la qualité des prestations, l'autonomie professionnelle est réinterrogée. Le groupe s'est accordé sur la spécificité médico-sociale du service de PMI et sur sa responsabilité éthique, déontologique. Un nouveau regard sur le secret médical et partagé,

sur la transcription des écrits et sur l'importance des files actives des situations familiales vulnérables.

Outre l'impact en termes de valorisation professionnelle, la mobilisation autour de la recherche-action eut comme conséquence d'induire une curiosité, un temps de partage, une meilleure lisibilité des missions, une réactivité partenariale. A l'heure des questions politiques sur les axes d'engagement de la collectivité, d'une réorganisation, de réflexions sur la transversalité, sur la mutualisation et le travail en réseau [7] une dynamique de changement pourrait s'amorcer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bandura A. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles: De Boeck; 2003.
2. Blanchard-Laville C., Fablet D. (Coord.). Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles. Paris: L'Harmattan; 2001.
3. Caroly S. Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes). 2002;4. Available from URL : <http://www.pistes.uqam.ca/v4n1/articles/v4n1a4.htm>
4. Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes) 2000;1. Available from URL : <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/pdf/v2n1a3.pdf>
5. Follenfant A, Meyer T. Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et auto-efficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In: Carré P, Charbonnier O, editors. Les apprentissages professionnels informels. Paris: L'Harmattan; 2003.
6. Hassani A., Letoret A., Morellec J. Protection maternelle et infantile. De la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Champigneulle: Berger-Levrault; 2009.
7. Inserm. Santé de l'enfant, propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle Inserm; 2009.
8. Jourdain-Menninger D., Roussille B., Vienne P., Lannelongue C. Étude sur la protection maternelle et infantile. Rapport: IGAS; 2006.
9. Le Maître D, Hatano M, editors. Usage de la notion de compétence en éducation et formation. Paris: L'Harmattan; 2007.
10. Leplat J. L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Toulouse: Octarès; 2000.
11. Nagels M. Analyse de l'activité et développement de l'auto-efficacité. Contribution à une théorie agentique de la formation des compétences critiques des cadres et dirigeants de la santé publique. Thèse : Sciences de l'éducation : Université Paris-Ouest Nanterre La Défense. 2008.
12. Nagels M. Pour un modèle agentique de la compétence. In: Carré P, Sue R, editors. Seria 08. Proceedings of the Séminaire interuniversitaire de recherche sur l'autoformation. Société du savoir et apprenance. Regards croisés et enjeux; 2008 octobre; Paris, France.

13. Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*. 2006;154.
14. Pastré P. Apprendre à faire. In: Bourgeois É., Chapelle G, editors. *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF; 2006.
15. Pastré P. Apprentissage et activité. In: Lenoir Y, Pastré P, editors. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. Toulouse: Octarès; 2008.
16. Pastré P. Du cours magistral considéré comme un vol à haut risque (et basse altitude). In : Méard J, Cartaut S, editors. *Proceedings of the Séminaire Formation professionnelle : conceptions théoriques, conceptions et transversalité*; 2007; Draguignan, France. Nice: IUFM Célestin Freinet; 2007.
17. Pastré P. Dynamique et métamorphoses des compétences professionnelles. *Psychologie du travail et des organisations*. 2005;11(2).
18. Pastré P. Genèse et identité. In: Rabardel P, Pastré P, editors. *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse: Octarès; 2005.
19. Pastré P. La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action. In: Rabardel P, Pastré P, editors. *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse: Octarès; 2005.
20. Pastré P. La deuxième vie de la didactique professionnelle. *Éducation Permanente*. 2005;165 (4).
21. Pastré P. La didactique professionnelle : origines, fondements, perspectives. *Travail et apprentissages*. 2008; 1.
22. Piguet C. Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières. Contribution à une théorie agentique du développement professionnel. Thèse : Sciences de l'éducation : Université Paris-Ouest Nanterre La Défense. Université catholique de Louvain-la-Neuve. 2008.
23. Rabardel P, Samurçay R. Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences. Propositions. In: Samurçay R, Pastré P, editors. *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse: Octarès; 2004.
24. Terssac G de, Maggi B. Autonomie et conception. In: Terssac G de, Friedberg E, editors. *Coopération et conception*. Toulouse: Octarès; 1996.
25. Vergnaud G. Une approche cognitive des compétences et de l'activité. In: Chauvigné C, Coulet JC, Gosselin P, editors. *Proceedings of the Colloque Compétences, emploi et enseignement supérieur. L'enseignement supérieur prépare-t-il à l'emploi ? 2006 décembre 13 – 15*; Rennes, France.
26. Zimmerman B. Efficacité perçue et autorégulation des apprentissages durant les études : une vision cyclique. In: Carré P, Moisan A, editors. *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques*. Paris: L'Harmattan; 2002.