

## Hâtons-nous lentement : le référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient est-elle une profession ? Un métier ? Une activité professionnelle ? Pas en France. Livrer un référentiel permettra-t-il de professionnaliser les intervenants en ETP ? Un certain nombre de ces intervenants d'ailleurs ne le souhaite pas, non pas qu'ils refusent de s'interroger sur la qualité des prestations qu'ils délivrent. Simplement, il ne leur paraît pas nécessaire de passer par les fourches caudines d'un référentiel. Un de plus et après quatre années ? Le processus a débuté en 2009 après le vote de la loi HPST... La publication en juin 2013 au Journal officiel du [décret n° 2013-449](#) relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient et de l'[arrêté du 31 mai 2013](#) modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient aura-t-elle un effet performatif ?

Ce référentiel a nécessité un temps long d'élaboration avec des discussions dans le groupe d'experts qui montraient combien les visions du métier, des soins, des activités professionnelles ou bénévoles, pouvaient différer selon les expertises, les institutions d'appartenance ou les contextes français ou européens. Pendant ce temps, la Terre continuait de tourner, les maladies chroniques se développent toujours, les patients sont plus ou moins bien accompagnés. A bien des égards, la mission confiée à l'INPES de rédaction concertée d'un [référentiel de compétences](#) pouvait paraître contradictoire avec d'autres démarches. Après tout, une charte de déontologie des intervenants professionnels agissant dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique du patient était rédigée en 2010, au moment où les comités d'experts commençaient à se réunir à l'INPES. Cette [charte](#) renvoyait chaque intervenant à son champ de compétences propre. Cela ne suffisait donc pas ? Nous verrons bien si, à l'usage, un référentiel se substitue utilement à une charte et à une déontologie.

Pour avoir participé à ces groupes d'experts qui ont suivi et appuyé les travaux conduits par l'INPES, j'étais critique sur la manière dont la notion de compétence était traitée. Certes, la version finale intègre une entrée par les "situations significatives" mais la liste des « activités » n'a rien à voir avec des activités, au sens où l'entendent l'ergonomie et la didactique professionnelle. Il s'agit de tâches et de sous-tâches, accompagnées de leur but prescrit. La liste des « compétences » n'est aussi qu'une liste d'exigences. Exemple : "S'accorder et convenir de l'action à mener. Restituer auprès de l'équipe les données principales d'un entretien avec le patient".

Les tâches sont des exigences extérieures au professionnel. Prescrites, elles définissent ce qu'il faut faire et dans quel but. L'activité du professionnel, ce qu'il fera effectivement, n'est pas traitée clairement ici. Pourtant, il est nécessaire de s'intéresser à ce que font les professionnels et pas seulement à ce qu'ils devraient faire... Plus la prescription est normative, plus l'écart entre le prescrit et l'activité « réelle » va augmenter. Dans ce référentiel, comme dans d'autres, l'activité est absente. Il est pourtant possible d'analyser l'activité pour comprendre comment un professionnel organise et régule son activité. Nous pourrions même en tirer des enseignements pour améliorer la qualité des prestations !

Avec Aline Lasserre Moutet, nous avons produit une communication au colloque du [GEFERS](#) sur le sujet et notre article a été accepté par la revue [Recherches et éducations](#) pour son numéro d'octobre. Je signalerai sa parution.

### Le support pour le colloque du GEFERS

[kmI\_flashembed publishmethod="static" fversion="8.0.0" movie="http://www.17marsconseil.fr/wp-content/uploads/2013/06/gefers.swf" width="400" height="300" targetclass="flashmovie"/]