

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2010-2011

1 JUILLET 2011

RAPPORT

RELATIF À LA RÉFORME DES ÉTUDES DE LA SANTÉ
PAR M. JACQUES MOREL.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS		6
INTRODUCTION		7
1 DES NOUVEAUX ENJEUX EN MATIÈRE DE SANTÉ		8
1.1	Évolutions des besoins en matière de santé	8
1.2	Évolution des caractéristiques du système de santé	9
1.3	Évolution de l'offre en formation en santé	10
1.4	Vers une nouvelle définition de l'excellence académique	11
1.4.1	Pressions sociales et mondialisation	11
1.4.2	Émergence d'un consensus mondial	12
1.4.3	Perspectives dans le contexte national belge	13
2 DES NOUVELLES PERSPECTIVES POUR LA FORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ		13
2.1	Les principes d'actions en promotion de la santé et les critères de qualité en santé publique comme finalité des curriculum de formation en santé : un cadre conceptuel et opérationnel de mise en œuvre	15
2.1.1	Les principes d'actions en promotion de la santé	15
2.1.2	Critères qualitatifs fondamentaux de la santé publique	18
2.1.3	Critères qualitatifs fondamentaux des professions en santé	20
2.1.4	Définition de la santé de l'OMS	21
2.2	Les métiers en santé	21
2.3	L'élaboration de curriculum par compétences	24
2.3.1	Améliorer la pertinence du contenu des programmes de formations en santé (dans une perspective globale pour 'tous les métiers en santé')	24
2.3.2	Développer l'approche par compétences intégrée dans la formation en santé	25
2.3.3	Favoriser une 'vision multidisciplinaire' des formations en santé	27
2.3.4	Orienter les candidats sur base d'une démarche qui soit la plus cohérente possible avec les finalités	27
3 DES RÉFORMES MENÉES EN FRANCE, EN SUISSE ET AU CANADA		27
3.1	Au Canada : le projet CanMEDS	27
3.2	En France : la licence santé	28
3.3	En Confédération helvétique : des réformes partant de la base	30
4 DES PISTES DE RÉFORMES ENVISAGEABLES EN FÉDÉRATION WALLONIE – BRUXELLES		31
4.1	Quelques balises	31
4.2	Transposition des principes du Consensus Mondial	31
4.3	La mise en œuvre d'une approche par compétences	32

4.3.1	L'ingénierie des compétences et de la professionnalisation	32
4.3.2	L'ingénierie pédagogique et de la formation	33
4.3.3	L'ingénierie de projets	34
5	CONCLUSION	34
5.1	Enrichir, élargir et soutenir	36
6	BIBLIOGRAPHIE	37
	ANNEXES	42

LISTE DES TABLEAUX

1	Les dix axes stratégiques du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine	13
2	proposition de phasage de la mise en oeuvre des principes du Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine	32
3	balises pour la construction d'un curriculum par compétences (Parent et al., 2011)	34
4	balises pour la mise en oeuvre d'une approche par compétences (synthèse)	34
5	comparaison des caractéristiques relatives aux soins de santé primaires et aux soins spécialisés	37

TABLE DES FIGURES

1	Le triangle d'adéquation en gestion des ressources humaines en santé	26
2	la "feuille de tréfle" CanMEDS	29
3	exemple d'approche intégrée des différentes filières de santé	41

AVANT-PROPOS

Pour la rédaction de ce rapport, outre les nombreuses références bibliographiques et la revue des différents documents produits ces dernières années (travaux parlementaires, conclusions de la Table ronde de l'Enseignement supérieur, Déclaration de Politique Communautaire), nous nous sommes appuyés sur les analyses et le travail contributif de quatre experts. Il s'agit :

- du Dr Charles Boelen, consultant au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève ;
- du Pr. Dominique Pestiaux de l'Université Catholique de Louvain (UCL), animateur de la Société Internationale Francophone d'Education Médicale (SIFEM) ;
- du Pr. Yves Coppieters de l'Ecole de Santé Publique (ESP) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), chargé des programmes de réforme des études ;
- du Dr. Florence Parent (PhD) de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, chargée de projet pour la réforme des études médicales et paramédicales (référentiels et approche par compétence).

Par ailleurs, des rencontres avec des professionnels du secteur ont également été organisées, en particulier avec des groupes d'acteurs académiques et professionnels, responsables syndicaux et étudiants dans les disciplines de la médecine, des soins infirmiers, de la kinésithérapie. Nous avons également eu l'occasion de nous entretenir avec des représentants des différentes écoles de santé publique du pays : le Pr. Michel Roland (ULB), le Pr. Jean Macq (UCL) et le Pr. Philippe Mairiaux (Université de Liège – ULg).

Des échanges avec des experts internationaux ont également eu lieu, en particulier avec le Pr. Jacques Frenette, de l'Université de Montréal, spécialiste de la pédagogie médicale et du projet « CanMeds » détaillé dans ce rapport.

Pour leur disponibilité et leur contribution essentielle à la rédaction de ce rapport, nous tenions ici à les remercier toutes et tous.

INTRODUCTION

Depuis les années soixante, l'attrait pour les études de médecine va croissant. L'amélioration du statut encadrant la profession (en particulier la sécurité tarifaire apportée par la loi de 1964 sur l'art de guérir) et le développement technologique qu'a connu le secteur a provoqué une hausse importante des candidats-médecins.

Face à cette situation, le législateur fédéral met en place un système de contingentement de l'offre médicale en 1995. Le *numerus clausus* répond à la fois aux revendications du syndicat des médecins et aux préoccupations de maîtrise des coûts des pouvoirs publics. Les Communautés, compétentes pour l'enseignement, répondent à cette contrainte en instaurant des filtres. En Flandre, ce filtre se trouve en début de cursus. En Communauté française, il est dans un premier temps placé en fin de premier cycle (décret du 14 juillet 1997).

En 2003, la ministre Françoise Dupuis (PS) supprime ce filtre. Dans les deux années qui suivent, de nombreux étudiants s'inscrivent dans les facultés de médecine. Marie-Dominique Simonet, alors ministre de l'enseignement supérieur, remet en place une épreuve de sélection, cette fois-ci en fin de première année (décret du 1er juillet 2005). Le système a un effet pervers majeur : certains étudiants réussissent leur première année, mais ne peuvent accéder à la deuxième année de bachelier car ils ne sont pas en ordre utile. Ce sont les étudiants « reçus-collés ». Les juridictions saisies, qu'il s'agisse de tribunaux de première instance ou de la section du contentieux administratif du Conseil d'Etat ou encore de la Cour Constitutionnelle, ont porté le débat sur le terrain de la légitimité même du *numerus clausus*.

L'arrêté du 22 juillet 2008 installe une gestion dynamique des attestations d'accès à la deuxième année de bachelier pour soulager les reçus-collés de 2008 et 2009 : il permet à 100 étudiants supplémentaires en 2008 et 2009 d'accéder à la seconde partie du premier cycle en médecine. Ce système ne suffira pas à évacuer les tensions. Un moratoire sur le *numerus clausus* de fin de première année sera alors entériné pour les années académiques 2008 – 2009 et 2009 – 2010.

En 2009, la Déclaration de politique communautaire prévoit l'organisation d'une Table ronde sur l'avenir de l'enseignement supérieur, l'abrogation du *numerus clausus* communautaire, la négociation avec le fédéral de la suppression du contin-

gement de l'offre médicale, et enfin l'exploration du concept d'écoles de la santé.

En 2010, le gouvernement fédéral décide de diminuer – à partir de la rentrée 2012 – la durée des études de base (qui passeront de 7 ans à 6 ans) afin de répondre à un arrêt du Conseil d'Etat et à un objectif d'harmonisation européenne. Le projet est voté le 12 mai 2011 : les premier et deuxième cycles seront désormais d'une durée de trois ans. Par ailleurs, les quotas INAMI ont été à plusieurs reprises relevés par le pouvoir fédéral.

L'attrait pour les études de médecine conduit à un certain nombre de difficultés organisationnelles pour les facultés, notamment en termes d'encadrement et d'aide à la réussite. Sur demande des autorités académiques, le ministre Jean-Claude Marcourt débloque en début d'année académique 2010 – 2011 un financement complémentaire de trois millions pour permettre l'embauche d'encadrants supplémentaires en faculté de médecine.

Parallèlement à cette gestion compliquée de l'attractivité, on note que l'offre médicale connaît certaines pénuries. Le cadre fédéral ne prend pas en compte une série de transformations de la profession. Parmi ceux-ci, on peut citer la féminisation, le vieillissement ou la perte d'attractivité de la médecine générale. Certains praticiens quittent ainsi la profession après cinq années seulement.

La situation est comparable dans les autres secteurs de la santé : les soins infirmiers connaissent des difficultés en matière de gestion de l'offre, mais aussi de la formation (qui est, de plus, partagée en deux filières de niveau distinct). Le rôle des fonctions complémentaires (aide soignante, aide logistique) est de plus en plus important. Il en va de même pour la kinésithérapie, connaissant également un *numerus clausus* fédéral et soumise à une harmonisation européenne.

Par ailleurs, le passage de la formation des médecins de sept années à six est annoncé pour la rentrée 2012. Selon l'hypothèse la plus probable, la perte d'une année sera compensée par la suppression du contenu du premier quadrimestre de la première année (principalement les sciences fondamentales, dont l'apprentissage serait considéré comme acquis dans le secondaire) et celle du dernier quadrimestre de la formation de base (un stage, désormais repoussé dans les années de spécialité). La formation sera structurée en un bachelier « préclinique » de trois années, suivi par trois

années de master clinique». Des heures de formation en « santé et société » seraient prévues tout au long du cursus.

La santé constitue un enjeu majeur pour une société démocratique. L'accès aux soins et l'attention au bien-être général de la population sont des thématiques cruciales. Tout comme l'éducation, la santé est une condition d'émancipation des citoyens. La formation médicale est à l'intersection de ces deux enjeux. Sa structure et son contenu sont des déterminants décisifs de notre système de soins. Les difficultés rencontrées ces dernières années et les nouveaux enjeux en matière de santé plaident pour une réforme. Les apports de récents travaux en pédagogie donnent les outils pour initier un tel changement. Après une présentation de ces différents aspects, ce rapport tentera de mettre en évidence quelques pistes de réformes envisageables, et développera en conclusion une vision prospective de la formation en santé. Il tentera ainsi de répondre au mandat accordé par le Parlement de la Fédération Wallonie – Bruxelles dans le cadre de l'application de l'article 50 de son règlement.

1 DES NOUVEAUX ENJEUX EN MATIÈRE DE SANTÉ

La formation en matière de santé – et celle des médecins en particulier – a pour finalité de construire les professionnels capables de contribuer à rencontrer les besoins de la population. Cette affirmation, qui ne s'impose pas toujours comme une évidence, paraît être une lapalissade et pourtant ses implications sont multiples. Elle induit en effet une bonne compréhension desdits besoins, une adéquation des compétences et moyens à mettre en œuvre pour les rencontrer, la prise en compte de différents facteurs conditionnant le bien-être de la population.

Dans cette matière, les conceptions ont évolué ces dernières décennies. La définition même de la santé s'est ouverte à de nouvelles réalités. L'idée que celle-ci ne se limite pas à l'absence de maladie est désormais largement partagée. Depuis 1946, l'OMS propose une définition plus positive, plus globale et plus ancrée dans la vie quotidienne, parlant d'un état de bien être psycho-médico-social et d'harmonie avec son environnement.

Depuis déjà une vingtaine d'années, il est bien montré que les facteurs essentiels qui déterminent la santé sont d'ordres sociaux, culturels ou environnementaux et que l'impact du système de soins de santé ne contribue que pour environ un tiers à l'état de santé d'une population dans nos pays. Les inégalités entre couches socio-économiques

concernant la santé sont là pour nous rappeler que d'autres déterminants sont à l'œuvre.

Ce constat étant établi, l'articulation avec les autres politiques publiques est essentielle. La santé devient une affaire intersectorielle, touchant aux enjeux d'éducation, de statut social, de logement et d'environnement, notamment. C'est également une problématique mettant à l'œuvre plusieurs professions, comme nous le détaillerons plus loin. Dès lors, le système de santé (nonobstant notre segmentation institutionnelle et la prévalence de l'idée de soins de santé sur celle de santé tout court) porte opportunément son nom. En tant que système, il organise toutes les activités (personnes et actions) comme autant d'éléments destinés à réaliser ses objectifs : promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Il s'articule avec les autres secteurs de la vie sociale et pose la santé comme un débat et un enjeu de société.

L'évolution de la nature des problèmes de santé et leur complexification, notamment suite à l'allongement de la durée de la vie, requièrent de plus en plus une approche interdisciplinaire des soins, regroupant médecins et autres professionnels de la santé. Tous ces changements nous obligeront à redéfinir les modalités de la formation clinique des futurs professionnels du secteur.

Le questionnement croissant de la société sur la qualité et le rôle des professionnels de la santé exigera que l'on apporte des réponses pertinentes à au moins deux questions : « formons-nous des médecins, des professionnels de santé, adaptés aux problèmes de santé de notre pays ? » mais aussi « le faisons-nous de manière éthique et efficiente ? ». En lien avec ce questionnement se développent les démarches de qualité et apparaissent des procédures d'accréditation, déjà courantes dans le monde anglo-saxon, mais rares dans la francophonie sauf au Canada.

1.1 Evolutions des besoins en matière de santé

Le premier de ces défis est certainement celui du vieillissement. L'allongement de la durée de la vie constitue l'un des paramètres significatifs des évolutions de ces dernières années. Ainsi, entre 1995 et 2005, l'espérance de vie a progressé de trois années pour les hommes et de deux pour les femmes. En moyenne, un Belge peut espérer vivre jusqu'à environ septante-neuf ans (septante-six ans pour les hommes, quatre-vingts deux ans pour les femmes).

Les causes de mortalité sont quant à elles stables. La première d'entre-elles reste les maladies cardio-vasculaires, touchant plus particuliè-

rement les femmes ; les cancers viennent ensuite, en particulier chez les hommes. La première cause d'années potentielles de vie perdue avant septante-cinq ans est le suicide chez les hommes et le cancer du sein chez la femme. L'alcool joue un rôle majeur dans la mortalité prématurée (c'est-à-dire avant soixante-cinq ans), bien que celle-ci recule.

Les questions de santé mentale prennent une place significative : le suicide des jeunes et des moins jeunes est une réalité non-négligeable, tout comme le mal-être, la dépression et la consommation de psychotropes. En revanche, les traitements médicamenteux et les vaccinations contiennent assez largement les maladies infectieuses qui ont dominé en grande partie le siècle dernier.

La gestion des maladies chroniques est une préoccupation majeure, surtout du fait de la comorbidité. Plus d'un habitant sur quatre présente un problème de santé de ce type (Boelen & Heck, 2000). Les affections de longue durée augmentent fortement avec l'âge : si elles ne concernent que neuf pour cent des enfants de moins de quinze ans, elles touchent soixante pour cent des personnes de septante-cinq ans ou plus. Elles touchent davantage les femmes.

Dans ces conditions, l'allongement de la vie n'est plus un but en soi mais prend sens dans l'espérance de vie en bonne santé. Elle devient un enjeu central en matière de santé publique.

Un deuxième défi concerne les inégalités sociales en matière de santé. Depuis une dizaine d'années, les enquêtes confirment qu'elles s'accroissent. Elles portent tant sur la morbidité – on a plus de chances d'être en mauvaise santé quand on provient d'un milieu socio-économique défavorisé – que sur les capacités d'accès aux soins. Ces disparités participent des inégalités sociales auxquelles notre société doit faire face. Les enjeux en matière de santé s'inscrivent dans cette réalité dont notre modèle social est producteur.

Parmi les autres défis, citons encore :

- la prise en compte de la qualité de l'environnement et l'impact sur la santé, qui a considérablement augmenté ces dernières années. La santé environnementale (prévention et soins) est appelée à de beaux développements dans la formation des professionnels.
- Le souci de prévention, d'intervention en amont des problèmes. Ces aspects ont acquis quelques lettres de noblesse, même si dans la pratique les moyens, la formation des professionnels et la culture sanitaire restent encore pauvres en ces matières.

- Les questions éthiques qui occupent une place importante dans les débats de société concernant l'euthanasie, la procréation ou les cellules souches. Ces interrogations sont congruentes avec l'évolution de notre société et le développement des technologies.
- La place du patient, la reconnaissance de ses droits, mais aussi de son individualité comme sujet et comme acteur de sa santé. Il s'agit d'une dynamique essentielle. Elle est censée se traduire par une série de mesures administratives mais aussi par un rapport des professionnels aux usagers où la qualité de la relation interpersonnelle et sociale sort de la froide objectivité et renvoie à l'humain et à la vie dans son contexte. La formation se doit d'intégrer cette dimension.
- Enfin, la prise de conscience du coût collectif de la santé, de la nécessité de le maîtriser et de faire des choix. Ces aspects ont rendu centrale la notion d'efficience dans le champ de la santé. Le rapport coût – qualité interroge la qualité, ses critères, son évaluation. À défaut, l'exercice se limite à une épure comptable.

1.2 Evolution des caractéristiques du système de santé

En sus de ces constatations relatives aux besoins en santé, de notables évolutions sont à l'œuvre dans le système de santé lui-même. Les questions de l'offre et de la démographie des professions de santé sont ainsi au cœur des préoccupations du secteur. Faute d'un cadastre des professions, il est assez hasardeux de se prononcer sur la réalité de l'offre. Cependant, le cadastre réalisé pour la médecine générale montre clairement que le nombre des praticiens actifs ne correspond pas – loin s'en faut – au nombre de diplômés. En effet, sur 15 000 médecins généralistes, 9250 seulement réalisent des soins de médecine générale et trente pour cent d'entre eux ont plus de cinquante-cinq ans. Cela représente un médecin généraliste pour mille habitants, comme en Allemagne et moins qu'en France (1,7). L'appréciation est difficile tant qu'on ne saura pas quel est leur profil professionnel : si l'on sait qu'ils voient un certain nombre de patients et qu'ils font des gardes, nous n'avons en revanche pas de détail sur leur pratique en elle-même.

Deux difficultés complémentaires se posent vis-à-vis de cette problématique. La première est celle la capacité de réponse à la demande et de la pénurie de certains secteurs, comme la méde-

cine générale, la pédiatrie, la psychiatrie, la médecine d'urgence, la médecine scolaire ou du travail, les infirmières en milieu hospitalier et ambulatoire. Cette difficulté se répartit de façon inégale selon les zones géographiques. Pour ces professions, outre les chiffres, la pénurie se confirme par des difficultés fonctionnelles repérables : difficultés de recrutement, carence pour les gardes médicales, développement de l'intérim en nursing hospitalier, etc.

L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), en France, prévoit clairement une carence démographique des professions de santé pour les années à venir ; nous n'avons pas trouvé les chiffres d'une analyse prospective équivalente pour notre pays mais ils risquent bien de rejoindre cette tendance .

L'autre difficulté tient aux contours du profil professionnel des différents métiers de la santé qui, le plus souvent, reste mal délimité et essentiellement balisé par référence à la nomenclature (pour ceux qui relèvent de l'arrêté royal de 1978 sur les professions de santé) davantage que par une définition des rôles, missions et fonctions au sein d'un système .

Autre évolution notable, celle du profil professionnel du secteur. La féminisation des auditoires de médecine est significative depuis une dizaine d'année : les femmes y sont désormais majoritaires. On constate par ailleurs un souci plus grand pour la qualité de vie. La préservation d'un certain équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle tend à s'imposer. Une attention plus particulière est accordée à la pénibilité du travail, en termes de volume et d'horaire, en termes de sécurité, en termes ergonomiques.

On observe également une tendance à la segmentation et à l'hyperspécialisation des professions. Les exemples sont nombreux. On peut citer le nursing, qui est le fait des aides soignantes, des aides logistiques, des infirmières brevetées et des infirmières universitaires, ou la kinésithérapie générale, désarticulée en de multiples sous-spécialités. La santé est évidemment le fruit de plusieurs métiers, voire de plusieurs secteurs d'activité. La complémentarité et les nécessaires convergences interprofessionnelles se heurtent à cette segmentation, qui se traduit par un cloisonnement des formations des diverses professions, parfois même au sein d'un même métier.

Par ailleurs, d'aucuns prédisent la fin de la médecine générale à brève échéance à défaut d'une intervention volontariste des pouvoirs publics dès le début de la formation. Comme le disait la Fédération des Maisons Médicales lors des travaux de

la Table ronde, « *si le cadre de la formation pour les spécialités est relativement bien établi, la médecine générale mérite une véritable refonte conceptuelle, qui va au-delà de l'approche disciplinaire. Ceci n'est pas surprenant : les spécialités se sont progressivement détachées de la médecine globale et ont construit leur cursus en fonction des nécessités et des développements scientifiques et technologiques. Il n'en est pas de même de la médecine générale qui très longtemps est apparue comme une pratique résiduaire* ». Cette menace sur la médecine générale est aussi une menace quant au modèle actuel qui privilégie les soins sur la prévention et la revalidation, l'hôpital sur l'ambulatoire (malgré des efforts dans ce dernier domaine), l'individuel sur le collectif, la maladie sur la santé. Il incite à une approche globale de la santé et des personnes.

Enfin, on ne peut éviter la question du financement : le budget relatif aux soins de santé représente quelques dix pour cent du produit intérieur brut, et son taux de croissance accepté ces dernières années est de 4,5 %. La maîtrise des coûts est dans les priorités gouvernementales depuis le fin des années quatre-vingts. Malgré ces investissements majeurs et les mesures de rationalisation et de responsabilisation des acteurs, on a le sentiment d'un effet Mathieu : la courbe de performance du système plafonne et les bénéfiques retirés des investissements sont insuffisants. On pourrait y voir une inadéquation des paramètres de l'offre (et donc de la formation) aux conditions de la demande et à la rencontre des besoins.

1.3 Évolution de l'offre en formation en santé

Dès lors qu'il s'agissait de lutter contre les maladies infectieuses, l'approche des phénomènes de santé a pu raisonnablement s'inscrire dans un modèle biomédical et une approche causaliste (une cause – un fait) : un vaccin, un antibiotique répondait à l'agression d'un type de microbes. Ce paradigme a perdu sa pertinence dans les années septante lorsque nos systèmes furent confrontés à des maladies de société ou à des affections que la technologie permettait d'identifier sans qu'une réponse thérapeutique efficace ne soit disponible. Leur caractère multifactoriel a confronté les spécialistes à la complexité et mobilisé de nombreuses disciplines, non seulement dans le champ des sciences exactes mais aussi dans les sciences humaines et les sciences sociales. Cette nouvelle approche relève d'un modèle bio-psycho-social et d'un nouveau paradigme de la santé. Il complète le modèle d'une médecine basée sur la preuve pour intégrer la notion d'incertitude, non sans tension.

À cette nouvelle lecture de la complexité et à cette approche bio-psycho-sociale correspond dans la formation et dans la pratique, une lecture et une réponse pluridisciplinaires des questions de santé. Celles-ci ne se cantonnent plus aux maladies (au sens nosographique) mais s'élargissent aux problèmes de santé, en liant la souffrance somatique à son environnement relationnel et social. D'où l'apparition de problématiques telles que le mal être, le mal vivre ou le burnout, encore mal cernées mais vécues concrètement par nombre de citoyens.

Si la santé répond à un paradigme bio-psycho-social et à des déterminants socioculturels et environnementaux, alors il y a lieu de construire une formation et un système de santé sur ces bases. L'évolution de la société, l'évolution des connaissances, l'évolution des états providence vers l'état social actif, l'évolution – négative – des moyens accordés aux facultés de médecine ont conduit à des aménagements des conduites pédagogiques et des contenus de formation dans tous les curriculums.

On peut citer, par exemple :

- l'introduction des centres universitaires de médecine générale (dont le corps enseignant reste insuffisant eu égard aux quarante-cinq pour cent de candidats) ;
- la réforme des études d'infirmière sociale vers l'approche communautaire et clinique ;
- la convergence de filières de formation en première année de bachelier ;
- les efforts d'intégration de sciences humaines dans le curriculum ;
- le souci d'une pédagogie moins linéaire, plus circulaire, plus centrée sur le problème.

1.4 Vers une nouvelle définition de l'excellence académique

Les normes promues par les organismes d'évaluation et d'accréditation des facultés de médecine, depuis leur établissement au cours de la décennie 1950 en Amérique du Nord, et dont se sont inspirées la Fédération Mondiale d'Éducation Médicale (WFME) et la Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) pour adopter leurs propres normes, s'appuient sur un corpus de bonnes pratiques en matière de pédagogie médicale. Ces normes ont été largement inspirées du rapport d'Abraham Flexner publié en 1910 qui,

au nom de la Carnegie Foundation, fit des recommandations pour l'amélioration de l'éducation médicale, encore largement appliquées aujourd'hui à travers le monde. Elles doivent évoluer, non pas du fait que l'on récuse ses fondements mais du fait de la nécessaire adaptation aux nouveaux préceptes issus des sciences de l'éducation, de la santé publique et de l'organisation des institutions, d'une part, et à l'émergence de nouveaux défis de nature politique, économique et sociale, d'autre part.

La nécessité de repenser les normes de qualité est devenue particulièrement évidente devant la préoccupation de nombreuses autorités sanitaires et académiques à travers le monde, à disposer de personnels de santé plus nombreux, plus diversifiés, mieux formés, mieux répartis sur le territoire et contribuant davantage à répondre aux attentes de l'utilisateur et de la société de façon générale, et aux exigences du système de santé, en particulier. Cette préoccupation est renforcée par le fait que le système de santé lui-même devra évoluer, notamment pour assurer une meilleure qualité, équité, pertinence et efficacité dans sa prestation de services, et que la répartition des rôles et tâches entre les professions de santé devra s'adapter en conséquence. Ceci conduit à devoir réexaminer les stratégies de formation des professions de santé.

Il apparaît que les normes actuellement en usage pour l'évaluation et l'accréditation des facultés de médecine, et donc pour améliorer leur pertinence et leur influence sur la santé des populations, ne tiennent pas suffisamment compte de ces réalités et besoins de transformation. La notion même d'excellence académique mériterait d'être réexaminée à l'aune de la capacité de l'institution à anticiper les besoins et attentes de la société, à former le futur médecin à de nouvelles compétences en conformité avec ces besoins et en concertation avec les autres professions du domaine sanitaire et social, à promouvoir des modes de pratiques permettant aux futurs diplômés d'exercer pleinement l'éventail des compétences acquises, à collaborer étroitement avec les autres partenaires de santé et à ériger un système de santé mieux adapté. Une telle orientation est conforme aux principes de responsabilité sociale.

1.4.1 Pressions sociales et mondialisation

Au niveau planétaire, on observe que les peuples aspirent à davantage de transparence, de démocratie, de participation à la décision, de justification des investissements publics et du rôle des institutions en faveur du bien-être individuel et collectif. Ces attentes sont d'autant plus fortes

qu'elles sont induites par le phénomène de mondialisation, la course à la performance, la compétition et le souci de trouver un bon équilibre entre croissance économique et justice sociale. Ces phénomènes doivent être pris en compte par toute nation et à l'intérieur de celle-ci par toute institution jouissant d'un statut important dans la société. Ainsi, l'institution académique en général, et la faculté de médecine en particulier, y sera-t-elle attentive, en examinant comment son potentiel intellectuel et ses ressources en matière d'éducation, de recherche et de prestation de services pourront être mises en résonance avec l'évolution sociétale.

À un horizon plus ou moins proche, un important défi apparaîtra pour la faculté de médecine, quand on lui demandera d'influer de façon plus significative et explicite sur la santé des populations et de le démontrer par des données aussi probantes que possible. Ce défi est celui de la responsabilité sociale, mieux traduit en anglais par le terme « *social accountability* ». L'étymologie latine de « *social* » (*socius* signifiant « allié ») rappelle les liens à cultiver avec la société tandis que le terme « *accountability* » se rapporte au fait de devoir rendre des comptes, pas nécessairement pour se justifier et faire allégeance à un pouvoir extérieur, mais pour s'évaluer en toute indépendance à l'aide de références explicites et partant s'améliorer. Ainsi compris, la responsabilité sociale s'apparente à une démarche scientifique familière aux tenants de la médecine par la preuve (*evidence based medicine*) dans la mesure où on identifie clairement les besoins prioritaires des citoyens et de la société, on s'engage à répondre spécifiquement à ces besoins par des actions de formation, de recherche et de service, et où l'on vérifie les résultats de ces actions sur le bien-être des patients et de la population générale.

Bien entendu, un tel engagement, pour être utile, suppose que d'autres acteurs importants du secteur de la santé partagent un même corps de valeurs et travaillent en étroite concertation. Par exemple, faire en sorte que les besoins de santé soient clairement identifiés, que le médecin acquière les compétences voulues et que les diplômés s'installent dans des territoires sous-médicalisés suppose l'action conjuguée d'au moins six acteurs : le décideur politique, les pouvoirs publics, les gestionnaires des services de santé, la faculté de médecine, les praticiens et les usagers. Théoriquement, d'un point de vue économique, on pourrait penser que l'institution universitaire est idéalement placée pour promouvoir une coordination entre les trois fonctions qui régissent l'utilisation de ses diplômés, considérés en l'occurrence comme ses « produits », à savoir : l'étude de marché, la

production et la distribution. En réalité, trop souvent, seule la production – la formation proprement dite – l'occupe alors que la responsabilité sociale implique un devoir de traçabilité et donc un intérêt à suivre le devenir des diplômés.

1.4.2 Emergence d'un consensus mondial

La recherche d'une meilleure adéquation de la formation du personnel aux besoins de santé des populations n'est pas neuve. Elle est traitée régulièrement dans la littérature internationale depuis plusieurs décennies, et les principes de responsabilité sociale appliqués aux facultés de médecine furent énoncés dans un ouvrage de l'OMS dès 1995(1). En France, en 2002 fut organisé par la faculté de médecine de Besançon un colloque réunissant des personnalités et responsables nationaux de la santé ainsi que des représentants de facultés de médecine, des professions de santé et des citoyens autour de la question : « *Quelle responsabilité sociale pour la faculté de médecine ?* »(2).

En 2009 s'est mise en place une initiative internationale importante consistant à consulter par la méthode Delphi des représentants des principales associations de facultés de médecine et d'organisations d'éducation médicale de par le monde, ainsi qu'un groupe d'experts invités à titre individuel, en vue d'explorer la pertinence des principes de responsabilité sociale pour les facultés de médecine et d'en préciser les contours. Ce travail fut conclu par une conférence tenue en Afrique du Sud en octobre 2010 et aboutit à l'élaboration d'un document intitulé « *Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine* ». Les recommandations contenues dans le consensus sont déclinées en dix axes stratégiques (Tableau 1. Les dix axes stratégiques du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine), chacun de ceux-ci étant développé en détail dans le document téléchargeable sur le site du projet(3).

La CIDMEF et la SIFEM, qui ont participé, au nom de la francophonie, au processus d'élaboration, se sont clairement engagées à considérer comme prioritaire la mise en œuvre des dix axes stratégiques(4). Un nombre croissant d'organisa-

(1) International Social Survey Programme, Enquête de santé publique 2008.

(2) *Quelle responsabilité sociale pour les facultés de médecine ?* Santé Publique, Revue de la Société Française de Santé Publique, Numéro Hors série, avril 2003.

(3) *Global consensus on social accountability of medical schools*. Version française du document téléchargeable sur le site : www.healthsocialaccountability.org

(4) CIDMEF, Conférence Internationale des Doyens de Facultés de Médecine d'Expression Française : www.cidmef.u-

TAB. 1 – Les dix axes stratégiques du consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine

Axe 1	Anticipation des besoins en santé de la société.
Axe 2	Création de partenariats avec le système de santé et autres acteurs.
Axe 3	Adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé
Axe 4	Education basée sur des résultats escomptés.
Axe 5	Instauration d'une gouvernance réactive et responsable.
Axe 6	Redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services.
Axe 7	Amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services.
Axe 8	Institutionnalisation de mécanismes d'accréditation.
Axe 9	Adhésion aux principes universels et adaptation au contexte local.
Axe 10	Prise en compte du rôle de la société.

tions concernées par la qualité et la pertinence de la formation reconnaissent que l'application des recommandations du Consensus changera le profil de l'éducation médicale de l'avenir. L'écho réservé par des revues spécialisées telles que *Medical Education*, *Medical Teacher* et *Pédagogie Médicale* confirme ce sentiment.

1.4.3 Perspectives dans le contexte national belge

La traduction de principes généraux tels qu'énoncés dans le Consensus Mondial en actions concrètes reste à définir. Au niveau d'une faculté de médecine, on peut présager que des outils seront confectionnés permettant d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de développement conforme à ces principes énoncés, et d'en évaluer les retombées à l'aide d'indicateurs fiables. Sur le plan national, une politique explicite en faveur de l'évaluation et de l'accréditation inspirée des principes de responsabilité sociale devrait s'imposer pour promouvoir une démarche de qualité et soutenir les efforts entrepris par les facultés dans ce sens. Enfin, sur le plan international, on voit les signes d'une évolution vers une reconnaissance mutuelle d'excellence entre pays intégrant les principes de responsabilité sociale dans les normes d'accréditation.

Dans le contexte national belge, comme dans une grande majorité de pays, la démarche de qualité dans la formation médicale s'applique essentiellement au processus pédagogique (contenu des programmes, méthodes d'apprentissage, contrôle de l'acquisition des compétences) avec un moindre intérêt pour une recherche d'adéquation des futurs diplômés aux réalités sociétales. Généralement, si la faculté de médecine entretient de bons rapports avec différents acteurs de la vie sanitaire et sociale, y compris les pouvoirs publics, elle ne prend qu'accessoirement part à l'élaboration de politiques de

santé, à la planification quantitative ou qualitative de l'ensemble des ressources humaines pour la santé, à la définition de nouveaux rôles et compétences pour la profession médicale et à la préparation d'un environnement de travail où ces rôles et compétences pourront être pratiqués et valorisés. Le paradigme de responsabilité sociale, peu appliqué pour l'instant, devrait prévaloir progressivement à l'avenir.

Alors que chaque faculté peut prendre la décision en autonomie d'évoluer dans ce sens, il est bon que le pouvoir politique accompagne, voire anticipe ce mouvement, étant donné les implications sur la définition des attributions institutionnelles et les aménagements administratifs et financiers.

Des améliorations pourraient être envisagées afin que la faculté :

- réponde mieux aux besoins et défis actuels et futurs de la société ;
- influence en conséquence ses activités d'éducation, recherche et service ;
- renforce sa gouvernance et son partenariat avec d'autres acteurs de santé ;
- s'évalue et s'accrédite pour mesurer et améliorer son impact sur la santé.

2 DES NOUVELLES PERSPECTIVES POUR LA FORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Réexaminer les stratégies de formation des professions de santé nécessite d'aborder la problématique de la formation des professionnels de santé de façon précise, voir minutieuse, en respectant la complexité du problème de départ. La problématique étant celle du manque d'adéqua-

tion de la formation aux besoins des populations. La proposition veut s'ancrer dans une démarche systémique *centrée sur les professionnels, le patient et les communautés* prioritairement au système, tout en considérant les systèmes dans lesquels ces acteurs interagissent. Pour permettre de comprendre ce choix, la définition d'un professionnel qui émerge de façon convergente de nombreux travaux, (pour revue, voir par exemple la contribution de Harris (1993) la mesure du défi qui est attendu : un professionnel est une personne, chargée de rendre à d'autres personnes, au nom d'un mandat social, des services judicieux, réfléchis dans des situations toujours uniques, floues et complexes, au cours desquelles il est fort probable qu'il soit confronté à des conflits de valeur et donc à problèmes éthiques.

Cette définition rend compte à la fois de la nécessaire pertinence du *curriculum*(5) à développer au regard « du mandat social, des services judicieux » et de l'importance de prendre en compte dans les curriculums la nature éminemment complexe des pratiques en situations, ou compétences, des professionnels de la santé. Ces compétences sont à développer en cohérence aux évolutions dans les sciences de l'éducation, de la didactique professionnelle et de la pédagogie médicale les plus actuelles.

Afin de progresser dans un argumentaire « intelligent » en référence à l'étymologie de ce concept qui est celui de « faire des liens », c'est par le biais des finalités en santé et leurs mises en œuvre en lien avec des questions relatives à l'ingénierie de la formation(6) que des pistes de réponses au problème, celui d'une meilleure adéquation de la formation aux besoins des populations, est d'abord d'analysé. Les propositions en termes d'ingénierie pédagogique, d'ingénierie des compétences et d'ingénierie de la professionnalisation sont documentées sur une base plus spécifiquement méthodologique en fin de rapport à partir de références de la littérature scientifique en éducation et pédagogie médicale.

En effet, dans une démarche de programmation, il est tout autant nécessaire de se (re)définir les finalités de la formation et du métier des professionnels de la santé que d'en préciser les modalités de mise en œuvre relatives au levier que l'institution éducative représente. En l'absence d'un développement simultané d'approches méthodologiques rigoureuses permettant d'atteindre les

changements escomptés en termes de finalités et de vision, obtenir un résultat effectif reste beaucoup plus hypothétique. Il est également nécessaire d'insister sur l'appropriation des critères de choix des approches méthodologiques qui seront envisagées comme réponse au problème car « *Le risque n'est certainement pas nul que, comme bien souvent, l'apparente maîtrise procurée par l'usage d'outils techniques ne conduise d'authentiques avancées conceptuelles à se dénaturer dans une « quincaille-rie opérationnelle», aussi rassurante que futile.* » (Jouquan, 2007). Il est donc impératif de faire des choix d'opérateurs méthodologiques, en ce qui concerne l'élaboration de curriculums en santé, qui répondent à une vision d'intégration sur plusieurs plans logiques, ceux des objectifs, des méthodes et des processus en cohérence avec les finalités escomptées de la formation, de l'institution et de ses acteurs. La nécessaire précision des outils et cadres méthodologiques à développer permettra aussi de faire face au danger d'une instrumentalisation réductrice de la logique des compétences à des fins de compétitivité et de performance. Cette attention doit rester constante (Bruno et al., 2010 ; del Rey, 2010 ; Hirtt, 2009). Il est devenu tout autant essentiel de développer un réel esprit critique, se basant sur des grilles de lectures rigoureuses, afin d'éviter le piège « du réductionnisme » en regard de la mondialisation actuelle du concept, par ailleurs polysémique, de 'compétence'(7). Sans ces précautions on serait vite amené à cautionner des logiques opposées.

C'est ainsi que la volonté d'avoir une vision propre au secteur de la santé du changement et des leviers pour l'atteindre doit nécessairement considérer le contexte et les enjeux des réformes actuelles, « processus de Bologne » et « stratégie de Lisbonne » (Bruno *et al.*, 2010), afin d'éviter des formes d'instrumentalisations toujours possibles(8). En effet, dans le contexte actuel de mondialisation et de compétitivité économique, l'autonomie, par le secteur de la santé et ses acteurs, des choix stratégiques de réformes des programmes à opérer est devenu essentiel.

Plusieurs objectifs sont poursuivis dans cette partie du rapport qui se centre sur les questions des choix pédagogiques et des réformes :

- 1° Améliorer la pertinence du contenu des programmes de formations en santé (dans une perspective globale pour 'tous les métiers en

(5) En général, les mots en italiques sont repris dans le glossaire en **annexe 1** et le concept de curriculum en lien avec celui de compétence est repris de façon plus particulière dans l'**annexe 2**

(6) Englobant l'ingénierie des compétences et de la professionnalisation

(7) Voir définition dans le glossaire (**annexe 1**) et plus particulièrement dans l'**annexe 3**

(8) Néanmoins ce rapport ne développe pas une analyse des stratégies européennes en matière de formation, la synthèse devant être assurée par ailleurs et sur base d'une confrontation aux données de ce rapport

santé’)

- 2° Développer l’approche par compétences intégrée dans la formation en santé
- 3° Favoriser une ‘vision *multidisciplinaire*’ des formations en santé
- 4° Orienter les candidats sur base d’une démarche qui soit la plus cohérente possible avec les finalités

Ces objectifs, en tous les cas pour les trois premiers, se baseront sur une vision qualitative du changement faisant référence à une volonté de modification des pratiques enseignantes, *apprenantes* et, *in fine*, professionnelles. L’objectif plus général étant d’argumenter, à partir d’un point de vue pédagogique, la mise en œuvre globale d’une réforme des programmes de formation en santé basée sur une approche intégratrice et orientée sur la logique des compétences.

Comme annoncé ce sont les finalités en santé qui vont servir de fil conducteur. Afin de se centrer dès le départ sur le concept de ‘pratique professionnelle’ et de tendre de manière plus concrète vers celui de ‘compétence professionnelle’, il est proposé de reprendre les principes d’actions en promotion de la santé et les critères qualitatifs fondamentaux de la santé publique pour se définir un cadre de référence conceptuel mais également opérationnel, précurseur d’une démarche méthodologique intégrée.

La déclinaison des principes d’actions en promotion de la santé permet de mieux cerner les enjeux de la formation sur un plan théorique et de questionner la cohérence des liens méthodologiques et, partant de là, des stratégies opérationnelles à favoriser.

2.1 Les principes d’actions en promotion de la santé et les critères de qualité en santé publique comme finalité des curriculums de formation en santé : un cadre conceptuel et opérationnel de mise en œuvre

2.1.1 Les principes d’actions en promotion de la santé

Pour un grand nombre de professionnels de la santé, la Charte d’Ottawa (OMS, 1986), comme nombre d’autres cadres de références, reste excessivement théorique et éloignée des réalités rencontrées. La démarche qui est proposée est celle de préciser les dimensions, critères, finalités et valeurs de ces cadres de références et d’envisager de façon concrète leur mise en action par le biais du

levier de l’institution éducative et plus spécifiquement, des programmes de formation en santé. On sait qu’entre le curriculum annoncé (prescrit ou formel), presté (ou mis en œuvre), évalué et *in fine* caché (Parent *et al.*, 2011) l’adéquation ne sera pas linéaire, néanmoins il est important que le système éducatif favorise un processus d’intégration des dimensions principales et prioritaires en santé. La Charte d’Ottawa sur la promotion de la santé (OMS, 1986) explicite notamment les éléments suivants : « *La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l’élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l’indépendance de l’individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l’accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l’aide financière.* »

Il existe différents degrés et formes de participation déterminés par les modes d’organisation et de communication définis par les acteurs. Cela peut se limiter à une « simple » consultation des bénéficiaires. Il s’agit dans ce cas d’une conception relativement limitée et minimale de la participation, voire parfois d’une participation « alibi ». La participation peut également prendre la forme d’une construction commune du projet, constituant, dans ce cas de figure, plus une participation « active » des bénéficiaires dans le projet qui les concerne. Dans ce type de démarches en santé, le partenariat, l’action intersectorielle et la mise en réseau sont souvent complémentaires (Batuelle *et al.*, 2000)

Par ailleurs, la littérature a largement démontré que les inégalités socio-économiques ont des répercussions sur le niveau de santé des populations et que cette situation reste toujours d’actualité. Dans notre pays, certaines études continuent à montrer un accroissement des inégalités (Culture & Santé, 2009).

En regard de ces premiers éléments de cadrage conceptuel en promotion de la santé, dans une démarche d’intégration, on perçoit la nécessité que les programmes de formation en santé assurent la mise en œuvre de principes d’action tels celui de la **participation**, de l’**accessibilité** ou encore de l’**intersectorialité**. Il est nécessaire, toujours dans une visée de choix méthodologique et stratégique, d’être particulièrement attentif au fait que ces principes d’actions soient intégrés non

seulement dans les méthodes et contenus des cursus eux-mêmes mais également dans son processus d'élaboration et/ou d'appropriation (Parent, 2006). Cet aspect sera développé dans les choix méthodologiques et de processus proposés plus loin en regard de la nécessaire cohérence à mettre en place en termes d'ingénierie pédagogique, des compétences et des projets/programmes. Il faut également garder à l'esprit que le changement pédagogique envisagé n'est pas seulement *pédagogique*, c'est-à-dire visant une amélioration des apprentissages et de la réussite académique, mais également *professionnel*. C'est-à-dire visant, par le biais d'une amélioration des pratiques professionnelles, un impact sur la qualité des soins, des services et en général de tous les lieux d'exercices professionnels des soignants. Si on considère le concept de 'patient centred care' (Lawrence *et al.*, 2011) comme partie intégrante des finalités de la promotion de la santé, on est à même de réaliser la continuité des liens qui existent dans la mise en œuvre d'un principe en formation, celui de la *participation de l'étudiant-apprenant* dans ses apprentissages⁽⁹⁾ (Jouquan *et al.*, 2003) avec la *participation du patient et de la communauté* dans la décision et/ou 'sa prise en charge'. Par un tel continuum il est légitime de penser que - et à titre d'exemple- l'intégration systématique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pourrait être favorisée à un niveau plus macro du système (Javaux *et al.*, 2010). Le maillon de cette mise en perspective réelle du principe de participation est le professionnel de santé. En l'absence d'un 'modèle de rôle' que le système de formation dans son entièreté (formateurs, enseignants, programmes, organisations, institutions) peut jouer, tel un levier, en faveur du développement d'un profil de compétences plus adéquat des futurs professionnels de la santé (intégration effective par exemple du concept de participation mais également de tous les autres concepts clés de la qualité de la prise en charge d'un patient, d'une communauté), l'hypothèse d'un changement fondamental reste aléatoire. C'est la reproduction des modèles dominants priorisant le pouvoir de l'expertise et du savoir transmis mais également le modèle hospitalo-centré, qui risque de rester prépondérant. Dans de tels modèles, pour revenir à l'exemple de l'ETP, l'intégration réelle, c'est-à-dire systématique par l'ensemble des professionnels de la santé, de dispositifs d'ETP est moins probable. En effet, sans prendre en considération la masse critique des professionnels de santé dans l'évolution des pratiques professionnelles relatives par exemple ici à l'ETP (l'ETP servant dans cet exemple d'indica-

teur d'une vision d'intégration d'un principe d'action en promotion de la santé, celui de la participation), l'impact sur le système paraît faible. Le détournement par des formations complémentaires en ETP, des Masters en promotion et éducation à la santé, des conférences sur les thèmes de l'autonomie du patient etc. s'ils restent évidemment essentiels comme lieux d'échanges et d'améliorations de pratiques, ne peuvent répondre au besoin d'un développement stratégique d'une réelle masse critique de professionnels ayant les compétences nécessaires pour répondre à de tels besoins en santé.

L'annexe 4 présente sous forme de tableau une vision synthétique des paradigmes en Education/Formation versus en Santé qui se trouvent soit en opposition soit en lien de cohérence ('homomorphisme'). Ce tableau permet par exemple de mieux réaliser l'adéquation qui existe entre le principe de participation en promotion de la santé et le paradigme socioconstructiviste en éducation. Ce tableau donne une vision catégorielle permettant de structurer sa pensée. Néanmoins il ne s'agit pas de 'jeter' certaines catégories en faveur exclusivement d'autres. Ce tableau doit d'abord être envisagé comme une 'grille de lecture' afin d'aider à comprendre les divergences de point de vue et sortir parfois d'impasses liées à beaucoup de confusion. L'objectif, à travers un processus de négociation, étant d'arriver à concilier une pluralité de principes, tous en compétition et chacun ayant un statut ayant fait l'objet d'un examen critique.

Par ailleurs, les métiers en santé, en comparaison à d'autres secteurs, mettent plus facilement en évidence la dimension « bénéficiaires et services » à intégrer dans les réformes de curricula actuelles, permettant d'argumenter la nécessité de développer une vision professionnalisant de la formation et ceci malgré certaines controverses actuelles de voir l'université se professionnaliser. On est, avec les métiers en santé, aisément en phase avec le concept de responsabilité sociale et sociétale des institutions de formation (Boelen *et al.*, 2000), orienté sur les bénéficiaires. C'est également la raison pour laquelle il est impératif que le secteur de la santé explicite au mieux ses finalités et se donne, sur base de choix argumentés et maîtrisés, les cadres et outils méthodologiques appropriés afin de garantir, et de développer, les stratégies nécessaires à la mise en œuvre de ses principes d'actions. « La transposition imprudente de principes managériaux aux champs de la santé et de l'éducation peut en effet conduire à des applications réductrices du concept de démarche qualité. Lorsque celle-ci est comprise comme une conformité des pratiques par rapport à des procédures, les pratiques « compétentes » deviennent assimi-

(9) Comme on le verra dans les choix méthodologiques et pédagogiques proposés en lien avec le concept de compétence

lées à des pratiques standardisées et tout écart à la norme est interprété comme une pratique non optimale. Un tel positionnement épistémologique, parfois soutenu par des conceptions elles aussi réductrices du courant de la médecine fondée sur les données probantes, fait fi de la nature foncièrement éthique de l'action médicale et du mandat social qui fonde la légitimité des professionnels de santé » (Jouquan, 2007). L'énoncé du principe d'action que représente la **participation**, son développement argumenté dans la formation et la question de la transposition de démarches méthodologiques permet d'insister sur l'importance de considérer *l'ensemble des finalités en santé* dans l'élaboration des curricula. Qu'il s'agisse de **participation**, d'**accessibilité**, d'**intersectorialité** ou d'**éthique**, des compétences standardisées et procédurales seront insuffisantes pour résoudre la multitude de différentes situations en santé rencontrées quotidiennement par les professionnels.

Outre le concept de **participation** qui vient d'être plus particulièrement développée, les principes d'actions en promotion de la santé font référence à d'autres dimensions qu'il est également possible de lier sur un plan conceptuel et méthodologique à la réforme par compétences envisagée. L'ensemble des principes d'actions est repris ci-dessous (Charte d'Ottawa, 1986 ; Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé 2008-2009) :

- adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé
- intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé
- promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées
- développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel
- développer des procédures d'assurance de qualité
- augmenter les compétences et les capacités d'action par l'éducation permanente et la formation
- articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique

La mise en œuvre d'une approche par compétences intégrée fait appel au développement du concept d'**interdisciplinarité** dans l'élaboration des curricula, permettant d'envisager des liens en fa-

veur d'un développement professionnel plus ouvert sur le travail en réseau et le **partenariat intersectoriel**. Il s'agit de développer une 'posture plus ouverte' aux territoires et disciplines connexes et des compétences pour répondre aux problèmes complexes en santé. L'intégration d'une vision politique et sociale de la santé est à considérer comme partie intégrante des programmes de formation. A ce titre, outre les éléments déjà discutés, il est possible d'argumenter de nombreuses situations professionnelles où cette vision politique et sociale pourrait être travaillée, en amont, de manière précise dans les programmes de formations. On peut citer la question de la **discrimination** par les professionnels de la santé à l'égard des personnes vivants avec le VIH dans un contexte où l'homosexualité dans le secteur de la santé reste également un problème (Martens *et al.*, 2009) ou toutes les problématiques où les professionnels de la santé sont confrontés à des situations faisant appelle au concept d'**inter culturalité** (Dielemans *et al.*, 2009). Intégrer à la fois des compétences spécifiques, et pas uniquement 'transversales'- c'est-à-dire qui pourraient manquer de spécificité relativement aux situations et savoirs propres d'un champ d'action- en **communication** et développer le concept d'**Ethique** comme un des fils conducteur de l'élaboration d'un curricula, sont des pistes évidentes. Cependant on en vient à l'ingénierie des compétences, il s'agit non pas de 'placarder' l'éthique et la communication à un moment donné dans le cursus, de manière parcellaire, tel que c'était le cas dans les constructions de curricula selon une logique disciplinaire, mais d'intégrer ces éléments dans un **construit structuré** aussi bien sur le plan de la **pertinence du contenu** - traduction didactique dans le référentiel de compétences intégré - que de la **cohérence des méthodes d'apprentissage** faisant référence au processus qui sera mis en œuvre pour assurer la *transposition didactique* des compétences.

A travers cette *mise en perspective partielle* des liens de contenu et de méthodes entre principes d'actions en promotion de la santé et réformes des programmes, il est proposé que les valeurs sous-jacentes des études médicales et paramédicales soient dictées -orientées par un débat continue et ouvert à une diversité d'acteurs (incluant les professionnels de tous les secteurs et réseaux dont la société civile) - par celles de la promotion de la santé. Ces valeurs s'inscrivent dans une vision plus large d'une société équitable, où l'humain donne le sens aux changements, indique les savoirs les plus pertinents et le pourquoi de l'utilisation des ressources. De manière concrète, il s'agit de promouvoir un enseignement - apprentissage favorable à l'intégration des principes d'actions de promotion

et d'éducation à la santé (Parent, 2006).

Plus précisément et à titre de synthèse, la promotion d'un enseignement – apprentissage favorable à l'intégration des principes d'actions en promotion de la santé auprès des professionnels de la santé peut être envisagée :

- à travers le besoin de clarification du choix d'un paradigme pédagogique cohérent aux activités d'apprentissages qui soit favorable au développement d'une « autonomie située », c'est-à-dire permettant de faire face aux situations de santé dans un contexte de professionnalisation et de développement de l'identité professionnelle, par l'usage des pédagogies actives (Jouquan *et al.*, 2003), l'usage de celles-ci pouvant faire référence au paradigme socio-constructiviste (Jonnaert, 2002).
- en relation directe avec le point précédent, dans la concrétisation du discours notamment de la participation, de l'interdisciplinarité et de l'autonomie par la mise en œuvre effective de curriculums basés sur l'approche par compétences et l'utilisation des pédagogies actives en classe et sur les terrains de stage ;
- par la juxtaposition des méthodes et outils en provenance du monde de la promotion de la santé avec ceux en provenance des pédagogies actives.

Une attention prioritaire sur les choix méthodologiques qui seront opérés est présente dès cette première partie d'analyse des critères en provenance du champ de la promotion de la santé, celle de maintenir une **vision située**, non « déterritorialisée » (del Rey, 2010) de l'émergence des concepts et de leurs potentiel toujours renouvelé d'adaptation. La **déterritorialisation**, tout comme **l'instrumentalisation** ou un **usage réducteur** des concepts dont font référence les réformes actuelles basées sur la logique des compétences sont des **processus** réels et documentés dont il faut se mettre en garde. En effet on serait sinon vite influencé à cautionner des logiques inverses aux finalités émises et à verser d'un paradigme à un autre, de celui de l'émancipation individuelle et collective dans le champ de la santé, à celui normatif et standardisé visant la reproduction, la compétition et la performance et dont la finalité serait avant tout économique et non humaniste. On peut moyennant cette compréhension des liens entre finalité et choix de méthodes et de processus, considérer qu'il existe deux types d'approche par compétence. Une approche par compétence qui suit la **logique du marché** et une autre qui suit une **logique émancipa-**

trice et sociale, individuelle et collective. Le 'recouvrement' dangereux du concept de compétence favorise une réelle confusion propice aux logiques de marchés. La confusion n'est pas tant, comme les débats veulent le montrer, sur la définition du concept, mais bien sur son usage et sa structuration globale – son ouverture - dans l'élaboration de parcours d'apprentissage et de programme de formation. La logique émancipatrice ne nie pas la nécessité de répondre aux besoins du marché par une meilleure adéquation « formation-emploi » - en phase avec le concept de responsabilité sociale des institutions de formation - qui reste une porte d'entrée nécessaire, cependant la perspective est totalement différente. Dans un cas, c'est le système (et le système économique) qui prédomine sur l'individu, dans l'autre c'est l'individu qui interagit avec le système dans une visée réellement systémique, suivant les concepts fondamentaux (de la systémique) d'interaction, de globalité, d'organisation et de complexité (Durant, 2010).

Ces attentions essentielles sont loin d'être théoriques, elles peuvent toutes être prises en considération dans l'élaboration de curriculums en santé, il s'agit ici de véritables grilles de lectures. La preuve par l'inverse existe, les stratégies de réformes actuelles basées sur la logique des compétences peuvent en témoigner. Quelle que soit la finalité, ce sont des choix de stratégies progressives, négociées en situations et donc régulées en fonction de finalités explicitées, qui vont permettre d'évoluer. La question prioritaire qui est amenée ici étant celle du choix des finalités qu'on se donne et de leurs mises en œuvre effective.

C'est également pour toutes ces raisons que l'option depuis quelques années a été de différencier l'intitulé même de l'approche en parlant, par exemple ici, d'approche par compétences intégrée (APCi) plutôt que d'approche par compétences (APC), comme recommandé par certains auteurs en Education notamment par l'Association internationale de pédagogie universitaire (AIPU) en 2010 (cfr. conférences de Ettayebi & Roegiers, Marrakech, 2010, <http://www2.ulg.ac.be/aipu/>).

2.1.2 Critères qualitatifs fondamentaux de la santé publique

De manière complémentaire et sans doute partiellement redondante avec l'analyse des critères du champ de la promotion de la santé, l'analyse des principes d'actions et des critères qualitatifs en provenance du champ de la santé publique est également proposée à titre d'argumentaire en faveur des liens nécessaires à mettre en place entre finalités de la santé publique et choix méthodologiques

en matière d'élaboration des programmes de formation en santé.

D'une part la santé publique se définit les critères de qualités suivants comme étant la base de la qualité des soins de santé : *globalité, efficacité, continuité, accessibilité*. On peut en reprendre les définitions dans certains référentiels de compétences intégrés (Van Loon *et al.*, 2011 ; Parent *et al.*, 2010) qui ont été construits récemment dans divers contextes :

Accessibilité : Qualité d'une institution/structure (et des personnes qui la composent) à favoriser le contact et l'utilisation par les bénéficiaires des services (programmes et activités) et ressources (humaines, matérielles, documentaire, infrastructures) sur le plan géographique, culturel et financier.

Continuité : Qualité d'un processus demandant aux personnes ou à un groupe de se projeter dans le temps et d'assurer le suivi des procédures, méthodes et engagements mis en place, tant vis-à-vis des collaborateurs, des patients que des autres intervenants. Ces processus concernent l'information, les relations et les interventions dans le champ socioprofessionnel.

Globalité : Approche qui consiste à appréhender toute situation en se centrant sur l'individu, la famille ou la collectivité dans ses différentes dimensions (physique, psychologique, sociale, environnementale et spirituelle) en considérant qu'elles sont en relation et s'influencent mutuellement et que le tout est plus que la somme des parties. Elle implique d'aborder des situations professionnelles dans une vision multidimensionnelle et intégrative.

Le critère **efficacité** ne peut être - ne devrait pas être - défini parmi les critères de qualité à intégrer dans un référentiel car il s'agit de considérer que l'efficacité provient d'une vision bien plus macro et ne peut être liée aussi directement aux processus de formation et surtout d'évaluation. Le risque étant également de dévier vers d'autres logiques (un débat plus technique est nécessaire à cet endroit, mais pas approprié dans le cadre de ce rapport).

Ces définitions sont proches de celles que l'on retrouve dans les soins de santé primaires et, comme on le voit, elles peuvent se décliner dans un programme de formation, chaque fois adaptées à leurs contextes et aux consensus qualitatifs mis en œuvre 'localement'. Elles sont en lien avec les finalités de la formation – profil professionnel - mais aussi avec les pratiques apprenantes elles-mêmes en lien avec les pratiques professionnelles

et les compétences attendues d'un 'bon professionnel'.

Par ailleurs, à travers le principe de responsabilité sociale, l'OMS propose un cadre de référence pour aider les facultés de médecine à évaluer les progrès obtenus pour l'atteindre, en proposant quatre valeurs : pertinence, qualité, efficacité et équité dans les soins de santé. Chaque critère est également défini ci-dessous (Boelen *et al.*, 2000) :

La **pertinence** fait référence à la nécessité de s'attaquer en premier aux problèmes de santé les plus importants. L'attention doit porter d'abord sur ceux qui souffrent le plus, sur les maladies les plus prévalentes et sur celles qui peuvent être traitées par des moyens disponibles localement. Il est essentiel que la politique sanitaire reflète ces priorités.

La **qualité** fait référence au fait que l'aspiration à des soins de qualité est universelle mais la définition de la qualité peut varier selon le contexte socioculturel. Des soins de qualité couvrent un large éventail de services allant des soins de premières lignes aux soins tertiaires, des soins aigus d'interventions à la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'éducation sanitaire. Les facultés de médecine se sont traditionnellement limitées à une définition de la qualité qui se borne à la compétence et à l'habileté technique. Toutefois la notion de qualité nécessite la prise en compte des attentes culturelles et des habitudes des usagers.

L'**efficacité** fait référence au fait qu'un système de soins de santé efficace est celui qui a le plus d'impact sur la santé d'une population, tout en faisant le meilleur usage des ressources. Quel que soit le niveau des ressources disponibles, il est possible d'être efficace dans la dispensation des soins.

L'**équité** se réfère à l'objectif voulant que les soins de santé de qualité soient accessibles à tous, dans tous les pays ; elle est au cœur d'un système de santé imputable envers la société. Il ne faut pas voir l'équité seulement comme un problème de politique sanitaire. Par exemple la faculté de médecine peut contribuer à identifier des populations vulnérables grâce à des recherches bien construites. De même on peut favoriser une dispensation équitable des soins par une formation médicale qui expose les étudiants aux besoins des femmes et des enfants ou encore aux besoins des populations sous-desservies.

Comme précédemment pour les critères en provenance du champ de la promotion de la santé, il est nécessaire d'envisager sur une base méthodologique précise, l'intégration des critères de la

santé publique à différents niveaux de l'élaboration des curriculums en santé. Le concept de responsabilité sociale devant se traduire de façon suffisamment opérationnelle afin de garantir l'utilisation optimale du levier de l'institution éducative en faveur de la mise en œuvre effective de ces critères de qualité. Il apparaîtrait excessif à ce stade d'explicitier avec plus de précision, comme cela a été fait pour le concept de participation, tous les liens envisageables. En résumé, la traduction de ces critères de qualité de la santé publique, dans un référentiel de compétences intégré, peut s'envisager à travers l'identification toujours située des compétences et capacités, le choix des familles de situations professionnelles qui seront à termes les lieux de stages et dans un second temps d'exercices professionnels et les critères d'évaluation des apprentissages à travers l'élaboration de *rubriques* (Tardif, 2006 ; Nguyen, 2007).

On peut constater après cette première revue des critères en provenance de ces deux champs, qu'il existe des critères qui font plutôt référence au processus d'apprentissage en cohérence à des pratiques professionnelles (par exemple la participation, l'intersectorialité), et d'autres qui sont plutôt orientés vers les pratiques professionnelles (équité, efficacité, globalité), même s'il est impossible de découper au scalpel ces deux catégories qui restent en interactions selon un des principes de la systémique.

Ce qui importe est de réaliser la cohérence des liens qu'il est possible d'envisager en termes de paradigmes d'apprentissage et de paradigme en santé, dans l'option de développer des approches pédagogiques centrées sur l'*Apprenant*, le *Patient*, la *Communauté*(10).

Quelques exemples viennent préciser, de façon éventuellement plus concrète et de manière complémentaire à de précédents exemples (la discrimination, l'éthique, ...), ces liens.

La *globalité* s'acquiert difficilement dans des approches pédagogiques parcellarisées. La nécessité de développer une pensée systémique est favorisée par des approches pédagogiques plus intégratrices. C'est ce que propose l'approche par compétences intégrée en comparaison avec la pédagogie par les objectifs.

L'*équité*, en tant que compétence (critère de la compétence), ne s'acquiert pas si la variabilité des terrains de stage n'amène pas l'étudiant à considérer toutes les populations existantes dans son système de santé, y inclus les populations vulnérables. La cohérence des liens théorie-pratique de-

(10) Ce qui nous amène aussi à l'acronyme APC (Approche par compétences) !

vant assurer l'intégration de ce genre de concept (vulnérabilité) dans l'élaboration des curriculums et pas seulement via un lien pratique, de stage. Il est essentiel, comme on le verra par la suite (partie ingénierie des compétences) de considérer au-delà du référentiel de compétences, le référentiel de formation et d'évaluation afin d'envisager l'intégration explicite des liens compétences-savoirs. Les savoirs étant en premier lieu définis par les situations (et donc les stages).

Ces quelques exemples permettent également d'insister dès maintenant sur une des étapes cruciales de l'élaboration de curriculums par compétences intégrés, celle de la définition commune des critères de qualité. Plus ces critères seront précis et pourront constituer un référentiel commun, plus l'intégration pourra être forte, avec une attention à analyser en situation : celle du *processus de normalisation*. Ce processus de normalisation étant surtout à mettre en lien avec le domaine de l'évaluation des compétences psychoaffectives et sociales. Cependant ce débat a besoin d'être approfondi, ce qui pourrait être envisagé dans un second temps. L'intérêt du débat provient de la contradiction qui peut exister entre la *faisabilité* d'évaluer de telles compétences et qualités (de l'ordre du 'savoir être') et la *pertinence*, en tous les cas pour des professions en santé, de développer des compétences globales, non seulement procédurales, cognitives et réflexives, mais également sociales et psychoaffectives. Ce débat est potentiellement nuancé par le contexte dans lequel il se place : enseignement secondaire général, technique et professionnel, supérieur professionnalisant ou non professionnalisant, secteurs de la formation formelle, non formelle et informelle etc.

2.1.3 Critères qualitatifs fondamentaux des professions en santé

Un cadre de référence à intégrer parmi l'ensemble des cadres théoriques auxquels le curriculum devrait se confronter de façon précise est aussi celui des codes de déontologie des métiers en santé.

La déontologie médicale a pour objet les questions morales (favoriser le concept d'éthique) soulevées par la pratique de la médecine et, de façon plus générale, par les soins de santé. Certaines questions soulèvent des dilemmes particulièrement difficiles à résoudre sur le plan de l'*éthique* : relation médecin-patient, l'euthanasie, les politiques sociales et économiques, les recherches et expériences sur les êtres humains, ... (Baylis, 1995).

L'intégration de la dimension éthique est déjà

apparue dans ce rapport. Sur le plan de l'ingénierie des compétences il existe différentes façons, complémentaires, d'envisager, de façon structurante, son intégration. Ce débat plus technique fait appel à des concepts (« rubriques », « critères et indicateurs », « familles de situations professionnelles », « capacités et compétences », « cadre en santé », « déclinaison d'un référentiel de compétences »..) développés dans la partie de ce rapport dévolue à l'ingénierie des curricula.

2.1.4 Définition de la santé de l'OMS

Après avoir considéré les cadres théoriques et d'actions de la promotion de la santé et de la santé publique, un retour sur la définition de la santé de l'OMS s'impose à titre de synthèse.

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Il serait pertinent que toutes réflexions et toutes propositions relatives à une vision politique et stratégique des cursus en santé se fondent sur une intégration effective d'une approche résolument globale du patient, de la communauté et de l'environnement.

Cette large acceptation de la santé, qui est aujourd'hui, en tous les cas sur le plan théorique, celle de professionnels, des patients et des communautés, renvoie à la notion de réponse globale aux besoins du patient, aux liens étroits entre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge, aux soins et actes aussi bien curatifs que préventifs, ces derniers étant encore insuffisamment développés dans notre pays. Elle renvoie également au champ de la médecine ainsi que celle de la promotion de la santé.

Pour atteindre une telle vision de façon opérationnelle, l'ensemble des cadres théoriques proposés peuvent, de façon complémentaire, servir de balises aux options méthodologiques qui se présentent. Il s'agit cependant d'avoir la volonté de considérer et de respecter la complexité inhérente des situations professionnelles mais aussi des enjeux. Ces enjeux sont principalement ceux de la mise en œuvre effective d'une pensée participative, qui parcourt l'ensemble du système et des systèmes, incluant l'éducation, la santé et la société.

2.2 Les métiers en santé

Les cadres de références critériés en provenance des champs de la Santé qui viennent d'être partiellement abordés devraient avant tout représenter des outils opérationnels qu'il s'agit d'inté-

grer de manière précise dans l'élaboration des curricula en santé. Ceci est juste si l'option est d'avoir un impact sur la qualité des pratiques professionnelles et *in fine* sur la qualité du système de soins. Les leviers de cette intégration sont d'une part les différents métiers de la santé et, d'autre part comme en partie développé, le contenu et les choix méthodologiques qui seront faits en termes d'élaboration des programmes de formations en Santé.

Afin de mieux comprendre le concept de « métiers en santé », reprenons une définition proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2008) : « *Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est défini d'abord par des activités professionnelles* ».

Nonobstant la nuance qui sera apportée plus loin dans ce rapport entre le concept énoncé ci-dessus de « famille professionnelle » et celui de « famille de situations professionnelles » (Cf. chapitre sur l'ingénierie des compétences), il apparaît qu'on 'plonge' assez ouvertement dans une visée d'élaboration de programmes particulièrement pragmatique. On pourra dès lors comprendre les inquiétudes devant l'approche par compétences que l'Université peut émettre. Il s'agira donc de clarifier à la fois la place des savoirs dans l'approche par compétences et de débattre à nouveau des rôles de l'université et de l'institution Educative au sens large et avec l'ensemble des acteurs, lors de la mise en œuvre de ce genre de réformes. De tels débats sont en cours. La logique des compétences a amené l'Université à être confrontée de manière radicale à un débat par ailleurs depuis longtemps nécessaire. Un auteur comme Perrenoud à, de longue date, valorisé l'intégration des pratiques professionnelles dans l'organisation des cursus en considérant que la « transposition didactique » devrait partir des pratiques (Perrenoud, 1995). L'approche par compétences intégrée valorise ce principe en favorisant même une différenciation du concept de « transposition didactique » en ajoutant une étape préalable, « la traduction didactique », qui fait référence au passage – inférence - des pratiques professionnelles ou métier, au référentiel de compétences (Parent et al., 2010). La « transposition didactique » assurant, dans un second temps, le passage des savoirs savants sous jacents aux compétences, aux savoirs et compé-

tences enseignés et/ou évalués. Ce détour par des clarifications épistémologiques dans le champ de l'éducation permet d'appréhender dès à présent les nécessaires conséquences didactiques d'un choix de réforme pédagogique qui se base en première instance sur une telle proximité avec les pratiques professionnelles de terrain et le métier. C'est ainsi que le champ de la didactique professionnelle fait partie intégrante des champs à investir dans les développements et les recherches actuelles en pédagogie médicale. Il s'agit notamment de toute la réflexion sur les liens nécessaires (ou non) entre l'identité professionnelle, le développement professionnel et la formation.

Un récent rapport élaboré pour le Ministère de la Santé en France propose de remplacer l'enchaînement : diplôme métier par : besoin activités compétences métier formation diplôme (Ferrier, 2011).

Dans le contexte de l'approche par compétences intégrée, une des premières étapes méthodologiques est de définir le référentiel de métier. « *Un Référentiel de métier (RM) est une énumération de Situations professionnelles (SP), activités et tâches constitutives d'un métier. En tant que tel, il traduit la réalité des pratiques vécues par l'équipe et les praticiens dans les différents lieux d'exercice professionnel. Dans le cadre de la mise en place d'une pédagogie basée sur la logique des compétences (pédagogie favorable à une vision de cohérence entre pratiques professionnelles et formation), le RM représente une étape méthodologique indispensable pour l'élaboration du Référentiel de Compétences (RC) et la construction des programmes et plans de formation. Cette étape méthodologique du passage des activités d'un métier vers les objectifs pédagogiques attendus dans le référentiel de compétences constitue l'étape de « traduction didactique ». Elle assure la cohérence du métier à la formation* » (Parent, 2006).

La description des activités d'un métier est indispensable pour pouvoir en inférer les compétences. Il s'agit de clarifier qui est le professionnel de santé (ou l'équipe) sur lequel porte l'analyse (un médecin généraliste ou spécialiste, un professionnel kinésithérapeute en Fédération Wallonie - Bruxelles, une équipe pluridisciplinaire, ...) et de repérer dans l'organisation de santé approchée le(s) niveau(x) d'intervention(s), les lieux d'exercice de pratiques et les fonctions prescrites et prescrites attendues de ce professionnel (un infirmier en secteur hospitalier général, à domicile, en maison médicale, en équipe de soins palliatifs, ...). Ces fonctions et contextes d'exercices professionnels sont les situations professionnelles (SP) à partir desquelles on pourra assurer la récolte de données

afin d'élaborer le référentiel de métier intégrateur (RMi).

La définition préalable du concept de métier en santé ainsi que les éléments ci-dessus permettent de penser qu'il s'agit d'un réel renversement de paradigme. La démarche métier consiste à penser le métier à partir du besoin en compétences, lui-même assis sur les besoins de la population, puis à en déduire les référentiels de formation et les diplômes concordant. Or, actuellement, les professions de santé restent marquées par des lignes de force récurrentes telles que la primauté du diplôme et le lien particulier de celui-ci avec des disciplines de recherche spécifiques. Afin d'évoluer à ce stade ci du rapport, sans entrer dans toutes les controverses existantes à propos de l'usage du concept de « métier » dans l'élaboration des curriculums, on peut considérer, tout à fait en amont, que la question centrale est celle de la nature des besoins de la population et des différentes manières d'y répondre. Néanmoins il est utile de rappeler également à cet endroit que de parler de « métier » dans les programmes de formation, peut amener à des processus d'instrumentalisation et d'utilitarisme facilités par certaines logiques de développement de compétences en formation. Il s'agit donc, plus que jamais, d'être attentif –intégratif – aux grilles de lectures que le secteur de la santé se donne en termes de qualité attendue des programmes de formation en Santé. Comme déjà énoncé, il s'agit aussi de montrer –démontrer même – à quel point la logique des compétences, utilisée dans une visée d'ouverture et d'émancipation, peut 'sublimier' les savoirs et non de considérer, comme certains opposants à la logique des compétences le disent, que « *l'approche par compétences constitue bel et bien, quoi qu'en disent ses défenseurs, un abandon des savoirs* » (Hirtt, 2009). Néanmoins on ne peut que remercier de tels auteurs des mises en garde nécessaires qu'ils offrent (Rozenblatt, 2000 ; Hirtt, 2009 ; del Rey, 2010). Seule une prise de conscience de tels risques et une traduction de ces risques sous une forme méthodologique suffisamment maîtrisée en situation d'élaboration de curriculums, devrait permettre d'échapper au réductionnisme tout en évitant de jeter le bébé avec l'eau du bain (Jouquan, 2003). Les changements conceptuels en pédagogie médicale sous jacents à la logique des compétences (Nguyen *et al.*, 2007) sont nécessaires -et attendus- pour l'amélioration de la qualité des professions en santé, de très nombreux travaux en témoignent. On ne référera ici et à titre indicatif le site de la Société internationale francophone d'éducation médicale (<<http://www.sifem.net/>>) et un article de synthèse publié récemment dans *The Lancet* (Frenk *et al.*, 2010).

Dans une perspective systémique, plutôt que de nourrir la peur de voir l'institution éducative être « à la botte » du monde de la production et de la performance (ce qui du reste est un danger réel et en cours d'actualité), il existe une idéologie/stratégie aussi forte, car justement intégrée dans le même système, celle de voir le levier de l'institution éducative renforcer et développer des finalités pour tous dans une logique émancipatrice individuelle et collective(11). C'est ainsi que la Charte d'Ottawa a été envisagée pour le système de santé, la traduction de cette Charte dans le levier de l'institution Educative devrait, en amont, amener à des finalités similaires.

C'est surtout le concept de « métier » qui a été abordé. Le concept de « métiers en santé » peut être approfondi comme proposé de façon introductive ci-après. L'entrée par le concept de « métier » a permis de mettre le focus sur la nécessité d'envisager les curricula partant des pratiques professionnelles, directement en lien avec le concept de compétences. C'est maintenant les dimensions d'interdisciplinarité et d'intersectorialité qui sont abordées par le concept de « métiers en santé ». Le lien au concept de compétences transversales sera partiellement abordé.

Partant du postulat précédemment développé que le concept de « métier » fait référence aux pratiques professionnelles et de terrain, le concept de « métiers en santé » peut être envisagé de façon plus ou moins ouverte. En référence à la définition de l'OMS de la santé, de nombreux métiers répondent de façons complémentaires aux problématiques de santé si celles-ci sont perçues dans une visée écologique. On pourrait aussi bien considérer des métiers comme avocat, agronome, vétérinaire, psychologues, etc. comme tous intervenants sur la santé dans une perspective écologique. Il serait alors envisageable de valoriser un point de vue « réformiste » qui puisse répondre à une vision systémique globale et intégratrice, incluant dans un tout cohérent les sciences humaines, sociales, politiques, économiques, environnementales, biomédicales ... qui se structureraient autour de problématiques en santé, éventuellement très larges. La pensée elle-même, la question épistémologique de l'organisation des savoirs, serait totalement bousculée (Morin, 1999). Néanmoins, dans une démarche réflexive qui confronte les cadres opérationnels proposés comme finalités avec leur mise en œuvre, un tel questionnement n'est pas dépourvu de sens, même s'il est ici certainement poussé à l'extrême. Le concept de « métiers en

santé », dans une perspective d'impact sur la santé des populations et des individus, mérite éventuellement une redéfinition plus écologique, qui ne sera pas plus développée dans ce rapport.

Dans la perspective de se définir le champ des « métiers en santé », on peut se limiter – ou s'ouvrir – à celle de maintenir dès le départ la perspective de la « santé physique et mentale » (en référence à la définition de la santé de l'OMS). Les conséquences en termes de levier de changement dans un processus de réforme visant les finalités attendues seraient alors d'inclure systématiquement l'ensemble des métiers qui sont orientés sur l'accompagnement psychologique, le soutien, la prise en charge et le soin de l'individu et de la collectivité. Il serait alors pertinent d'analyser la perspective d'élaboration des programmes de formations relatifs aux métiers en santé sous l'angle de champs disciplinaires plus variés. Une telle vision pourrait amener à questionner une approche des métiers de la santé dans une perspective systémique incluant de façon beaucoup plus équilibré qu'actuellement au minimum les champs disciplinaires en provenance des sciences bio médicales, sociales et humaines.

Les leviers en termes de métiers de la santé auquel il est fait appel dans ce présent rapport se limite aux métiers des soignants dans une perspective moins réformiste au regard des précédents développements. Il est nécessaire d'en prendre conscience afin de mieux appréhender les enjeux de la mise en œuvre de modalités multiples d'interdisciplinarité dans le contenu des programmes. Ceux-ci seront alors les leviers principaux pour garantir une vision d'intégration plus systémique, permettant de réellement répondre aux problèmes de santé des individus et des populations. Par ailleurs, c'est bien le développement d'une attitude favorable au travail interdisciplinaire qui est favorisé, dans un contexte de développement identitaire et de compétences spécifiques, plutôt que celui de compétences transversales identiques entre métiers en santé. Cette question mérite un débat plus argumenté, permettant de mieux cerner les enjeux, au sein même du concept d'approche par compétences, du fait de valoriser le concept d'identité professionnelle et d'interdisciplinarité plutôt que celui de développement de compétences transversales. La tendance à aller vers les compétences transversales – telle que voulue par les processus de réformes au sein de l'Europe actuellement - est au risque de perdre une partie de la trajectoire d'apprentissage (qui s'inscrit dans la durée) nécessaire au développement des compétences en cohérence avec le développement d'une identité professionnelle. Un autre risque est celui de

(11) On s'inscrit dans ce rapport dans une perspective d'intégration de la question individuelle et collective telle que très bien argumentée par Philippe Corcuff (B.a. – ba philosophique de la politique, Editions textuel, 2011).

favoriser les logiques de standardisation au détriment de la diversité. Or la diversité des savoirs est directement en lien avec celles des familles de situations professionnelles, qui elles-mêmes correspondent à des compétences et capacités spécifiques. Il est étonnant de constater la diversité des savoirs sous jacents à une même compétence en fonction des familles de situations auquel on se réfère. En résumé, ce qu'il importe de retenir à cet endroit est la juxtaposition d'enjeux qui sont en balance dans les choix qui seront fait dans la mise en œuvre de l'approche par compétences : favoriser la logique de transversalité et de compétences communes entre métiers en santé ou plutôt favoriser l'identité professionnelle et l'interdisciplinarité comme compétence *en soi*, à acquérir, et pas *a priori*, c'est-à-dire inclus dans le montage des programmes dans leur globalité (compétences transversales à plusieurs métiers en santé à développer sur une durée variable du cursus, sans doute en lien avec le découpage LMD).

Dans cette vision des métiers de la santé centrés sur la « santé physique et mentale », les principales ressources humaines en santé formées sont :

- les professions médicales : les médecins généralistes et spécialistes ;
- les dentistes
- les professions de la pharmacie
- les infirmiers et les sages-femmes
- les kinésithérapeutes
- les pédicures-podologues
- les ergothérapeutes, les psychomotriciens, etc.

Cette liste n'est pas exhaustive et ne met pas en avant l'espace des « nouveaux métiers » en santé qui comprend deux grands champs : les professions de santé stricto sensu et les professions au service de la santé (Ferrier, 2011). Il recouvre soit quelques grands domaines de santé (premier recours, vieillissement et personnes âgées, maladies chroniques, cancer) soit d'autres secteurs plus ciblés : certaines spécialités ou filières médicales, chirurgie, imagerie... Cette réflexion est nécessaire pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte économique particulier. La création de nouveaux métiers doit être soumise à une analyse en profondeur et l'instauration devra être rigoureuse. En santé comme ailleurs, l'offre (de métiers) crée et module

la demande (en santé) alors que pourrait également prévaloir, dans une dynamique plus interactive et donc systémique, le phénomène inverse.

Si le rôle du médecin (généraliste ou spécialiste) est essentiellement axé sur le maintien d'état général de bien-être physique, mental et social de l'individu, quelles sont les préoccupations et les capacités communes à celle de l'infirmière, du pharmacien, du dentiste, de la sage-femme, du kinésithérapeute ? ... Quelles sont les conditions requises, la durée des études et les compétences requises pour aspirer à l'un de ces métiers de la santé ? (Ferrier, 2011). Cette vision systémique plus ou moins large des 'métiers en santé' n'envisage cependant pas la perspective d'un seul 'métier en santé englobant'. Il s'agit plutôt de favoriser sur le plan le plus macro possible, une vision d'intégration en cohérence aux finalités annoncées.

2.3 L'élaboration de curriculums par compétences

Différentes options, modèles, cadres théoriques existent en fonction des choix d'auteurs et de méthodes en éducation (Roegiers, 2000 ; De-meuse *et al.*, 2006, Jonnaert, 2002)(12) et/ou en Santé (Des Marchais et al., 1996 ; Parent *et al.*, 2010). Ce qui importe en premier lieu est de s'assurer de choix opérationnels qui soit en phase avec la possibilité de réellement mettre en œuvre les finalités en santé. Une juxtaposition de plusieurs approches et stratégies sont également envisageable, pour autant que les paradigmes pédagogiques sous tendus par les différentes approches se rejoignent.

Il s'agit de se donner, sur le plan politique et méthodologique, un cadre de référence conceptuel et opérationnel cohérent avec les principes d'actions de la promotion de la santé. Il ne s'agit en aucun cas d'un 'enfermement méthodologique', les éléments proposés nécessitent d'être argumentés et négociés avec les acteurs du changement.

2.3.1 Améliorer la pertinence du contenu des programmes de formations en santé (dans une perspective globale pour 'tous les métiers en santé')

Le questionnement croissant de la société sur la qualité et le rôle des professionnels de la santé exige que l'on apporte des réponses pertinentes à au moins deux questions : « formons-nous des professionnels de santé adaptés aux problèmes de santé de notre pays ? » mais aussi « le faisons-nous de manière éthique et efficiente ? » (Ferrier, 2011).

(12) Limite au monde Francophone

Le constat de manque d'adéquation des ressources humaines en santé amène progressivement le corps médical et le corps enseignant à se questionner sur les modalités d'apprentissages en lien avec la réalité professionnelle. Ainsi, les questionnements actuels rencontrés dans la pratique et à la base de réformes en éducation se centrent sur : l'adéquation des programmes de formation à leurs contextes spécifiques d'application considérant les enjeux épidémiologiques (de la maladie), sociaux (déterminants sociaux de la santé) et sociétaux (évolution des sociétés, contexte de la globalisation et de la mondialisation, de la multi culturalité) ; l'intégration des besoins des personnes et des populations dans l'élaboration des curriculums en santé ; le renforcement des compétences des professionnels dans une logique de professionnalisation ; la mise en œuvre et l'impact des démarches de qualité et des procédures d'accréditation ; l'analyse des réformes actuelles du secteur de l'Éducation et de la Formation en Europe (notamment le processus de Bologne et le système ECTS⁽¹³⁾). Les dimensions d'inter culturalité et de genre sont des questionnements transversaux.

La figure page suivante met en relation ces différents niveaux d'adéquation (voir Figure 1. Le triangle d'adéquation en gestion des ressources humaines en santé). On observe qu'une recherche d'adéquation centrale, portée par les besoins et la demande des populations, nécessite une approche conjointe avec trois autres niveaux d'adéquation :

- celle de la formation ;
- celle des normes sanitaires ;
- celle de la réalité vécue des professionnels de la santé ;

Un extrait de l'article en provenance de la revue *Kineactu* (Conrad, 2011) permet d'explicitier ce schéma.

« Ce schéma complexe recouvre tout un jeu d'acteurs politiques, institutionnels, stratégiques, pédagogiques, etc. Partons du triangle central : à chaque angle sont représentés 3 grandes réalités. En haut à gauche, les pratiques de terrain. En haut à droite, les institutionnels et les administratifs, les normes. En bas, l'enseignement et la formation. L'enjeu est d'arriver à prendre en compte les 3 types de réalités. »

Le premier cercle (en haut) représente la question de l'utilité systémique : il faut qu'on parvienne à lier les 3 réalités, pour le bien des patients. Le but n'est pas d'arriver à quelque chose de parfaitement

cohérent, mais de rapprocher 3 mondes très différents. Pour construire le programme de formation, il faut impliquer tous les acteurs même s'ils sont très divers. Même si ce processus participatif est parfois lourd, il doit rester efficace pour que tout le monde donne son avis et que cela soit constructif.

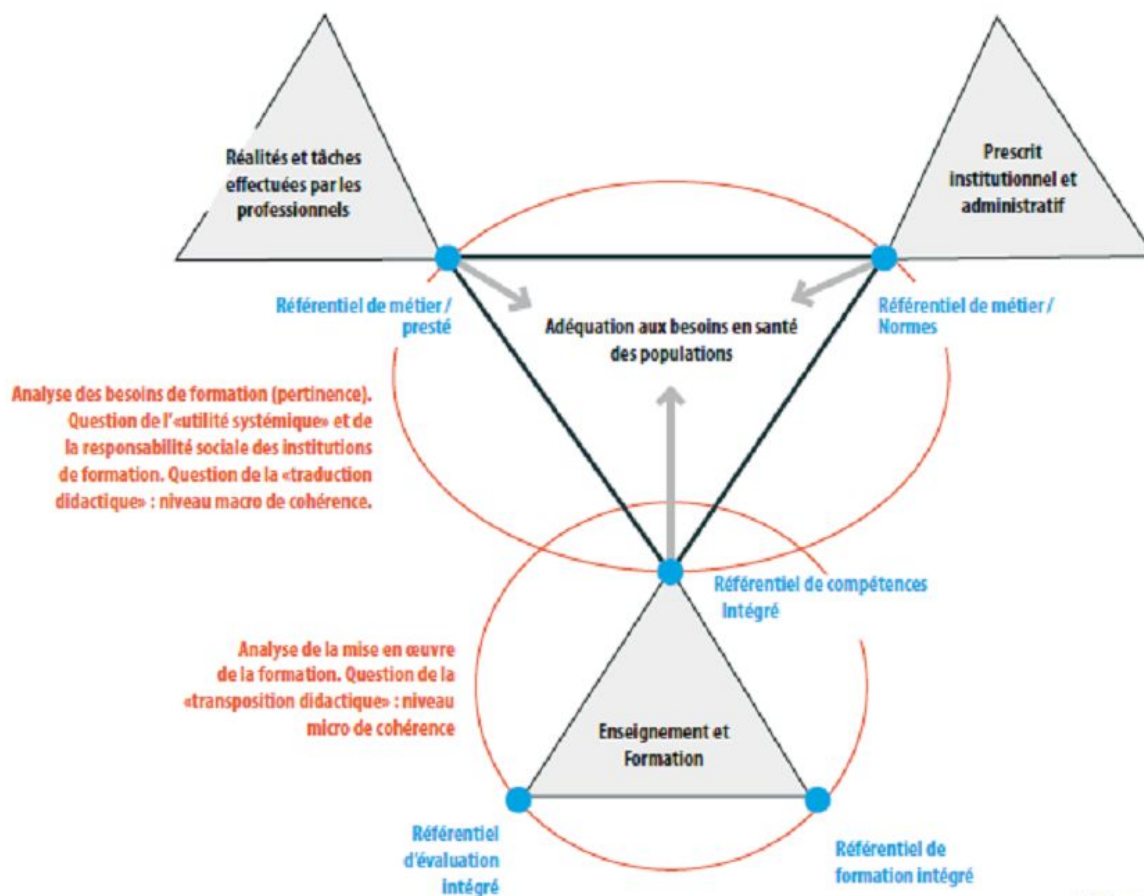
Le 2e cercle fait référence au concept de didactique et représente la cible : la formation. C'est ici qu'intervient la notion de transposition didactique : comment est-ce qu'on traduit les savoirs savants en savoirs enseignés ? C'est le rôle de l'enseignant. Dans l'approche par compétences, il ne s'agit plus uniquement de savoirs à transmettre, il faut être capable d'enseigner des compétences, qui incluent par ailleurs les savoirs en liens, et de traduire la réalité du métier de manière didactique. On passe du référentiel métier au référentiel de compétences. Il faut s'assurer que l'ensemble des compétences nécessaire à la qualité du métier est considéré dans le programme² : procédurales, gestuelles, cognitives, métacognitives, réflexives, sociales, psychoaffectives... »

2.3.2 Développer l'approche par compétences intégrée dans la formation en santé

En 2006, le rapport mondial de la santé de l'OMS est centré exclusivement sur la question des ressources humaines en santé. Il apparaît enfin à un niveau international critique qu'au-delà des systèmes de santé, il y a les ressources humaines en santé qui constituent, interagissent, conçoivent ces mêmes systèmes de santé. Il devient plus explicitement prioritaire de travailler à développer les compétences de ces acteurs dans une visée beaucoup plus professionnelle. Un article publié dans *The Lancet* en décembre 2010 propose une synthèse intitulée « Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world » (Frenk, 2010) qui analyse les problèmes et facteurs clés sur lesquels il est nécessaire d'agir pour performer des réformes éducatives dans le secteur de la santé. Apparaît ainsi la nécessité de tenir compte des réalités épidémiologiques et des transitions démographiques selon les contextes ; de favoriser l'acquisition de compétences professionnelles de la part du corps médical afin de répondre aux problèmes et demandes des populations ; d'intégrer les évolutions technologiques et les nouveaux savoirs en perpétuelle évolution ; de rapprocher le système éducatif du système de santé ; de favoriser la mise en œuvre de la logique des compétences en éducation ; de développer un nouveau professionnalisme répondant mieux aux besoins des systèmes

(13) European credit transfert system

FIG. 1 – Le triangle d'adéquation en gestion des ressources humaines en santé



F. Parent, 2006

(approche systémique mise en avant).

La mise en œuvre de réformes basées sur le modèle « interprofessionnel » (model of interprofessional education) apparaît comme une stratégie favorable au développement des compétences professionnelles. Parmi les publications, de plus en plus nombreuses sur le sujet de la formation et de la gestion des ressources humaines en santé, des auteurs se centrent sur l'amélioration de certaines dimensions des compétences des professionnels de la santé. Par exemple l'article : « Global health competencies and approaches in medical education : a literature review » (cible la question des compétences liées à la globalisation et aux mouvements des personnes et groupes avec une forte attention aux dimensions d'interculturalité. L'intégration plus précoce dans le cursus des médecins des compétences de santé publique apparaît comme une autre priorité afin de répondre mieux aux besoins des systèmes de santé. L'université de Sherbrooke, à travers son ouvrage « Apprendre à devenir médecin » décrit le processus de réforme ayant pris cours au sein de leurs institutions et l'importance également accordée au fait d'avoir

des médecins généralistes plus en phase avec les réalités des contextes d'exercices. Cela se traduit notamment par une intégration forte des dimensions de santé publique et de responsabilité sociale (CIDMEF, 2003).

Dans une perspective de responsabilité sociale et sociétale des études en santé il apparaît de plus en plus évident qu'une vision précise des attendus en termes de finalités est nécessaire pour évoluer dans un projet de réforme. L'enjeu de la réussite du changement va provenir d'une vision tout aussi forte des stratégies de mise en œuvre des objectifs. C'est ainsi qu'il est proposé de construire cette vision stratégique sur une base méthodologique qui catégorise trois niveaux logiques d'interventions (Cf. chapitre : Stratégies opérationnelles de mises en œuvre).(14)

(14) Sans pour autant les séparer sur le plan de la mise en œuvre effective.

2.3.3 Favoriser une ‘vision multidisciplinaire’ des formations en santé

Il serait d’abord nécessaire de clarifier les concepts d’interdisciplinarité, de pluridisciplinarité, d’approche multidisciplinaire et transdisciplinaire, ce qui peut être envisagé dans un second temps, de nombreuses ressources existent, notamment dans les champs de la Santé et de la Pédagogie Médicale.

Les questions principales à envisager sont celles de prioriser le développement progressif, depuis le niveau de ‘Bachelor’, d’une identité professionnelle individuelle et/ou de ‘soignant’ au sens plus large (Hesbeen, 2002) favorisant une approche plus ‘transversale’ et ‘modulaire’ des curriculums en santé. Une fois les enjeux pédagogiques bien compris notamment en termes de développement de compétences (Tardif, 2006), ainsi que la nécessité d’un choix de postulat de départ en termes de finalités individuelle et collective relatives aux enjeux des réformes actuelles, le débat peut être engagé. Néanmoins, il apparaît assez aisément, sur base de l’expérience en ingénierie des compétences et de la professionnalisation, que certains métiers en santé sont difficile à ‘fusionner’ tant les situations professionnelles sont différentes, mêmes s’il s’agit d’un même secteur de la santé. C’est ainsi qu’on peut envisager expliciter le fait qu’il existe une forme d’hierarchisation des métiers en santé d’une part (par exemple médecin et infirmier), à différencier de métiers en santé non hiérarchisables car fondamentalement différents en termes de fonctions et de *Familles de situations professionnelles* (FSP). Ce sont ces mêmes FSP qui définissent le mieux les savoirs sous jacents aux *compétences*, et, dans l’élaboration de curriculums ce constat est omniprésent (médecin versus kiné par exemple).

2.3.4 Orienter les candidats sur base d’une démarche qui soit la plus cohérente possible avec les finalités

La complexité de cette question amène à proposer comme complément direct de ce rapport, en **annexe**, la lecture d’un éditorial écrit par Jean Jouquan pour la revue Francophone de Pédagogie Médicale, qui présente sur base d’une analyse de la littérature, les principales recommandations à considérer (cfr. **annexe 5**).

3 DES RÉFORMES MENÉES EN FRANCE, EN SUISSE ET AU CANADA

À la suite de ces réflexions, plusieurs pays ont fait évoluer leur système de formation en santé afin de mieux répondre aux nécessités nouvelles dans le domaine. Nous proposons ici de détailler celles menées dans trois pays francophones : la France, la Suisse et le Canada. Ces processus, s’ils ne manquent pas d’intérêt dans la cadre d’une réflexion au niveau de la Fédération Wallonie – Bruxelles, ne peuvent cependant être considérés comme des modèles transposables directement dans notre situation. Leur lien fort avec le contexte dans lequel ils ont pris forme rend difficile l’extraction de leurs principes hors de la réalité de leur mise en œuvre. Dès lors, ces réformes seront davantage présentées ici à titre d’exemple, pouvant éventuellement orienter des discussions ultérieures sur le sujet voire inspirer certaines pistes.

3.1 Au Canada : le projet CanMEDS

Au début des années nonante, les experts canadiens de la santé sont nombreux à constater une importante évolution du contexte en matière de soins. Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada (CRMCC), association professionnelle chargée de superviser les enjeux en matière de pédagogie et de formation médicale, constate que le système éducatif connaît certaines tensions dues aux évolutions contextuelles dans le domaine. Les progrès de la science et de la technologie, certains changements d’attitude des patients, les contraintes financières ou les modifications réglementaires encadrant le secteur, entre autres choses, ont considérablement modifié l’exercice de la profession médicale.

Afin de répondre à ces pressions externes, des groupes de travail se sont mis sur pied au sein du CRMCC. Le but est d’élaborer un cadre nouveau pour la formation médicale, orienté sur les besoins en matière de santé. Ce projet sera baptisé *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS). Une première phase, s’étendant de 1993 à 1996, consistera à identifier les compétences de base nécessaires aux différents praticiens en regard de la demande sociale dans le secteur. Cette approche par compétences – développée plus haut – est apparue aux experts canadiens comme la plus pertinente pour réaliser leur but, à savoir former des professionnels de la santé aptes à faire face aux nouvelles nécessités.

La délimitation de ces compétences a repré-

senté un travail de longue haleine, aboutissant à la définition d'un cadre en 1996, soit au bout de trois années. Le processus a suivi une méthodologie rigoureuse, tablant sur des contributions d'experts, des consultations d'organisations spécialisées, des recherches documentaires, des analyses qualitatives... Le résultat du processus a été soumis à une validation de la part des associés du CRMCC via un sondage, ce qui constitue d'après les promoteurs de la réforme un cas unique. On constate donc que la méthode d'élaboration a laissé une grande place aux acteurs, en s'inscrivant dans le cadre d'une organisation professionnelle elle-même.

Le fruit de ce travail fut la définition de ce qui fut appelé les « rôles CanMEDS »(15). Ces rôles définissent les « méta-compétences » utiles à tous les professionnels de la santé. Selon cette conception, le « médecin compétent moderne » doit être à la fois un professionnel, un communicateur, un érudit, un collaborateur, un promoteur de la santé et un gestionnaire (voir Figure 2. la "feuille de tréfle" CanMEDS).

L'intérêt de ce cadre conceptuel est d'intégrer une série de compétences déjà identifiées en un ensemble cohérent. Pour chacun de ces rôles et pour le rôle central, le cadre fournit une définition, une description, des éléments et des objectifs spécifiques. Ceux-ci sont consultables en ligne sur le site de CanMEDS(16). Loin des logiques utilitaristes parfois décriées dans le cadre de l'approche par compétences, ce cadre prouve la pertinence d'une telle méthode pour définir les perspectives d'une formation. En effet, il envisage le rôle du médecin de manière large, en y intégrant toute une série d'aspects liés au bien commun. En tant qu'érudit, par exemple, le praticien est considéré comme compétent pour faire évoluer l'enseignement et la formation, ou pour informer le grand public. La prise en compte du rôle social du médecin est donc très présente dans cette approche.

Dans une seconde phase, le projet CanMEDS a abordé la mise en œuvre de ce cadre par l'organisation de projets-pilotes permettant de tester le projet dans différentes facultés de médecine. La réalisation proprement dite a constitué une troisième phase, qui a débuté en 1997 et a duré cinq ans. L'implémentation du cadre élaboré dans la première phase dans les pratiques concrètes a fait l'objet d'un travail important. Il s'agissait d'adapter le cadre aux formations relatives aux diffé-

rentes spécialités, en révisant les différents types de normes les encadrant (conditions d'agrément, critères d'évaluation, objectifs de la formation, condition de délivrance des titres...). Cette tâche a été réalisée au sein de chaque spécialité par les professionnels concernés, sous la supervision d'un expert du CRMCC. L'ampleur du changement initié est source de fierté pour les promoteurs de CanMEDS, qui pointent son caractère exceptionnel au niveau international.

Une évaluation réalisée en 2001 a montré le succès de l'initiative, suivie largement dans tous les pays et dans les différentes formations. Des nécessités se font cependant jour, notamment en ce qui concerne l'encadrement. Il apparaît que la bonne mise en œuvre du projet requiert une amélioration de la formation du corps professoral et des ressources d'évaluation. Une quatrième phase du projet est donc lancée en 2002, visant le perfectionnement et plus particulièrement le développement du corps professoral.

C'est ainsi un ensemble de dix professions de santé qui sont articulées entre elles dans un projet de formation : leurs rôles y sont définis, leurs compétences requises établies, leur processus d'apprentissage établi en cohérence.

En 2005, le cadre CanMEDS a été revu à la lumière des premières années de sa mise en œuvre. Il se base sur un bilan quantitatif et qualitatif de son utilisation par les facultés de médecine canadienne, et vise à mieux intégrer les sept rôles qu'il définit. Ceci montre le caractère dynamique et réflexif de la démarche, qui permet une évolution constante de la formation médicale au Canada. Des contributions supplémentaires sont constamment apportées, telles que la formalisation de l'approche par compétences sous la formule « triple C » dans le domaine de la médecine familiale (*comprehensive care and education, continuity of education and patient care, centered in family medicine*)(17).

3.2 En France : la licence santé

La réforme menée en France part d'un constat différent : celui d'un taux d'échec trop élevé dans les facultés de médecine, générateur de coûts pour les pouvoirs publics et de frustrations pour de nombreux étudiants. Il faut ici rappeler que la France pratique un système de *numerus clausus* dans plusieurs de ses filières médicales, qui crée les phénomènes de « reçus – collés » que l'on a pu connaître en Belgique francophone par le passé. La première année des études de médecine,

(15) © Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005. <http://collegeroyal.ca/canmeds>. Reproduit sous autorisation

(16) <<http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>>

(17) Consultable en ligne : http://www.cfpc.ca/Triple_C/

FIG. 2 – la "feuille de trèfle" CanMEDS



COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

CANMEDS

d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie est ainsi vécue comme un baptême du feu particulièrement dur, peu propice au développement de compétences et favorisant au contraire le « bachotage ». Elle aboutit en outre sur un certain gâchis, vu que très peu d'étudiants arrivent à se placer en ordre utile aux concours organisés à l'issue de cette première année, et que ceux qui y parviennent sont en grande partie redoublants.

En 2008, un rapport remis au ministère français de la Santé par M. Jean-François Bach, membre de l'Académie des Sciences, prend acte de cette situation. Il propose des pistes de réponse permettant d'améliorer la situation.

La première d'entre-elle porte sur l'orientation. Le but est de donner aux futurs étudiants la meilleure information possible sur les contenus et les objectifs de la formation. Des mesures d'accueil et de suivi des nouveaux arrivants sont proposées, tout comme des possibilités de réorientation en cours de cursus, voire en cours de première année..

Le deuxième ensemble de mesures porte sur

l'organisation d'une première année commune aux quatre filières détaillées plus haut, baptisée « L1 Santé ». Cette année se structurerait autour d'un premier semestre commun, et d'un second semestre laissant partiellement la place à des contenus plus spécifiques aux différentes finalités – l'étudiant étant tout de même amené à choisir sa préférence, mais avec des possibilités de réorientation accrues. Dans cette perspective, tous les enseignements ne seraient pas pondérés de la même manière selon l'orientation choisie. En outre, les cours spécifiques pourraient également faire l'objet de mutualisation partielle entre certaines filières. Ceux-ci représentent dix crédits. Les cinquante crédits restants se répartissent entre des cours de sciences fondamentales (quarante-deux crédits) et un module intitulé « santé, société, humanité » (huit crédits).

Le troisième type de mesures proposées porte sur une réforme des concours. Tout en maintenant l'aspect sélectif du système français, il permet à l'étudiant de multiplier ses chances en valorisant ses résultats annuels sur plusieurs concours. En clair, par le jeu de pondérations différenciées

et d'un nombre de places disponibles variables, un étudiant ayant échoué au concours dans une filière peut espérer avoir réussi celui relatif à une autre filière. Il doit cependant faire le choix des concours dans lesquels il se présente en début de second semestre.

Ensuite, le rapport préconise quelques améliorations pédagogiques : tutorat par des étudiants d'années supérieures, utilisation des technologies modernes pour les supports de cours. Enfin, il envisage une série de passerelles sortantes vers les domaines de la santé et des sciences, des formations professionnelles non universitaires, des formations paramédicales ou des nouveaux métiers de la santé (assistant de recherche, techniciens d'études cliniques...).

Ces mesures ont été pour la plupart traduites dans un arrêté⁽¹⁸⁾ entré en application pour l'année académique 2010 – 2011. Elle devrait être prolongée par des réformes similaires en deuxième et troisième année.

Cette réforme, de moindre ampleur que le projet canadien, met cependant en évidence une dynamique de mise en cohérence des différents cursus en santé. Dans ce cas-ci, elle répond à des difficultés liées à l'attrait pour la formation qui ne nous sont pas étrangères. Le cadre dans lequel elle s'inscrit diffère cependant fortement de celui que nous connaissons en Fédération Wallonie – Bruxelles, qui se veut plus ouvert.

3.3 En Confédération helvétique : des réformes partant de la base

Au début des années nonante, la Confédération helvétique connaît une structuration des études médicales plutôt rigide, calquée sur un modèle classique : trois années « précliniques » laissant une large place aux sciences fondamentales, suivies de trois années « cliniques » privilégiant la pratique. Ce système est consacré par une législation fédérale, qui prévoit la passation d'épreuves centralisées (z).

Les constats déjà dégagés dans l'expérience canadienne se font sentir dans la même période, c'est-à-dire dans les années nonante. Cependant, le chemin pris par la réforme sera différent. Alors qu'une structure fédératrice a assuré la coordination des travaux au Canada, les changements connus dans le milieu universitaire helvétique se feront au niveau des établissements, sur le mode de l'autonomie – congruente au cadre confédéral

que connaît la Confédération helvétique. La Faculté de médecine de Genève est la première à se lancer dans un tel projet. Elle engage une réforme qui privilégiera une approche par problèmes, organisé par thème ou par système. Cet angle d'attaque pluridisciplinaire permet aux étudiants de mobiliser des savoirs et des compétences de toutes sortes, tout en entrant dans une dynamique proche des situations vécues sur le terrain (où le professionnel de santé sera confronté à des cas précis auxquels il devra répondre en utilisant l'ensemble de ses aptitudes). Pour mener à bien cette réforme, une meilleure coordination entre les enseignants fut nécessaire afin d'intégrer les différentes disciplines dans les activités d'apprentissage, et permettre le pilotage de la formation. D'autres universités helvétiques ont suivi le mouvement dans les années qui suivirent.

De ces réformes découlent deux constats : d'une part, la nécessité d'une appropriation du projet par les enseignants de la faculté ; d'autre part, l'importance de l'autonomie laissée aux facultés dans leur mutation pédagogique – une réforme uniforme imposé par le haut ayant peu de chances d'aboutir à des résultats probants. Les différentes expériences ont cependant été soumises à un processus d'accréditation commun par la Commission Interfacultés Médicales Suisses (CIMS), qui a permis de dégager une cohérence d'ensemble, indiquant que les réformes suivies allaient dans la bonne direction, moyennant quelques efforts supplémentaires dans certaines facultés.

En 2006, une loi fédérale sur les professions médicales consacre la reconnaissance d'une série d'objectifs d'apprentissage généraux (définissant ainsi un tronc commun) et spécifiques. Les compétences relatives à chaque métier ont été déterminées avec le concours des facultés de médecine et des organisations professionnelles. Elles définissent les critères d'obtention des diplômes médicaux, et font l'objet d'évaluations et d'adaptations tous les quatre ans.

Le cas helvétique nous donne un exemple de réformes menées en laissant dans un premier temps une large autonomie aux acteurs, permettant l'avènement d'un consensus permettant, dans un second temps, l'intervention du législateur pour la définition des normes. Comme dans l'expérience canadienne, on constate ici que le projet s'est donné le temps nécessaire à la réussite, puisqu'il s'est écoulé près de quinze ans entre les premières réformes et leur traduction en droit.

(18) Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé

4 DES PISTES DE RÉFORMES ENVISAGEABLES EN FÉDÉRATION WALLONIE – BRUXELLES

De ce qui précède se dégagent plusieurs pistes, balises, inspirations pouvant guider la réforme de la formation en santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les défis se posant à notre système de soins et à la formation médicale doivent être vus comme autant d'opportunités de repenser en profondeur la politique menée dans ce domaine, en se fixant des objectifs ambitieux à moyen et long terme.

4.1 Quelques balises

Avant de présenter des options stratégiques permettant cette réforme, il semble utile de poser quelques balises conditionnant le succès du processus. La première d'entre-elles est évidemment la nécessaire mobilisation des acteurs du secteur. Il est inenvisageable de faire évoluer le système sans le soutien des intéressés, et encore moins contre leur volonté. D'une part, la liberté académique est un principe fort de notre système éducatif qu'il convient de respecter. D'autre part, les professionnels de la santé connaissent mieux que quiconque les problématiques rencontrées sur le terrain et doivent nécessairement être intégrés à l'orientation de la réforme.

Le rôle du pouvoir politique dans ce domaine est, premièrement, de donner un cadre pour la co-construction de la réforme. Il veillera ainsi à impulser une dynamique positive, et à doter la procédure des moyens d'une issue fructueuse. Le premier de ces moyens sera le temps. On a pu constater que les réformes menées à l'étranger doivent en bonne partie leur succès aux délais qui ont été laissés au secteur pour parvenir à trouver les consensus nécessaires à une élaboration harmonieuse. La période de changement qui s'ouvre dans le domaine de la formation en santé permet d'envisager le long terme, dans des contraintes d'urgence moindres que par le passé. D'autres ressources devront être mobilisées afin de doter le processus d'une réelle méthode. Les nombreuses recherches menées ces dernières années dans le champ de la pédagogie médicale constituent des outils précieux pour faire évoluer le système. Un tel savoir-faire est disponible dans plusieurs centres de recherches de nos universités, il devra être sollicité pour encadrer scientifiquement le processus.

Par ailleurs, dans ce dossier comme dans tous les autres, le rôle des pouvoirs publics est également de veiller à la prise en compte du bien com-

mun. Dans cette perspective, et sous réserve de ce qui exposé au paragraphe précédent, il s'agit notamment d'être attentif à :

- la cohérence entre les besoins de santé identifiés au sein de la population et l'offre de formation dans le domaine – celle-ci devant répondre à critère d'excellence majeur : l'impact positif sur la santé des citoyens ;
- la définition de missions précises des établissements organisant la formation en santé, ce qui comprend notamment :
 - une dynamique interdisciplinaire permettant d'apporter des réponses globales aux questions de santé, qui dépendent comme on l'a vu de nombreux déterminants ;
 - une attention particulière au généralisme, aux soins ambulatoires et à l'approche communautaire de la santé ;
 - la confrontation précoce des étudiants en santé avec la population, ce qui implique des stages dans tous les milieux d'exercice de pratiques sociales et de santé ;
 - un modèle pédagogique permettant de doter les professionnels des compétences identifiées comme nécessaires à ce qui précède.

Ces balises posées, nous développerons maintenant quelques stratégies de mise en œuvre.

4.2 Transposition des principes du Consensus Mondial

Dans la perspective d'une réforme, une stratégie pourrait consister à étudier la pertinence et l'applicabilité d'une démarche de qualité inspirée des principes de responsabilité sociale, et de la mettre en œuvre sous la forme d'une approche de recherche action, c'est-à-dire, de prendre des mesures concrètes tout en vérifiant en cours de route, à l'aide de données fiables, les effets qu'elles produisent pour permettre tout ajustement. Cette approche a l'avantage d'être adaptable au contexte et de permettre une participation démocratique au processus de changement. Il pourrait comprendre trois phases (voir Tableau 2. proposition de phasage de la mise en œuvre des principes du Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine).

La phase d'applicabilité est essentielle dans la mesure où elle permet d'étudier la pertinence des principes de responsabilité sociale pour conduire

TAB. 2 – proposition de phasage de la mise en oeuvre des principes du Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine

Phase 1 : Applicabilité

Recueil et analyse d'informations relatives à l'applicabilité des principes énoncés dans le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine au contexte local ou national. Une consultation serait prévue des différentes parties concernées : enseignants, étudiants, administrateurs et partenaires en santé

Phase 2 : Expérimentation

Elaboration et expérimentation des normes et indicateurs illustrant la responsabilité sociale de la faculté de médecine, notamment à partir des paramètres du modèle CPU (Conceptualisation-Production-Utilisabilité). Une série de mesures concrètes serait prise en concordance avec les caractéristiques de ce modèle

Phase 3 : Evaluation

Evaluation des effets de l'application de ces normes, à court, moyen et long terme, sur la capacité de la faculté de médecine à améliorer son propre fonctionnement, sa collaboration avec d'autres partenaires du secteur sanitaire et social, son influence sur la performance du système de santé et son impact sur la santé des populations.

une réforme, d'associer à cette réflexion différents acteurs de santé impliqués dans la planification, la préparation et l'utilisation de différentes catégories de professionnels de santé dans le système de santé, et de s'accorder sur des mesures à prendre, en connaissance des implications respectives.

Une clarification sur les principes de responsabilité sociale est un préalable indispensable. Le schéma ci-dessous met en évidence différents gradients sur une échelle de responsabilité sociale des facultés de médecine, en rapport avec six paramètres, en utilisant la sémantique anglo-saxonne de « *responsibility*, *responsiveness* et *accountability* », conscient que notre acceptation du terme « responsabilité » s'apparente à « *accountability* » (19).

L'engagement dans un processus de réforme des facultés de médecine belges devrait pouvoir bénéficier d'un échange avec d'autres facultés de médecine dans le monde engagées dans un projet similaire de transformation.

4.3 La mise en œuvre d'une approche par compétences

L'Approche par Compétences intégrée (APCi) est une méthodologie de construction de curriculums selon la logique des compétences basée sur une approche stratégique et intégrative des objectifs d'apprentissages, des finalités et des moyens en terme de résultats et de processus (Parent *et al.*, 2010).

Les dispensateurs de soins constituent le pilier de tout système de santé. Les planificateurs

(19) Article sous presse dans la revue *Medical Teacher* (publication prévue en juillet 2011).

et les responsables de l'élaboration des politiques de santé devraient donc disposer d'une information la plus opportune et la plus adéquate pour élaborer des cadres et des outils permettant une gestion complète et cohérente de leurs ressources humaines. Cette gestion devrait intégrer les réalités et pratiques de terrain, grâce à une approche méthodologique favorable au développement personnel et professionnel de chaque individu. Ainsi serait assurée la présence continue de dispensateurs de soins compétents (en nombre suffisant), qui offrent des services appropriés aux populations. En effet, en référence à la psychologie sociale, les transformations cognitives et les liens sociaux permettent d'identifier la direction à suivre. Plus précisément, le processus participatif et l'implication de personnes représentatives des différents niveaux de formation et du système de santé sont déterminants pour la qualité du travail produit. Il s'agit véritablement de considérer le « processus participatif » et l'approche en réseau (réseau d'acteurs ou système d'acteurs et d'actions régulé face à une problématique particulière) comme un élément méthodologique à part entière, permettant d'assurer à la fois la qualité des productions (résultats) et l'appropriation du changement (effets et impact).

4.3.1 L'ingénierie des compétences et de la professionnalisation

La priorité dans ce rapport est la nécessaire compréhension des choix stratégiques à faire en fonction d'enjeux explicites ou à mieux expliciter pour la formation des professionnels en santé. L'ingénierie des compétences qui peut alors être mise en œuvre devient relativement technique et

ce n'est pas le but que d'entrer dans ce détail à ce stade. Néanmoins, ceci ne veut en aucun cas dire que toute cette ingénierie appartient à des experts de l'éducation et de la formation. A contrario, il s'agit, par le choix des processus d'élaboration des curriculums et de leurs actualisations, de permettre aux acteurs de terrain et certainement aux institutions de formations en santé, de s'approprier, voir de construire les concepts sous jacents à toute cette ingénierie ou réingénierie des curriculums en cohérence aux finalités que chaque contexte se donne. Les démarches qualité, qu'il s'agisse d'évaluation de programmes à un niveau macro ou de dispositifs de formation plus micro, ont notamment besoin de l'implication de l'ensemble des équipes enseignantes dans la mesure du changement réellement envisagé (Argyris *et al.*, 2002 ; Letor, 2011).

Il ne s'agit pas non plus de vouloir fonctionner en vase clos, au sein du seul secteur de la santé, mais bien en intersectorialité, avec l'éducation, la recherche, la planification, le management des organisations, etc.

Afin de permettre d'envisager les 'étapes' ou plutôt balises dans la construction d'un curriculum par compétences, ci-dessous sont repris les éléments de la table des matières d'un ouvrage en cours d'élaboration (Parent *et al.*, 2011) (voir Tableau 3. balises pour la construction d'un curriculum par compétences (Parent *et al.*, 2011)).

D'une autre façon et en référence à l'article repris en **annexe 7**, une vision plus synthétique de ces mêmes étapes est également proposée (voir Tableau 4. balises pour la mise en oeuvre d'une approche par compétences (synthèse)) :

Ces étapes sont décrites dans l'article de Parent (2010) repris en **annexe 8**.

Les éléments ci-dessus, repris sous forme de balises, peuvent également se structurer sous la forme qui est présentée dans le schéma proposé en **annexe 8**. Qu'il s'agisse des étapes/balises présentées ou du schéma, ces structurations peuvent servir de cadres de référence pour l'évaluation de programmes de formations en santé, tout comme des modèles de référence tels le modèle d'évaluation de Stufflebeam ou la Roue de Deming. Ce qui importe est de développer des outils de gestion de la qualité favorables à l'évaluation de la qualité d'un dispositif de formation en sciences de la santé (cf. Jouquan J. L'évaluation de la qualité de la formation : au-delà des chiffres. In : Bédard D, Béchard J-P. Innover dans l'enseignement supérieur. Paris : Presses Universitaires de France, 2009). L'enjeu est d'arriver à mettre en oeuvre, de façon réellement intégrée, des outils d'évaluation qui respectent les

liens entre finalités, méthodes et processus.

4.3.2 L'ingénierie pédagogique et de la formation

Un article qui représente une excellente référence pour cette partie est celui de Jean Jouquan « *A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage?* » dans la revue de Pédagogie Médicale (Jouquan, 2003).

L'axe stratégique fondamental qu'il ne faut jamais négliger reste celui de la formation des formateurs et enseignants en lien avec la question des pratiques enseignantes et partant de là de celle des pratiques apprenantes.

En termes de développement de compétences les dispositifs pédagogiques à favoriser font référence à l'apprentissage par problème ou APP, à la pédagogie par projet ou PPP et à l'apprentissage collaboratif au sens large. De façon beaucoup plus globale le cadre de référence en pédagogie est celui des « pédagogies actives », sans pour autant avoir une posture d'exclusivité.

Que l'on parle d'*Apprentissage par problèmes* ou d'*Approche par problèmes* (APP), l'APP est par exemple une approche pédagogique qui suscite de plus en plus d'intérêt chez les enseignants / formateurs qui cherchent à développer ou renforcer les compétences des apprenants. La méthode pédagogique est centrée sur l'apprenant et il est possible, à partir d'un problème, d'organiser un dispositif favorable à l'apprentissage de nouvelles connaissances. Les objectifs pédagogiques sont au préalable clairement identifiés (soit dans un *Référentiel de compétences intégré* (RCi), soit via d'autres modalités tel qu'un consensus au sein de l'organisation). Les apprenants, regroupés en équipe, travaillent à partir d'un problème en construisant leurs savoirs à partir de différentes disciplines. Les acquisitions de connaissances et le développement des compétences se font pendant tout le décours du processus d'apprentissage par problème.

Dans une démarche d'APP, le dispositif pédagogique est centré sur l'apprenant. En effet, l'étudiant est mis en situation d'être pleinement responsable de son apprentissage. Il est amené à réaliser, notamment par un travail personnel, les objectifs d'apprentissage définis au cours du traitement, avec les autres membres du groupe, de la situation-problème proposée.

L'APP a non seulement pour objectif l'apprentissage de connaissances mais il se distingue en

TAB. 3 – balises pour la construction d'un curriculum par compétences (Parent et al., 2011)

- Partie 1 : Clarifier sa vision de la formation et les concepts clés
- Etape 1. Se donner une vision systémique de la formation et du processus
- Etape 2. Clarifier son paradigme pédagogique
- Etape 3. Quelle perspective de travail ou Quelle méthodologie de mise en œuvre
- Etape 4. Préciser sa définition de la compétence
- Etape 5. Clarifier ses finalités professionnelles
- Partie 2 : Construire son référentiel de compétences intégré
- Etape 6. Identifier les fonctions et situations professionnelles dans l'organisation
- Etape 7. Identifier les activités du métier
- Etape 8. Catégoriser les activités
- Etape 9. Repérer les compétences et structurer les capacités
- Etape 10. Elaborer les rubriques
- Etape 11. Intégrer les compétences
- Etape 12. Valider le référentiel de compétences intégré
- Partie 3 : Mettre en œuvre un curriculum par compétences intégré
- Etape 13. Assurer une transposition didactique en cohérence
- Etape 14. Former/intégrer les formateurs/acteurs
- Etape 15. Mettre en place un « observatoire » de la qualité

TAB. 4 – balises pour la mise en oeuvre d'une approche par compétences (synthèse)

1. Clarification des cadres de références et du paradigme pédagogique
2. Identification des situations professionnelles dans l'organisation en santé
3. Élaboration du référentiel de métier intégrateur
4. Élaboration du référentiel de compétences intégré dans le cadre de l'approche analytique de la compétence (AAC) : les compétences, les capacités, les rubriques
5. Élaboration du référentiel de compétences intégré dans le cadre de l'approche située de la compétence (ASC) : les situations professionnelles (SP), les familles de situation professionnelles (FSP) et l'objectif continué d'intégration (OCI)
6. Processus de validation

visant à rendre opérationnelles ces connaissances en ciblant différents objectifs de formation fondamentale :

- Favoriser l'autonomie dans l'apprentissage ;
- Développer des stratégies de recherche documentaire efficaces ;
- Améliorer la capacité à résoudre des problèmes complexes tirés de la vie réelle ;
- Apprendre à travailler en équipe efficacement
- Développer des capacités de communication ;
- Favoriser les transferts et l'intégration des connaissances

4.3.3 L'ingénierie de projets

Le grand nombre d'acteurs dont il est pertinent de tenir compte durant l'ensemble du processus nécessite une vigilance continue. Le maintien

d'une forme de cohésion entre acteurs concernés par la problématique finale et l'objectif spécifique devient un enjeu majeur de la réussite d'un projet ou d'un programme qui veut avoir un impact réel, c'est-à-dire un changement pertinent objectif. L'approche systémique est un de ces outils de gestion de projet ou programme pouvant aider à assurer le maintien de la cohésion, surtout si elle est utilisée de manière participative (Anadon, 2007) et réflexive (Lafortune, 2002) lors de chaque activité et/ou étape clé. On peut considérer qu'il s'agit réellement d'allier l'ingénierie des projets à l'ingénierie des compétences afin d'élaborer des programmes de formations 'en situations'.

5 CONCLUSION

Tout au long de ce rapport, nous avons pu détailler les apports des récentes et nombreuses réflexions menées dans les domaines de la santé et de la pédagogie médicale. Ceux-ci plaident tous pour une réforme consistante et donnent les outils méthodologiques permettant d'y parvenir avec

succès.

Comme on l'a vu, la Fédération Wallonie-Bruxelles, conformément aux engagements de la majorité politique qui la gouverne, pourrait tirer parti des changements structurels touchant les études de la santé pour engager une telle réforme. À la volonté politique devra s'associer une consultation étroite des acteurs du milieu de la santé. Dans une telle perspective, la démarche permettant d'aboutir à des consensus quant aux réformes à mener serait nécessairement longue, et ses issues potentielles multiples.

Néanmoins, nous avons voulu conclure ce rapport par une proposition structurée de nouvelle organisation des études de la santé. La volonté n'est pas de contraindre les résultats d'un éventuel processus de réforme ou d'imposer nos vues. Il s'agit tout d'abord de clore notre travail en convaincant le lecteur de la pertinence des arguments développés tout au long du texte, en illustrant leur possible transposition pratique. Cette proposition peut également être vue comme notre propre contribution au débat qui devra s'ouvrir. Déjà soumise à l'épreuve des nombreux entretiens réalisés dans le cadre de ce rapport, elle pourra par la suite continuer à servir de « pièce à casser », c'est-à-dire de premier support à des discussions ultérieures.

Le schéma que nous proposons page 41 se lit de haut en bas (voir Figure 3. exemple d'approche intégrée des différentes filières de santé). Il propose de construire des savoir-faire et des savoirs-être pertinents, c'est-à-dire adéquats par rapport aux besoins. Cette définition des besoins serait le fait d'une structure communautaire d'analyse multidisciplinaire intégrant les milieux académiques (universités et hautes écoles), les observatoires et banques de données de santé publique, les centres de sociologie et d'économie de la santé, les unités pédagogiques, les pouvoirs publics (santé, enseignement et recherche) et un conseil pluridisciplinaire de la santé regroupant les différents métiers de la santé.

En regard d'une analyse des besoins, une définition des référentiels de compétences serait validée pour chaque métier par les professionnels et les centres de formation *ad hoc*. Ceux-ci seraient en charge de décliner les modalités d'apprentissage de ces compétences pour leur filière et de les articuler avec les autres filières. Cet ensemble-carrefour des instances de formation compose un « pôle santé » qui opérationnalise les interactions entre filières, les passerelles, les parts communes de ce processus de formation orienté sur les besoins de santé d'un territoire ou d'un bassin donné.

Le modèle défend une approche de la santé sous un modèle bio-psycho-social. Il se fonde sur une multidisciplinarité transversale entre les filières (interdisciplinarité) et au sein de chacune d'entre-elles (pluridisciplinarité), et ce tout au long des cursus. Il implique la mise au jour pour chaque métier des compétences spécifiques et des compétences partageables ou transversales, mais aussi un écolage à un travail de collaboration et de recherche de complémentarité avec les autres métiers de santé. Ce faisant, un tronc commun et/ou partagé émergerait entre les différentes filières. Il permettrait d'envisager une intermodularité, essentiellement dans les premières années, favorisant les réorientations et passerelles. Ceci vise à donner un bagage et une grille de lecture largement commune aux futurs acteurs de la santé ainsi que des outils transférables et valorisables partiellement ou totalement d'une filière à l'autre.

Ces segments « transversaux » de la formation seraient davantage concentrés sur le premier cycle mais se déploient également, et suivant l'opportunité, dans les années de master. On pourrait répartir ces segments en six axes thématiques.

1° *Projet de formation*. Ce segment regrouperait des activités visant à définir les objectifs de la formation, à initier les étudiants au concept de santé, à ses finalités et à ses diverses dimensions (individuelle, collective, préventive, curative, multifactorielle...). Il introduirait aussi la question des besoins en matière de santé, ainsi qu'une prise de connaissance de l'éventail des métiers de la santé (médecine générale, soins infirmiers, kinésithérapie, dentisterie, recherche, santé publique, médecine scolaire, administration, gestion, assurance...), des rôles et des complémentarités existantes dans le secteur. En résumé, ce module fournirait à l'étudiant les éléments du cadre dans lequel il sera amené à évoluer dans sa formation et sa profession future. Ce module devrait être commun aux filières et réalisé très précocement en première année de bachelier.

2° *Santé et société*. L'objectif recherché est de montrer en quoi la santé constitue un secteur de la vie sociale. Le module comprendrait des apprentissages relatifs à la sécurité sociale, à l'histoire des métiers de la santé, au cadre législatif et au fonctionnement du système de santé (assurance et solidarité). Il donnerait les outils permettant d'approcher les politiques de santé, de la promotion de la santé et l'impact des déterminants de la santé (articulation avec le social, le culturel, l'environnement). Les modalités de pratiques professionnelles seraient également abordées. Ce module est à entamer dès

les premières années mais gagnerait à être développé tout au long du cursus.

- 3° *Sciences exactes*. Ce module serait sans doute le moins facile à transversaliser, au vu des spécificités d'approche au sein des différentes filières. Les contenus abordés dans l'enseignement secondaire laisseraient davantage de place à des cours plus spécifiquement orientés vers le secteur de la santé. Il pourrait s'agir de la biologie, de l'anatomie et de la physiologie de base, de la santé publique (y compris les bases en épidémiologie), des méthodes statistiques appliquées à la santé... L'importance de ces cours pourrait être modulée en fonction de leur pertinence dans la spécificité choisie.
- 4° *Sciences humaines, y compris les approches liées à la relation avec le patient*. L'objectif visé est ici un renforcement des approches de la relation, de la philosophie des sciences, des questions éthiques ou de la sociologie de la santé, par exemple. Cette idée, qui rencontre une forte adhésion, est déjà l'objet d'initiatives intéressantes dans plusieurs hautes écoles et facultés de médecine, y compris dans des dynamiques pluridisciplinaires. En ce qui concerne plus particulièrement les aspects relationnels, il s'agirait de mettre l'accent sur la prise en considération de l'individu comme sujet et comme acteur au centre de toutes les pratiques de santé. Une compétence en matière de psychologie est indispensable mais insuffisante. Un travail sur la relation interpersonnelle, le transfert, l'éducation au pouvoir d'agir sur la santé, le rapport au patient en regard des droits de celui-ci ou la capacité de communiquer des résultats dans de bonnes conditions s'avère indispensable. D'évidence, ce module peut aisément être transversalisé au sein de plusieurs filières et présent tout au long du cursus.
- 5° *Technologies de l'information, y compris documentation et communication professionnelle*. Il ne s'agirait pas seulement d'acquérir une connaissance des nouvelles technologies de l'informatique, mais aussi de développer des compétences en recherche documentaire et bibliographique, en utilisation des plates formes *e-health*, ou encore en communication professionnelle.
- 6° *Stages*. Les professionnels de santé travaillent pour la plupart au contact de la population. Ce contact doit se faire au plus tôt. Les stages doivent se diversifier vers tous les services à la population, pas seulement envers les patients stricto sensu, mais aussi vers des structures sociales, des structures de prévention (Office de la Naissance et de l'Enfance, promotion de la santé à l'école, centres psycho-médico-sociaux,

médecine du travail), le secteur ambulatoire, la recherche, la santé publique, les secteurs hospitaliers généraux et de pointe, pour ne donner que quelques exemples. Les stages peuvent aussi s'envisager comme des lieux d'exploration du travail pluridisciplinaire où se rencontrent des étudiants de filières différentes.

Les options pédagogiques qui sous-tendent cette proposition laissent la part belle aux approches par compétences, par problème ou par projets. Elles sont centrées sur le contact avec la population – et non plus seulement avec le patient – notamment via les stages proposés dès les premières années. D'un point de vue stratégique, elle propose un rééquilibrage des logiques et donc un renforcement du modèle de raisonnement, de la gestion des savoirs et des pratiques en faveur de la médecine générale et des soins ambulatoires. Près de cinquante pour cent des étudiants seront des praticiens des soins de santé primaire dont le *modus operandi*, voire le paradigme, est assez différent de celui de la médecine spécialisée. Cette différence se retrouve dans toutes les filières de formation, avec d'autant plus d'acuité que se développe l'hyperspécialisation. Reconnaître cette différence, c'est reconnaître la spécificité, le rôle complémentaire et la nécessaire formation à leur reconnaissance pour une collaboration efficace autour d'un projet partagé (diagnostic partagé – plan de soins – réinsertion).

(voir Tableau 5. comparaison des caractéristiques relatives aux soins de santé primaires et aux soins spécialisés)

Cette option est essentielle pour éviter de conforter une approche segmentée (par système ou par organes) et décontextualisée, nécessaire et indispensable en second recours mais inadéquate pour résoudre une très grande majorité des problèmes de santé selon la manière dont ils se posent dans la vie des gens. Elle est également importante pour qu'à leur sortie, les étudiants aient le sentiment d'être outillés par rapport à la réalité à laquelle ils seront confrontés. On peut penser que cette impréparation explique le départ de nombreux praticiens en médecine générale au bout de quelques années que l'on a pu constater.

5.1 Enrichir, élargir et soutenir

Au terme de ce rapport, il apparaît que la période de réforme qui s'ouvre dans le domaine de la formation en santé constitue une opportunité importante de mieux rencontrer les besoins sociaux. La Fédération Wallonie – Bruxelles peut également s'en saisir pour faire évoluer la qualité de son en-

TAB. 5 – comparaison des caractéristiques relatives aux soins de santé primaires et aux soins spécialisés

Soins de santé primaires	Soins spécialisés
Problème	Maladie
Prévalence haute	Prévalence basse
Recours premier et continu	Second recours et conjoncturel
Contexte social, familial, environnemental	Hors contexte
Ambulatoire	Hôpital

seignement dans un sens favorable au bien-être de la population. De manière plus pragmatique, l'initiation d'un processus de réforme tel que décrit dans ces pages serait également l'occasion de régler les problèmes récurrents qui se posent dans nos facultés de médecine et dont nous faisons le rappel en introduction.

L'enrichissement des contenus et des pratiques pédagogiques permettrait aux étudiants des formations médicales de s'inscrire dès le début de leur formation dans une perspective plus dynamique. Conscientisés au rôle social qu'ils seront amenés à jouer, leur motivation à poursuivre ces études prendrait sans doute une nouvelle dimension. Les enseignants y trouveraient également une forme de revalorisation de leur rôle, davantage ancré dans les réalités du secteur de la santé qu'ils connaissent bien par ailleurs.

L'élargissement du champ de la formation à de nouvelles compétences, et ce dès les premières années du cursus, permettrait probablement à davantage d'étudiants de trouver la voie de la réussite dans ces études. Il donnerait un aperçu plus fidèle de la réalité des professions de santé, favoriserait l'abord de ces études et une bonne orientation dans la suite de ces cursus. Une approche décroisée des différents métiers de la santé et un rééquilibrage vers le généralisme contribuerait également à valoriser certaines filières en pénurie et, par la même, à répondre aux nécessités nouvelles.

Enfin, le développement d'un tel processus impliquerait nécessairement un meilleur accompagnement des étudiants dans leur cursus. Cette approche plus spécifiquement centrée sur l'acquisition de compétences transversales faciliterait les passerelles entre les filières et donc les réorientations. Dans un tel contexte, il ne serait plus question de jalonner le parcours étudiant de coupe-reteins mais bien de lui permettre d'acquérir des capacités qu'il pourra toujours valoriser dans la suite de son parcours. Des mesures d'encadrement devront accompagner ce processus, permettant à l'étudiant de bénéficier de guidances, d'évaluations personnelles ou de l'expérience d'étudiants-assistants.

Certes, cette réforme nécessitera des efforts.

D'avantage que de moyens financiers, elle aura besoin de la volonté politique des gouvernants et de l'implication enthousiaste des acteurs. Les nécessités s'imposant à nous dans le domaine de la santé, tout comme les difficultés actuelles de la formation médicale justifient amplement de tels efforts. La chance d'apporter une réponse structurelle à ces deux problèmes dans une optique positive doit donc être saisie.

6 BIBLIOGRAPHIE

Anadon M. (2007). *La recherche participative. Multiples regards*. Presses de l'Université du Québec.

Argyris C., Schön D.A. (2002). *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique*. De Boeck Université, pp. 380.

Bader Ch. (2004). *Réforme des études de médecine de la dernière décennie en Suisse*, APU-Bulletin no 4.

Baylis F., Downie J., Freedman B., Hoffmaster B., Sherwin S. (1995). *Health Care Ethics in Canada (1995)*; E.H.W. Kluge, *Biomedical Ethics in a Canadian Context*.

Bantuelle M., Morel J., Dargent D. (2000). *La participation Communautaire en matière de santé*. Collection santé communautaire et promotion de la santé. asbl " Santé, Communauté, Participation. Bruxelles.

Boelen C., Heck J.E. (2000). *Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

Boelen C., Grandmaison P, Ladner J et Pestiaux D. (2008). *Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation*. *Pédagogie Médicale* 2008 ; 9(4).

Bruno I., Clément P., Laval C. (2010). *La grande mutation. Néolibéralisme et éducation en Europe*. Editions Syllepse, Paris.

CIDMEF en collaboration avec l'OMS. *La Faculté de Médecine face à ses Responsabilités Sociales et Ethiques*. Ed. Conférence Internationale

des Doyens des Facultés de Médecine et d'expression française (CIDMEF), Nancy, 2003.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Cadre de compétences CanMEDS 2005. Accessible sur <<http://www.chirurgie.umontreal.ca/documents/CANMEDS-cadrecompetences.pdf>>

Communauté française de Belgique. Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008-2009. Accessible sur : <http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promotionsante-prevention/#c2210>

Conrad S. (2011). Florence Parent : « on ne peut pas tourner en rond entre enseignants ». www.kineactu.com/n°1233/ Jeudi 14 avril 2011.

Conseil Suisse de la Science et de la Technologie (2006). Quel avenir pour la médecine universitaire ?

Culture & Santé (2009). Les inégalités de santé. Dossier thématique (<http://www.cultures-promosante.be/pdf/DossierThematique/DT_Inegalites Sociales.pdf>)

Del Rey A. (2010). A l'école des compétences. De l'éducation à la fabrique de l'élève performant. Edition La Découverte, Paris.

Des Marchais et coll. (1996). Apprendre à devenir médecin. Université de Sherbrooke, Québec.

Demeuse M., Strauven C. (2006). Développer un curriculum d'enseignement ou de formation. Edition de Boeck, Bruxelles.

Dielemans M., Richard F., Martens V., Parent F. (2009). Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique.

Durant D. (2010). La systémique. Collection Que sais-je ? PUF Editions, Ville.

Ferrier B., Fery-Lemonnier E. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Devenue direction générale de l'offre de soins (DGOS). Janvier 2011.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. et al. Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 ;376(9756) :1923-58.

Harris, I. B. (1993). New expectations for professional competence. In : L. Curry, J.F. Wergin et

al. (dir.). *Educating professionals*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass, 17-52.

Haute Autorité de Santé. (2008). Rapport d'étape : Délégation, transferts, nouveaux métiers ... conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (2007). Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? – Recommandation.

Hesbeen W. (2002). La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante (2ème édition), éditions Masson, Paris, 208p.

Hirtt N. (2009). L'approche par compétences : une mystification pédagogique. *L'école démocratique*, n°39, septembre 2009.

Javaux A., Thirion C. (2010). Comment l'éducation est-elle intégrée dans les pratiques hospitalières ? Pourquoi soutenir un poste de coordinateur en éducation du patient dans une institution hospitalière ? *Education du patient & Enjeux de société*; 28(1) : 31-33.

Jonnaert P. (2002). Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique. Bruxelles, Éd. de Boeck.

Jouquan J. (2003). Le choix des étudiants candidats aux études de médecine : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique. *Pédagogie Médicale*; 4(1) :5-8.

Jouquan J. (2007). De l'approche par objectifs à l'approche par compétences. Faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ? *Pédagogie Médicale*; 8(4) :197-8.

Jouquan J., Bail P. (2003). A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 163-175.

Lafortune L., Deaudelin C. (2002). Accompagnement Socioconstructiviste. Pour s'approprier une réforme en éducation. Presses de l'Université du Québec, collection Education Intervention.

Lawrence M, Kinn S.(2011). Defining and measuring patient-centred care : an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature. *Health Expect.*, doi : 10.1111/j.1369-7625.2011.00683.x.

Lemenu D., Lejeune C., d'Hoop E., De Decker F., Parent F. et al. Référentiel européen de compétences en soins infirmiers, 2008 (déclinaison en 5 référentiels de compétences spécifiques : Pologne; Portugal; Lituanie; Belgique; France), Projet CRESI (Léonardo da Vinci), accessible sur

<http://www.ulb.ac.be/esp/peda-sp/>

Le Boterf. (2005). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris, Éd. organisation.

Letor C. (2011). *Comment travailler en équipe dans les établissements scolaires? Guide pratique à l'usage des enseignants, des responsables pédagogiques, des directeurs d'écoles*. Collection : Guides pratiques, Editeur : De Boeck. Martens V., Parent F. et le réseau des SCSS. (2009). *Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française*. Bruxelles, Observatoire du Sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles.

Ministère de la santé de RDC. *Référentiel de métier intégrateur de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (RMi-ECZS)*. Projet CEFOCS, Programme Santé 9e FED en RDC, Kinshasa, février 2010. Accessible sur www.areasante-site.org

Morin E. (1999). *La tête bien faite*. Ed. du Seuil, Paris, 154 p.

Nguyen DQ, Blais JG. (2007). *Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique*. *Pédagogie Médicale* 2007 ; 8 :232-51.

Organisation Mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986 (disponible sur <http://www.who.int>).

Parent F. (2006). *Déterminants éducationnels et les facteurs favorables à une meilleure adéquation entre formation et compétences attendues des professionnels de la santé dans les organisations de santé en Afrique*. Etude sur la gestion et le développement des ressources humaines en santé. Thèse de santé publique, Ecole de santé publique de l'ULB, juin 2006.

Parent, F. (2008). *Formation, compétences et constructivisme : le référentiel d'évaluation, outil de cohérence dans les programmes de formation en santé*. In Baillat, G., De Ketele, JM., Paquay, L., Thélot, C. *Evaluer pour former*. Outils, dispositifs et acteurs. Ed. De Boeck, Collection Pédagogies en Développement, Bruxelles, 2008, pages 111-139.

Parent F., Baulana R., Kahombo G., Coppieters Y., Garant M., De Ketele JM. *A comprehensive competence-based approach in curriculum development : Experiences from African and European contexts*. *Health Education Journal* 010 (<http://hej.sagepub.com/content/early/2010/09/16/0017896910376229.abstract>).

Parent F., Baulana R., Coppieters Y., Ka-

homb G., d'Hoop E., Lemenu D., Garant M., De Ketele J-M. *Mieux gérer la cohérence pour renforcer les ressources humaines en santé en développant une approche par compétences intégrée en éducation et formation pour le secteur de la santé : processus, paradigme et méthodes pour une intégration efficace des pratiques professionnelles et communautaires*. *Pédagogie Médicale* 2010 ; 11 (2), 111-25.

Parent F., Baulana R., Kahombo G., Coppieters Y., Garant M., De Ketele JM. (2010). *A comprehensive competence-based approach in curriculum development : expériences from African and European contexts*. *Health Education Journal*, 2010, doi : 10.1177/0017896910376229. <<http://hej.sagepub.com/content/early/2010/09/16/0017896910376229>>

Parent F., Baulana R., Kahombo G., Lulebo A., Coppieters Y. et al. (2010). *Référentiel de compétences intégré de l'équipe cadre de la zone de santé*. Projet CEFOCS – PS9FED 9ACP/ZR/011-57, septembre 2010, ARE@Santé, Bruxelles

Parent, F., d'Hoop, E., Dury, C., Baulana, R., Kahombo, G., Lejeune, C., De Ketele, JM. (2008). *Modèles de navigation dans un cadre d'approche par compétences intégrée (APCi)*. *Taxonomie dans un cadre d'APCi*. Bruxelles : ARE@ Santé ASBL.

Parent F., De Ketele JM. (2011). *Questions et pistes de réponses pour élaborer en équipe son curriculum de formation*. *Construire son référentiel de compétences dans le contexte de la mise en œuvre d'une approche par compétences intégrée*. En cours de rédaction pour la collection *Guides Pratiques*, De Boeck (édition prévue en 2012).

Perrenoud P. (1995). *Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ?* *Pédagogies collégiales* ; 9 (1) :20-24.

Roegiers X. (2000). *Une pédagogie de l'intégration*. *Compétences et intégration des acquis de l'enseignement*. Buxelles, Éd. De Boeck.

Rozenblatt P. (2000). *Le mirage de la compétence*. Editions Syllepse, Paris.

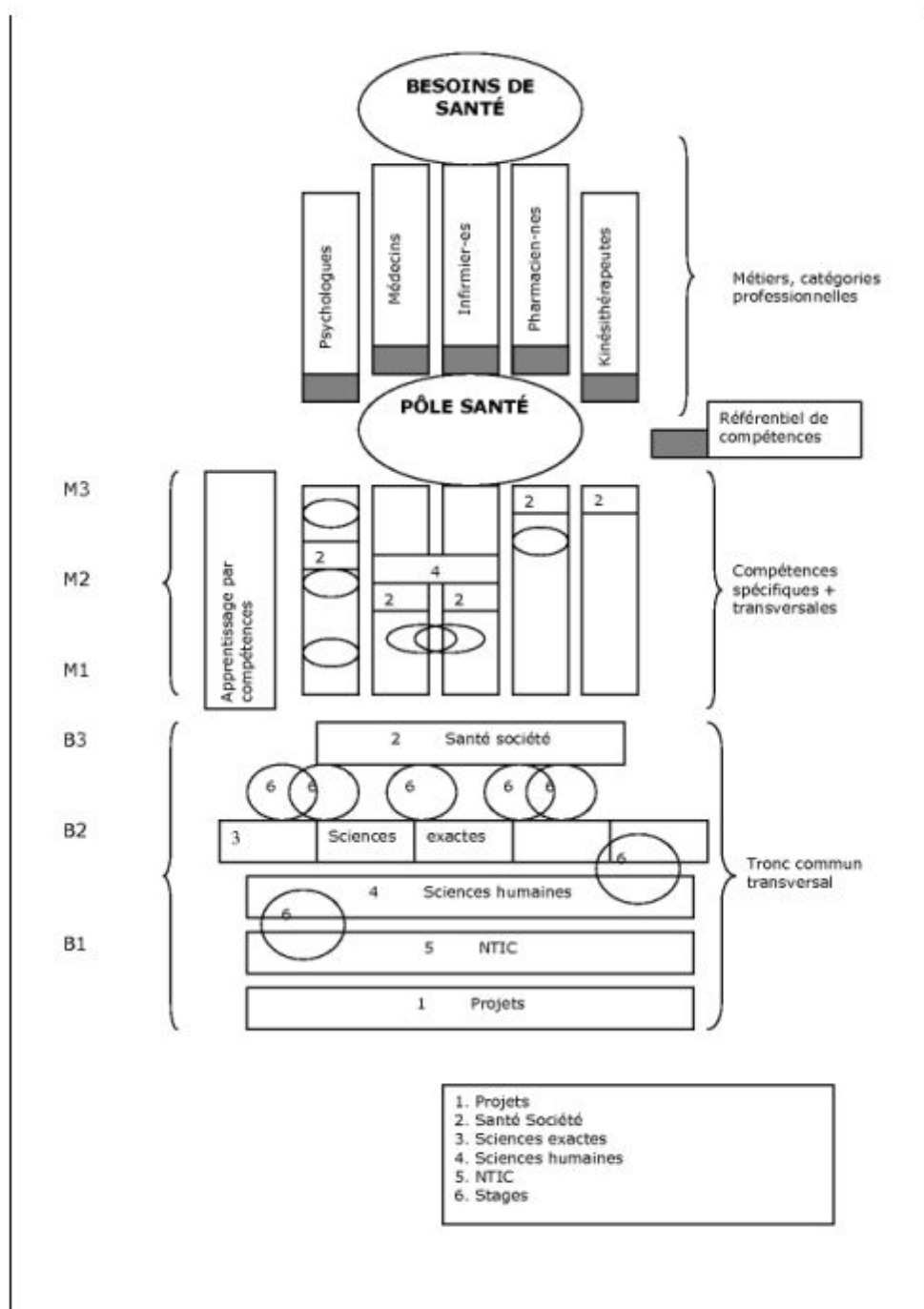
Santé conjugquée (2011), *Du futur des métiers au métiers du futur (N°55)*, Fédération des maisons médicales, Bruxelles.

Scallon G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles, Éd. De Boeck.

Tardif J. (2006). *L'évaluation des compétences*. *Documenter le parcours de Montréal*, Éd. Chanière Éducation.

Van Loon K., Hotton R., Parmentier P., Wardavoir H., Parent F. Référentiel de compétences intégré pour le profil du kinésithérapeute pour le pôle universitaire (Hautes écoles et faculté) de l'Université libre de Bruxelles (2008-2010), HELB-I. Prigogine et HE P-H. Spaak, 2011

FIG. 3 – exemple d’approche intégrée des différentes filières de santé



ANNEXES



Annexes

Annexe 1. Glossaire

Apprenant : Dans une démarche pédagogique centrée sur l'apprentissage plutôt que sur l'enseignement (Jouquan *et al.*, 2003) on préfère se référer au concept d'apprenant pour parler de l'étudiant ou du participant.

Approche analytique de la compétence (AAC) : énonce les compétences et les capacités ainsi que leurs critères et indicateurs (ou rubriques) d'évaluation. Cette approche se base, d'une part, sur une catégorisation des activités d'un métier ou d'une formation en compétences cognitives, réflexives et métacognitives, procédurales, psychoaffectives et sociales et, d'autre part, en niveaux d'observabilité du verbe d'action.

Apprentissage par problème (APP) : est une des principales méthodes, avec l'apprentissage par projet et l'apprentissage collaboratif, faisant partie des pédagogies actives, c'est-à-dire des pédagogies centrées sur l'apprenant et le processus d'apprentissage. L'APP part d'une situation problème réelle et complexe proche des situations vécues dans sa pratique professionnelle quotidienne.

Approche située de la compétence (ASC) : approche qui fait référence à la mise en situation professionnelle et se base sur l'identification, en formation continue, des situations professionnelles (SP) et, en formation initiale, des familles de situations professionnelles (FSP). Ce sont ces situations qui répondent le mieux à la question du sens des apprentissages en précisant le profil final attendu qui par ailleurs est synthétisé dans l'objectif continué d'intégration ou OCl.

Capacité : Niveau de maîtrise ou d'intégration permettant la mise en oeuvre d'une compétence. La combinaison de plusieurs capacités est souvent nécessaire pour mobiliser une compétence. Son acquisition constitue donc une ressource nécessaire pour le développement d'une compétence. Les capacités n'ont aucun pouvoir hiérarchique entre elles.

Compétence : cfr. **Annexe 3**

Famille de situations professionnelles (FSP) et situations professionnelles (SP) : ensemble des situations professionnelles analogues présentant suffisamment de caractéristiques communes que pour mobiliser les mêmes compétences

et capacités, dans les mêmes conditions. Elles sont représentatives de différentes fonctions auxquelles cette dernière doit faire face en mobilisant ses différentes compétences. La nécessité de fusionner les SP en FSP est nécessaire dans le cadre de la formation initiale ou ces FSP reflètent les lieux de stages.

Objectif continué d'intégration (OCI) : c'est la somme (un continuum) de l'intégration maximale de toutes les situations professionnelles. Il représente le profil global attendu.

Pédagogie active (PA) : ensemble des dispositifs, méthodes et outils qui mettent l'apprenant au travail en vue de construire, intégrer, appliquer et transférer son savoir. Les pédagogies actives représentent les méthodes d'enseignement et de formation qui sont les plus en adéquation avec le développement de compétences et devraient donc être mises en oeuvre en lien avec l'existence d'un Référentiel de compétences intégré et d'une démarche de formation basée sur des logiques d'approche par compétences. En effet, elles favorisent l'acquisition des capacités et compétences et renforcent en fin de compte l'autonomie.

Référentiel de Compétences intégré (RCi) : cadre de référence pour la formation et l'évaluation, donnant une vision intégrative et actualisée des attendus d'un programme sous forme de compétences.

Référentiel de métier (RM) intégrateur (RMi) : est une énumération de fonctions, activités et tâches constitutives d'un métier. On parle de RM intégrateur dans l'APCi plutôt que de RM car celui-ci est constitué de situations professionnelles rencontrées sur le terrain et d'une structuration didactique faisant référence à des activités rencontrées sur les lieux d'exercices professionnels. Cette structuration didactique repose sur une logique de catégorisation des activités d'un métier facilitant le passage de la pratique professionnelle vers la formation.

Rubrique : En regard de chaque capacité, une rubrique comprend les critères de qualité attendu du professionnel et leurs indicateurs de niveau de maîtrise de la capacité (Tardif, 2006). Une rubrique est constituée d'un ensemble multidimensionnel et multi référentiel d'indicateurs et de critères d'évaluation (Nguyen, 2007)

Socioconstructivisme et le constructivisme : Le socioconstructiviste se fonde sur une approche participative dans laquelle l'apprenant est placé au centre

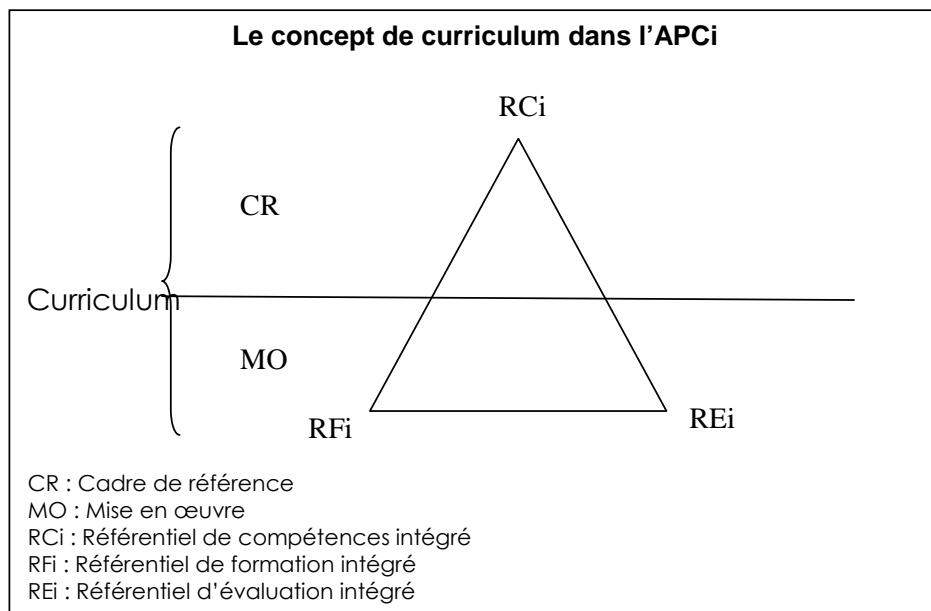
des apprentissages. Au départ d'une pratique réflexive et dans divers contextes et situations, il construit ses connaissances qui ne sont pas définies une fois pour toutes ni admises comme telles sans remise en cause. L'apprenant développe ses savoirs de façon progressive à partir des connaissances antérieures, en établissant des liens entre celles-ci et les diverses réalités rencontrées. Les contextes d'apprentissage et les interrelations jouent un rôle essentiel pour donner du sens et assurent le transfert des apprentissages dans différents contextes (Jonnaert, 2002).

Traduction didactique : Cf. Article **annexe 7**

Transposition didactique : Passage des savoirs savants aux savoirs enseignés. Dans le contexte de l'APC, la transposition didactique est mieux définie dans l'article en **annexe 7**.

Annexe 2. Le concept de curriculum dans l'approche par compétences intégrée (APCi)

Le concept de curriculum en regard de l'APCi est présenté à travers l'usage d'un schéma qui peut servir de cadre de référence global



Sur ce schéma, le curriculum est composé de trois éléments :

- Un cadre de référence pour la formation et l'évaluation représenté par le référentiel de compétences intégré (RCi). Celui-ci clarifie plusieurs aspects du curriculum, dont les finalités et compétences attendues pour le profil développé ;
- Un référentiel de formation intégré (RFi) faisant partie non plus du cadre de référence mais bien de la mise en œuvre du curriculum. Celui-ci clarifie les dispositifs pédagogiques à préconiser et les liens entre les compétences, les savoirs et les ressources au sens large ;
- Un référentiel d'évaluation intégré (REi) faisant également partie de la mise en œuvre effective du curriculum. Celui-ci clarifie les dispositifs et modalités d'évaluation le plus possible en cohérence avec le cadre de référence

On peut ainsi définir, dans l'APCi, le curriculum de la manière suivante :

$$\text{Curriculum} = \text{RCi} \times \text{RFi} \times \text{REi} = \text{CR} \times \text{MO}$$

Annexe 3. Eléments communs et divergents entre les différentes définitions de la compétence

Dans le but de mieux approcher la complexité de ce concept de compétence une analyse comparative est proposée. Le tableau ci-dessous permet à la fois une comparaison et une présentation des éléments clés de la définition à laquelle on fait référence dans le cadre de l'APCi¹.

Analyse comparée de définitions du concept de compétence								
Une compétence	D'Hainaut, 1988	Raynald et Rieunier, 1997	Gillet, 1991	Perrenoud, 1997	Jonnaert, Lauwaers, Peltier, 1990	Meirieu, 1991	Pallascio, 2000	APCi, Parent et Al 2010 (guide pratique)
fait référence à un ensemble d'éléments	des savoirs, des savoir-faire, et des savoir-être	des comportements	un système de connaissances, conceptuelles et procédurales	des ressources	des capacités	un savoir identifié	des dispositions de nature cognitive, affective, réflexive et contextuelle	Des ressources faisant référence à des savoirs, des capacités et compétences de nature cognitive, réflexive, métacognitive, procédurale, psychoaffective et sociale, des situations
que le sujet peut mobiliser	(non précisé)	ces comportements sont <i>potentiels</i>	ces connaissances sont organisées en <i>schémas opératoires</i>	ces ressources sont <i>mobilisables</i>	ces capacités sont à <i>sélectionner et à coordonner</i>	ce savoir identifié est à <i>mettre en jeu</i>	la mobilisation est exprimée à travers le concept de <i>disposition</i>	Ces ressources se construisent, se mobilisent et se transfèrent
pour traiter une situation	traitement des situations	une activité complexe	l'identification d'une tâche-problème et sa résolution	un type défini de situations	la représentation de la situation par le sujet	une situation déterminée	des situations-problèmes	des situations professionnelles, des familles de situations professionnelles, des familles de situations de vie
avec succès	« exercer <i>convenablement</i> un rôle, une fonction ou une activité. »	« exercer <i>efficacement</i> une activité. »	« une action <i>efficace</i> »	« agir <i>efficacement</i> »	« répondre <i>plus ou moins pertinemment</i> à la sollicitation de la représentation de la situation. »	« une <i>combinaison appropriée</i> de capacités »	« une action <i>responsable</i> , c'est-à-dire conçue, gérée et appliquée en toute connaissance de cause. »	en développant ses compétences dans un cadre théorique contextuel et opérationnalisé de critères de qualité

En synthèse, la définition de la compétence dans l'APCi est la suivante :
 « Une compétence est un ensemble de ressources faisant référence à des savoirs, des capacités et compétences de nature diverses (cognitive, réflexive, métacognitive, procédurale, psychoaffective, sociale) et des situations que le sujet peut construire, mobiliser et transférer afin de traiter des situations (professionnelles, de vie) en développant ses compétences dans un cadre théorique contextuel et opérationnalisé de critères de qualité ».

¹ Ce tableau provient de l'ouvrage de Philippe Jonnaert (2002) dans lequel nous ajoutons une comparaison avec le cadre de référence de l'APCi

Annexe 4. Vision synthétique des paradigmes en Education/Formation et en Santé (Diapositive/Extrait d'une présentation dans le cadre de la SIFEM, Grenoble, 2009)

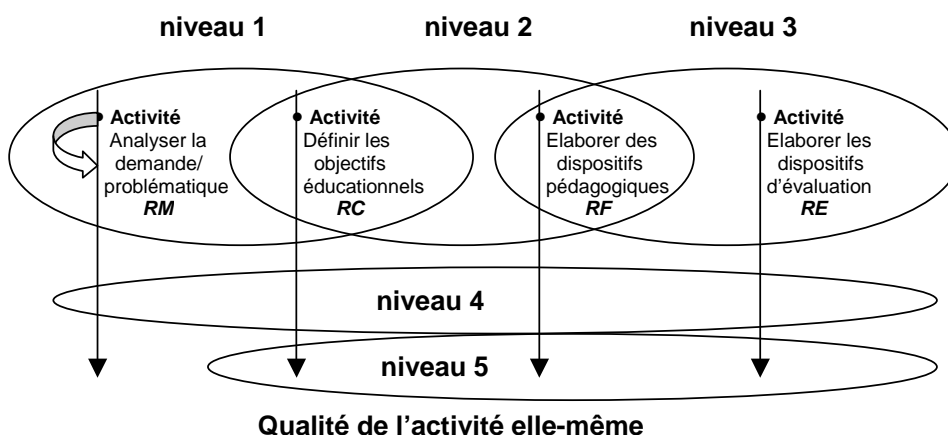


Annexe 5. Editorial : *Le choix des étudiants candidats aux études de médecine : enjeux sociaux et pédagogiques d'une décision académique* (Jouquan, 2003).

Annexe 6. Article : *A comprehensive competence-based approach in curriculum development : expériences from African and European contexts* (Parent et al., 2010).

Annexe 7. *Mieux gérer la cohérence pour renforcer les ressources humaines en santé en développant une approche par compétences intégrée en éducation et formation pour le secteur de la santé : processus, paradigme et méthodes pour une intégration efficace des pratiques professionnelles et communautaires* (Parent et al., 2010)

Annexe 8. Analyse des niveaux d'écart dans l'action pédagogique en santé (Parent, 2008)



Légende : *RM* = Référentiel de métier ; *RC* = Référentiel de compétences ; *RF* = Référentiel de formation ; *RE* = Référentiel d'évaluation

Ce schéma donne un cadre pour l'évaluation des activités de formation prenant en compte la qualité des activités mais aussi et surtout la cohérence des activités entre elles (niveaux d'écart). Par exemple, l'écart de niveau 3 se situe entre le *RE* et le *RF*, tandis que l'écart de niveau 4 inclut l'ensemble des niveaux d'écart qui peuvent exister entre chacune des 4 activités. Ce schéma permet de ne pas dissocier, tout en les analysants, les liens entre la mise en place d'un dispositif d'évaluation, la formation et les objectifs de formation. La simplicité de ce schéma est paradoxale à la réalité qui voit de nombreuses discordances entre les objectifs de renforcement des compétences et les dispositifs pédagogiques et d'évaluation.