



Agence pour l'Évaluation de  
la Qualité de l'Enseignement Supérieur

Évaluation du cursus  
Médecine  
en Fédération Wallonie-Bruxelles

# ANALYSE TRANSVERSALE

Bruxelles, novembre 2022

AEQES



## Structure du document

L'analyse transversale se structure de la manière suivante :

- INTRODUCTION, rédigée par la Cellule exécutive de l'AEQES et reprenant les informations factuelles de cette évaluation ;
- RÉSUMÉ rédigé par le comité d'évaluation ;
- CONTENU de l'ANALYSE TRANSVERSALE, rédigé par le comité d'évaluation.

## Avis au lecteur

Le Parlement de la Communauté française a adopté le 25 mai 2011 une résolution visant le remplacement de l'appellation *Communauté française de Belgique* par l'appellation *Fédération Wallonie-Bruxelles*.

La Constitution belge n'ayant pas été modifiée en ce sens, les textes à portée juridique comportent toujours l'appellation *Communauté française*, tandis que l'appellation *Fédération Wallonie-Bruxelles* est utilisée dans les cas de communication usuelle. C'est cette règle qui a été appliquée au présent document.

Les bonnes pratiques sont indiquées sur fond bleu. Il s'agit d'approches, souvent innovatrices, qui ont été expérimentées et évaluées dans les établissements visités et dont on peut présumer de la réussite<sup>1</sup>.

Ces bonnes pratiques sont à resituer dans leur contexte. En effet, il est illusoire de vouloir trouver des solutions toutes faites à appliquer à des contextes différents.

Les **recommandations** formulées par les experts se retrouvent, en contexte, dans l'ensemble des chapitres de l'analyse transversale. Elles sont également reprises sous la forme d'un tableau récapitulatif à la fin de ce rapport, dans lequel les destinataires des recommandations ont été pointés.

Les éléments contextuels et internationaux ont été pointés sur fond vert. Ils mettent en avant certaines réalités relatées par les experts internationaux. Bien qu'émanant de contextes différents de celui de la FWB, ces pistes peuvent être éclairantes dans une dynamique de changement.

Ce document applique les règles de la nouvelle orthographe.

<sup>1</sup> Inspiré de BRASLAVSKY C., ABDOULAYE A., PATIÑO M. I., *Développement curriculaire et « bonne pratique » en éducation*, Genève : Bureau international d'éducation, 2003, p. 2.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>15</b>
<b>Analyse transversale Médecine</b> .....	<b>19</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>22</b>
<b>Chapitre 1 – Données de contexte sur les programmes et les étudiants</b> .....	<b>23</b>
1.1 Cadastre des formations évaluées.....	23
1.2 Évolution du nombre d’inscrits et de diplômés.....	24
<b>Chapitre 2 – La politique de gouvernance et les systèmes d’assurance qualité</b> .....	<b>27</b>
2.1 Politique et structures de gouvernance, en soutien à la qualité de l’enseignement.....	27
2.2 Implication étudiante.....	28
2.3 Implication des parties prenantes externes.....	28
2.4 Évaluations périodiques des programmes.....	29
2.5 Information et communication interne.....	29
2.6 Autoévaluation des entités en regard du référentiel AEQES.....	29
2.7 Défis pour l’avenir en matière de gouvernance et d’assurance qualité.....	29
<b>Chapitre 3 – La pertinence des programmes</b> .....	<b>31</b>
3.1 Cadre réglementaire des programmes.....	31
I. Réduction de la durée des études.....	32
II. Accès aux études et à la profession.....	32
III. Organisation académique des études.....	33
3.2 Évolutions de la société.....	34
3.3 Évolutions dans les sciences de base, cliniques et technologiques.....	35
3.4 Évolutions du système de soins de santé.....	36
3.5 Cadres de référence en matière de pédagogie.....	36
3.6 Internationalisation.....	38
<b>Chapitre 4 – La cohérence des programmes</b> .....	<b>40</b>
4.1 Compétences et approche par compétences dans l’enseignement en médecine.....	40
4.2 Acquis d’apprentissage visés et fiches UE.....	41
4.3 Activités d’apprentissage.....	41
4.4 Méthodes pédagogiques.....	43

4.5 Charge de travail des étudiants .....	44
4.6 Évaluations du niveau d'atteinte des acquis d'apprentissage .....	44
4.7 Défis pour l'avenir en matière de cohérence .....	46
I. Conduite professionnelle/Préparation à la profession .....	46
II. Valorisation et investissement en temps pour l'enseignement .....	47
<b>Chapitre 5 – Les ressources .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1. Ressources matérielles .....</b>	<b>49</b>
I. Financement .....	49
II. Espaces de convivialité et de partage .....	49
III. Skills lab .....	49
IV. Bibliothèques .....	49
<b>5.2. Ressources humaines .....</b>	<b>49</b>
I. Manque de valorisation de l'enseignement .....	49
II. Académisation de la médecine générale .....	50
<b>5.3. Équité et bien-être des étudiants .....</b>	<b>50</b>
I. Aide à la réussite .....	50
II. Gestion institutionnelle des étudiants présentant des besoins spécifiques .....	50
<b>En synthèse : analyse SWOT des programmes évalués .....</b>	<b>52</b>
<b>Récapitulatif des recommandations .....</b>	<b>54</b>

## Table des figures

<b>Figure 1 :</b> Cadastre des formations du cluster « médecine » évaluées en 2020-2021 et nombre d'inscriptions total et par établissement en 2019-2020 .....	<b>23</b>
<b>Figure 2 :</b> Répartition géographique de l'offre de formation.....	<b>24</b>
<b>Figure 3 :</b> Répartition femmes - hommes dans les cursus évalués.....	<b>24</b>
<b>Figure 4 :</b> Évolution des inscriptions dans le cursus médecine (2015-2020).....	<b>25</b>
<b>Figure 5 :</b> Évolution du nombre de diplômés (2015-2020).....	<b>25</b>
<b>Figure 6 :</b> Évolution du taux de réussite en BA1 (2015-2020).....	<b>25</b>
<b>Figure 7 :</b> Évolution du taux de diplomation en bachelier de médecine à l'heure H; H+1; ... H+n, soit n années après les trois années usuelles du bachelier .....	<b>26</b>
<b>Figure 8 :</b> Évolution du taux de diplomation en bachelier de médecine « à l'heure H ».....	<b>26</b>
<b>Figure 9 :</b> Compétences, articulation entre pratique et enseignement .....	<b>31</b>
<b>Figure 10 :</b> 7 rôles du médecin selon le CanMEDS (2005, 2015) .....	<b>40</b>
<b>Figure 11 :</b> Pyramide de l'intégration des apprentissages (Miller, 1990).....	<b>45</b>

## Liste des abréviations

<b>AEQES</b>	Agence pour l'évaluation de la qualité de l'enseignement supérieur
<b>APHEA</b>	<i>Agency for Public Health Education Accreditation</i>
<b>ARES</b>	Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur
<b>ASPH (ASPPH)</b>	<i>Association of Schools (&amp; Programs) of Public Health</i>
<b>ASPHER</b>	<i>Association of Schools of Public Health in the European Region</i>
<b>CDC</b>	Centre de contrôle des maladies
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CRef</b>	Conseil des Recteurs des universités de la FWB
<b>DAE</b>	Dossier(s) d'autoévaluation
<b>ECTS</b>	<i>European Credit Transfer and Accumulation System</i>
<b>EEE</b>	Évaluation des enseignements par les étudiants
<b>EEES</b>	Espace européen de l'enseignement supérieur
<b>EHESP</b>	École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)
<b>ENQA</b>	<i>European Association for Quality Assurance in Higher Education</i>
<b>EPA</b>	<i>Entrustable Professionnal Activities</i>
<b>EUPHA</b>	<i>European Public Health Association</i>
<b>FWB</b>	Fédération Wallonie-Bruxelles
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PAE</b>	Programme annuel de l'étudiant
<b>PDCA</b>	Plan - Do - Check - Act
<b>QCM</b>	Questionnaire(s) à choix multiples
<b>TICE</b>	Technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement
<b>UCLouvain</b>	Université catholique de Louvain
<b>UE</b>	Unité(s) d'enseignement
<b>ULB</b>	Université libre de Bruxelles
<b>ULiège</b>	Université de Liège
<b>UMONS</b>	Université de Mons
<b>UNamur</b>	Université de Namur



# Introduction

---

rédigée par la Cellule exécutive de l'Agence



## Cadre légal

L'évaluation de la qualité du cursus Médecine en Fédération Wallonie-Bruxelles a été organisée par l'Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur (AEQES) et menée conformément aux termes du décret du 22 février 2008.

## Champ évalué

L'évaluation menée par l'AEQES porte sur les bacheliers et masters en médecine. La mission d'évaluation de l'AEQES ne s'applique pas aux masters de spécialisation. Ceux-ci n'ont donc pas été intégrés au périmètre de l'évaluation.

En 2019-2020, les bacheliers et masters en médecine réunissaient 6.223 étudiants en Fédération Wallonie-Bruxelles : 3.248 étudiants en bachelier, 2.975 étudiants en master<sup>2</sup>.

Universités concernées	Population étudiante inscrite en bachelier en médecine, en 2019-2020	Population étudiante inscrite en master en médecine, en 2019-2020	Population étudiante totale inscrite en médecine, en 2019-2020
Université catholique de Louvain (UCL)	941	1.310	2.251
Université de Liège (ULiège)	629	651	1.280
Université libre de Bruxelles (ULB)	541	1.014	1.555
Université de Mons	426		426
Université de Namur	711		711
<b>Total</b>	<b>3.248</b>	<b>2.975</b>	<b>6.223</b>

Ces effectifs représentaient, en 2019-2020, près de 6% de la population étudiante inscrite à l'université.

## Autoévaluation

En 2019-2020, les cinq universités offrant ce cursus ont rédigé leur dossier d'autoévaluation au regard du référentiel d'évaluation AEQES<sup>3</sup>. Deux séances d'information ont été organisées par l'Agence afin de soutenir les coordonnateurs et coordonnatrices de l'autoévaluation dans leur travail de préparation.

Les établissements ont transmis leur dossier d'autoévaluation à l'Agence en septembre 2020. Ils ont ensuite rencontré le président du comité d'évaluation chargé de l'évaluation externe au cours d'un entretien préalable afin de préparer la visite du comité.

<sup>2</sup> Source : CRef.

<sup>3</sup> Le référentiel AEQES et son guide d'accompagnement sont téléchargeables au lien suivant : [https://aeqes.be/infos\\_documents\\_details.cfm?documents\\_id=246](https://aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=246) (consulté le 9 mars 2022).

## Composition du comité d'évaluation

Parallèlement à la réalisation du dossier d'autoévaluation, l'Agence a constitué le comité d'évaluation externe. La Cellule exécutive de l'Agence a mené ce travail selon la jurisprudence<sup>4</sup> établie, en veillant notamment aux conditions d'indépendance et d'actualisation de l'expertise.

Une présentation de chaque membre du comité d'évaluation continue est disponible ci-dessous (pp. 20-21) ainsi que sur le site internet de l'AEQES<sup>5</sup>.

Il importe de préciser que les experts sont issus de terrains professionnels différents et n'ont pas de conflits d'intérêts avec les établissements qu'ils ont visités.

Chaque expert a signé un contrat d'expertise avec l'AEQES pour la durée de la mission ainsi qu'un code de déontologie<sup>6</sup>. Outre les dossiers d'autoévaluation des établissements qu'il était amené à visiter, chaque expert a reçu une documentation comprenant le *Guide à destination des membres des comités d'experts*<sup>7</sup> ainsi que divers textes légaux relatifs aux matières visées par l'exercice d'évaluation.

La Cellule exécutive de l'AEQES a organisé un séminaire de formation à l'intention des experts en septembre 2020 et janvier 2021, afin de les préparer à la mission d'évaluation externe. Le contexte général de l'exercice, le cadre légal, la méthodologie et les objectifs visés y ont été traités.

## Lieux et dates des visites

En raison du contexte sanitaire, les visites se sont déroulées pour certaines en présentiel, pour d'autres en distanciel.

**Université de Liège** (visite organisée en distanciel)

Les 22, 23 et 24 mars 2021

**Université de Namur** (visite organisée en présentiel)

Les 18, 19 et 20 octobre 2021

**Université de Mons** (visite organisée en présentiel)

Les 15, 16 et 17 novembre 2021

**Université libre de Bruxelles** (visite organisée en distanciel)

Les 22, 23 et 24 novembre 2021

**Université catholique de Louvain** (visite organisée en distanciel)

Les 6, 7 et 8 décembre 2021

<sup>4</sup> Disponible sur [https://www.aeqes.be/infos\\_documents\\_details.cfm?documents\\_id=251](https://www.aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=251) (consulté le 8 mars 2022).

<sup>5</sup> Sur [http://www.aeqes.be/experts\\_comites.cfm](http://www.aeqes.be/experts_comites.cfm) (consulté le 9 mars 2022).

<sup>6</sup> Téléchargeable sur [http://aeqes.be/infos\\_documents\\_details.cfm?documents\\_id=131](http://aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=131) (consulté le 9 mars 2022).

<sup>7</sup> Version (actualisée depuis) téléchargeable sur : [https://aeqes.be/infos\\_documents\\_details.cfm?documents\\_id=820](https://aeqes.be/infos_documents_details.cfm?documents_id=820) (consulté le 9 mars 2022).

## **Transmission des rapports préliminaires, droit de réponse des établissements et publication des rapports d'évaluation**

Chaque visite a donné lieu à la rédaction d'un rapport préliminaire par le comité d'évaluation. L'objectif de ce rapport était de faire, sur la base du dossier d'autoévaluation et à l'issue des observations relevées lors des visites et des entretiens, des constats, analyses et recommandations en regard de chacun des cinq critères du référentiel AEQES.

En date du 6 juillet 2022, les rapports préliminaires ont été transmis aux autorités académiques/directions et au(x) responsable(s) qualité de chaque établissement. Les établissements ont fait parvenir aux experts leurs observations éventuelles via la Cellule exécutive de l'Agence. S'il y avait des erreurs factuelles, des corrections ont été apportées. Les observations de fond ont été ajoutées au rapport pour constituer le rapport d'évaluation mis en ligne sur le site internet de l'AEQES le 19 novembre 2022.

## **Plans d'action et suivi de l'évaluation**

Dans les six mois qui ont suivi la publication des rapports d'évaluation sur le site internet de l'Agence, chaque établissement concerné a publié un plan d'action sur son site internet et l'a transmis à l'Agence.

Une évaluation continue est prévue après six années. Son objectif est de mesurer l'atteinte des résultats visés dans le plan d'action, la progression de la culture qualité dans l'entité et la pertinence d'un nouveau plan d'action actualisé.

## **Analyse transversale**

Le comité d'évaluation a également été chargé de dresser la présente analyse transversale du cursus en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette analyse consiste en une évaluation globale de la situation du cursus évalué en FWB, en regard du contexte européen et des défis auxquels sont confrontés ces programmes à court et moyen termes. Elle comprend également un relevé de bonnes pratiques, une identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces du cursus évalué ainsi que la liste des recommandations adressées par les experts aux diverses parties prenantes de l'enseignement supérieur.

Le 23 novembre 2022, l'analyse transversale a été présentée par le président du comité d'évaluation aux établissements évalués, aux membres du Comité de gestion de l'AEQES, aux représentants de l'ARES et d'associations professionnelles. Cette présentation a donné lieu à un échange de questions-réponses.

L'analyse transversale est adressée à la Ministre de l'enseignement supérieur, au Ministre fédéral de la santé publique, à la commission Enseignement supérieur du Parlement de la Communauté française, au Conseil d'administration de l'Académie de la Recherche et de l'Enseignement supérieur (ARES) et à l'ensemble des établissements évalués.

Elle est également téléchargeable sur le site de l'AEQES depuis le 19 novembre 2022.

**Point d'étape** Trois ans après cette évaluation programmatique, chaque établissement sera invité à transmettre à l'AEQES une actualisation de son plan d'action ainsi que, de façon facultative, une note réflexive de contextualisation.

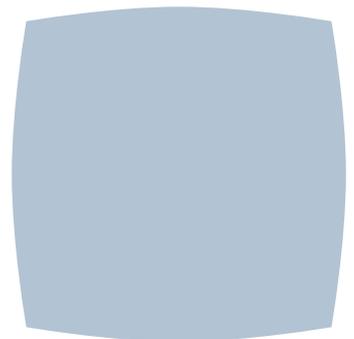
Ce plan d'action actualisé ainsi que l'éventuelle note réflexive qui l'accompagne sont archivés par l'AEQES. Ce dossier d'étape sera transmis aux experts de l'évaluation externe suivante (programmée, en l'état, en 2026-2027). Le point d'étape n'implique pas une évaluation externe : il ne donne pas lieu à une visite d'un comité d'évaluation.



# Résumé

---

rédigé par le comité d'évaluation



L'enseignement de la médecine est un domaine essentiel pour la structuration de la santé de nos sociétés. Elle est en permanente évolution du fait des évolutions sociales et sociétales, des avancées des connaissances dans les domaines scientifiques et technologiques, des nombreuses innovations pédagogiques issues de la recherche internationale en éducation et des évolutions rapides dans les systèmes de soins de santé. Au cours des évaluations qu'il a menées, le comité a pu apprécier les très nombreuses bonnes pratiques mises en place et souhaite vivement féliciter l'ensemble des personnes impliquées dans la construction, la mise en œuvre et l'amélioration des programmes de médecine au sein de la FWB. Le comité tient à saluer l'enthousiasme et l'engagement sans faille du personnel, académique et scientifique, administratif et technique ainsi que des étudiants.

En adoptant la posture d'« ami critique », le comité a identifié un certain nombre de points qui nécessitent des améliorations et des innovations, sur la base notamment des développements internationaux récents dans l'enseignement de la médecine.

Les cadres juridiques et politiques ont fait l'objet de nombreux changements au cours des 20 dernières années, que ce soit au niveau européen, belge ou communautaire. La réduction de la durée des études de 7 années à 6 (2012-2013), afin de s'aligner sur la norme européenne, a induit une diminution des heures de cours, mais pas nécessairement des contenus. Cela a pour conséquence que les étudiants en bachelier doivent bien souvent assumer une importante surcharge de travail. Parmi les changements réglementaires, l'entrée en vigueur de l'examen d'entrée en 2017, a eu un effet positif évident sur la réussite des étudiants en 1<sup>ère</sup> année.

Les universités se caractérisent globalement par une grande autonomie laissée aux facultés de médecine et une certaine liberté octroyée aux enseignants qui restent maîtres du développement, de l'organisation et des informations contenues dans leurs cours.

Parmi les constats importants formulés contenus dans cette analyse transversale, on peut lire

celui d'un souhait de disposer d'une encore plus grande autonomie des facultés de médecine sur des aspects tels que la gouvernance, l'adaptation aux réformes successives, mais aussi à l'évolution des attentes des étudiants en médecine.

Les établissements mettent en œuvre des outils pédagogiques forts, variés et, pour certains réellement innovants : le développement de l'autonomie de l'apprenant et les liens théorie/pratique sont des aspects qui ont séduit le comité des experts, notamment l'existence d'évaluations testant les connaissances des étudiants et leur applicabilité à diverses situations pratiques. Cela lui laisse à penser que le niveau des connaissances des étudiants répond bien aux attentes réglementaires même s'il considère qu'il existe une marge d'amélioration de l'enseignement systématique des compétences. Le comité recommande de recourir à la méthode des « Entrustable Professional Activities » (EPA) largement utilisée à l'international et qui vise à confier à un individu la réalisation d'une tâche en contexte de soins lorsqu'un niveau suffisant de compétences a pu être démontré.

De nombreuses activités sont organisées par les universités pour optimiser les taux de réussite en première année du bachelier. Au-delà de la première année, un certain nombre d'étudiants en deuxième ou troisième année d'études se trouvent en difficulté, ce qui a pour conséquence de prolonger la durée de leurs études voire de les contraindre à l'abandon. Le comité recommande d'étendre l'organisation d'activités d'aide à la réussite aux deuxième et troisième années pour ces étudiants. En général, le comité encourage à mettre l'accent sur « comment apprendre à étudier ? » et pas seulement sur la révision des contenus de cours.

Compte tenu des difficultés de couverture des besoins de santé sur certains territoires (hors agglomération bruxelloise), le comité insiste pour que la médecine générale soit renforcée en FWB. En effet, le comité constate que trop peu de médecins généralistes sont titulaires d'une thèse et que la médecine générale est encore trop peu associée à la recherche scientifique. Pour couvrir les besoins actuels et futurs de la société en matière de soins de proximité, une politique

d'accompagnement devra être développée à partir des services centraux et des facultés.

Parmi les points saillants de cette analyse, citons celui des ressources financières dont disposent aujourd'hui les facultés de médecine. À cet égard, le comité cite une étude comparative sur le financement des universités en Belgique, aux Pays-Bas et en Allemagne, qui montre que les universités de la FWB sont aujourd'hui les moins financées de ces trois pays.

Le comité souligne que le modèle financier des universités fait aujourd'hui de l'enseignement le parent pauvre d'un système où la recherche et les services à la collectivité sont au premier plan. Plus qu'aujourd'hui, les doyens et recteurs

des universités évaluées doivent garantir le financement adéquat de la formation des futurs médecins.

Au terme de son analyse, le comité considère que les différentes universités évaluées ont montré leur capacité d'adaptation particulièrement mise à l'épreuve au cours des récentes réformes. Leur engagement à proposer un programme d'enseignement de qualité s'appuie notamment sur la qualité des équipes dirigeantes, mais aussi de l'ensemble des personnels et de la communauté étudiante.

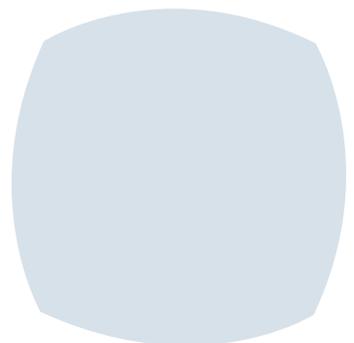
L'évaluation suivante, prévue en 2026-2027, permettra notamment d'observer les améliorations qui auront été apportées à la suite de cette première évaluation.



# Analyse transversale Médecine

---

rédigée par le comité d'évaluation



## Présentation du comité des experts

### Mme Beatriz ATIENZA-CARBONELL,

*experte étudiante*

Étudiante en doctorat en médecine à l'Universitat de València (UV) en Espagne, Beatriz Atienza-Carbonell a préalablement suivi un bachelier et un master en médecine. Elle est également étudiante du master en criminologie de la Valencian International University (VIU) en Espagne, où elle exerce actuellement en tant qu'experte en gestion de la qualité.

Active dans de nombreuses associations étudiantes, elle a assumé le mandat de déléguée étudiante au Conseil de la faculté de médecine de l'UV de 2014 à 2018. Elle a été membre du Conseil National des Étudiants en médecine en Espagne (CEEM), dont elle a été Vice-Présidente des affaires extérieures en 2017-2018. Après avoir représenté les étudiants en médecine espagnols à l'Association Européenne des Étudiants en médecine (EMSA), elle a été élue comme Directrice d'Éducation Médicale à l'EMSA pour la période 2018-2019. Elle a également participé en tant qu'instructrice à l'«Advocacy in Medical Education Training» à la préassemblée de la International Federation for Medical Students Associations (IFMSA) à Taipei (Taiwan) en 2019.

Depuis 2016, Beatriz Atienza-Carbonell a participé aux travaux de 6 agences d'assurance de la qualité de l'enseignement supérieur en Espagne, pour lesquelles elle a évalué et accrédité des diplômes en sciences de la santé. En 2019, elle a été élue membre du European Students Union's - Student Expert Pool on Quality Assurance et comme étudiante experte du European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA) Pool of Experts.

### Mme Ariadna AYALA RUBIO,

*experte de l'éducation et en gestion de la qualité*

Ariadna Ayala Rubio est docteure en Anthropologie sociale et culturelle de l'Université Complutense de Madrid. Elle est également diplômée en Logopédie/Éducation spécialisée et dispose d'une expérience internationale dans le secteur de l'enseignement spécialisé.

Conseillère pédagogique à l'Université Paris-Est entre 2012 et 2018, elle s'est spécialisée dans la conception et le développement de projets en matière d'innovation pédagogique. Pendant cette période elle a également coordonné la démarche compétences dans la formation doctorale de l'Université Paris-Est. Elle a auparavant été consultante, chercheuse et coordinatrice d'équipe de recherche dans le domaine des politiques de santé publique et sociale, à Madrid.

Aujourd'hui, elle est maître de conférences dans le département d'Anthropologie sociale et psychologie sociale de l'Universidad Complutense de Madrid, ainsi qu'enseignante depuis 2017 pour le master d'Évaluation et gestion de la qualité de l'enseignement supérieur de l'Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Elle a participé à plusieurs évaluations externes mandatées par l'AEQES depuis 2016-2017.

### Mme Joke DENEKENS,

*experte paire et de l'éducation*

Professeure émérite en médecine familiale de l'Université d'Anvers, Joke Denekens a été cheffe du service de médecine familiale de l'Université d'Anvers de 1994 à 2014.

Titulaire d'une spécialisation en éducation médicale à Utrecht, ses domaines d'expertise sont la construction des *curricula*, la gestion de la qualité et le pilotage de l'enseignement.

De 2003 à 2015, Joke Denekens a été professeure invitée à l'Université de Bern, au sein de l'International master in medical education.

Entre 2004 et 2014, elle a été Vice-Rectrice de l'Université d'Anvers. Dans le cadre de cette fonction, elle a été responsable de l'innovation pour l'enseignement universitaire, a œuvré à la révision du système de gestion de la qualité et a siégé dans les instances exécutives de son université.

### M. Luc HITTINGER,

*expert pair et de l'éducation, président du comité*

Professeur de Cardiologie à l'Hôpital Henri Mondor de Créteil depuis 1996, Luc Hittinger, après avoir réalisé un postdoctorat à l'Université d'Harvard, a assuré les fonctions de chargé de recherche puis

de directeur de la recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

Parallèlement à ses activités médicales, il s'est orienté vers l'administration de la recherche et a occupé les postes de Président de commission spécialisée à l'INSERM, puis de Vice-Président recherche de l'Université Paris Est Créteil. De 2012 à 2016, il a occupé les fonctions de Président de l'Université Paris Est Créteil, puis de représentant de la Conférence des Présidents d'Universités françaises à Bruxelles entre 2016 et 2019. Dans ce cadre, il a contribué au processus de Bologne et à la déclaration commune lors de la conférence de Paris en 2018.

En matière d'évaluation, il est membre du programme Institutional Evaluation programme de l'Association des Universités Européennes (EUA) et a participé aux évaluations de l'Université Charles de Prague (2017), a coordonné l'évaluation de la faculté de management international en tourisme et en hôtellerie (Milocer) et de la faculté de langue et de littérature monténégrine (Cetinje) (Monténégro 2018), ainsi que de l'Université Ion Ionescu de la Brad, Université des sciences de l'agriculture et vétérinaire (Iasi, Roumanie, 2019). En France, dans le cadre des travaux du Hcéres, il a coordonné l'évaluation de l'Université de Rennes 1 (2021).

## Introduction

Le comité des experts a analysé l'ensemble des dossiers d'autoévaluation et a eu de très nombreux échanges avec les autorités académiques et les parties prenantes des cinq entités évaluées.

Au cours de ce processus, le comité a pu apprécier les très nombreuses bonnes pratiques mises en place et souhaite vivement féliciter l'ensemble des personnes impliquées dans la construction, la mise en œuvre et l'amélioration des programmes de médecine au sein de la FWB.

En adoptant la posture d'« ami critique » que suppose cette évaluation externe, le comité a identifié un certain nombre de points qui nécessitent des améliorations et des innovations, sur la base notamment des développements internationaux récents dans l'enseignement de la médecine.

En effet, l'enseignement de la médecine est un domaine en permanente évolution du fait des évolutions sociales et sociétales, des avancées des connaissances dans les domaines scientifiques et technologiques et des évolutions rapides dans les systèmes de soins de santé. À cela s'ajoutent les nombreuses innovations pédagogiques issues de la recherche internationale en éducation au cours des 25 dernières années.

Le comité a observé que l'engagement à proposer un enseignement de grande qualité est évident dans l'ensemble des facultés de médecine de la FWB. L'enthousiasme et l'engagement du personnel, académique et scientifique, administratif et technique ainsi que des étudiants sont sans faille.

La FWB a fait le choix d'un mécanisme d'évaluation externe formatif. Cela a conduit au fait, qu'à la suite des réflexions et de la rédaction du rapport d'autoévaluation, de nombreuses innovations pédagogiques des programmes ont été récemment initiées ou sont sur le point de l'être.

Le comité espère que les rapports d'évaluation et cette analyse transversale soutiendront les actions qui ont été mises en place dans les programmes de certaines institutions et renforceront leur diffusion. Il souhaite également qu'il serve d'espace de réflexion pour nourrir de nouvelles actions d'amélioration. En cela, il estime que les réfé-

rentiels internationaux ont toute leur utilité pour identifier de nouvelles idées, stimuler la conduite de nouveaux projets et diminuer une certaine frilosité, exprimée par certaines parties, face aux modifications des programmes.

Le comité souhaite enfin exprimer sa gratitude d'avoir été invité à participer à cette évaluation et souhaite à chacun et chacune une lecture inspirante.

L'analyse transversale, s'inspirant du référentiel d'évaluation de l'AEQES, se structure comme suit :

Le **chapitre 1** présente des données clés relatives aux programmes évalués et aux caractéristiques de la population étudiante.

Le **chapitre 2** analyse la politique de gouvernance et les systèmes d'assurance qualité déployés par les établissements et les facultés évaluées.

Le **chapitre 3** propose une analyse de la pertinence des programmes.

Le **chapitre 4** porte quant à lui sur la cohérence interne des programmes.

Le **chapitre 5** traite des aspects en lien avec les ressources humaines et matérielles dont disposent les programmes.

Le rapport se clôture sur une **conclusion** et présente, enfin, une analyse des principales forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées lors de visites.

Un tableau récapitulatif des recommandations est également disponible en fin de document.

Le cadre de référence de l'évaluation est le référentiel de l'AEQES et les référentiels de compétences approuvés par l'ARES. Le cadre de réflexion disciplinaire employé par le comité concernant les principales innovations au sein des programmes est le cadre international du CanMEDS (2005, 2015).

<sup>8</sup> Le référentiel CanMEDS définit et décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins. Source : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Plus d'informations sur <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

## Chapitre 1 – Données de contexte sur les programmes et les étudiants

### 1.1 Cadastre des formations évaluées

	Bachelier en médecine	Master en médecine	TOTAUX
ULiège	629	651	1280
UNamur	711		711
UMONS	426		426
ULB	541	1014	1555
UCLouvain	941	1310	2251
<b>TOTAL des inscriptions</b>	<b>3248</b>	<b>2975</b>	<b>6223</b>

*Figure 1 : Cadastre des formations du cluster « médecine » évaluées en 2020-2021 et nombre d'inscriptions total et par établissement en 2019-2020*

En FWB, cinq universités proposent un programme de formation en médecine.

Comme le montre la figure 2, l'offre de formation est globalement bien répartie sur le territoire de la FWB, excepté en provinces du Luxembourg et du Brabant wallon.

Les cinq établissements évalués au cours de cette campagne délivrent, à côté d'autres diplômes, les diplômes de bachelier et master en Médecine. Les programmes délivrés couvrent des orientations traditionnelles, tout en prenant en compte les évolutions de la médecine au plan national et également international.

Le lecteur pourra se reporter aux différents rapports individuels de chacun de ces établissements évalués pour plus de détails<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Rapports d'évaluation consultables ici : [https://aeqes.be/rapports\\_evaluation.cfm](https://aeqes.be/rapports_evaluation.cfm)

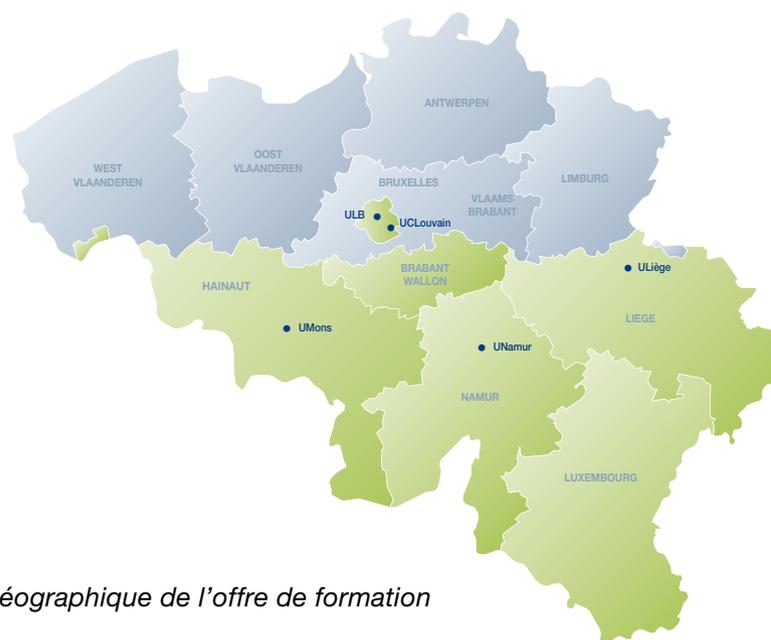


Figure 2 : Répartition géographique de l'offre de formation

## 1.2 Évolution du nombre d'inscrits et de diplômés

La répartition femmes-hommes, pour l'année de référence 2019-2020 au sein des programmes évalués est en moyenne de 63 % de femmes pour 38 % d'hommes, comme le montre le graphique ci-dessous.

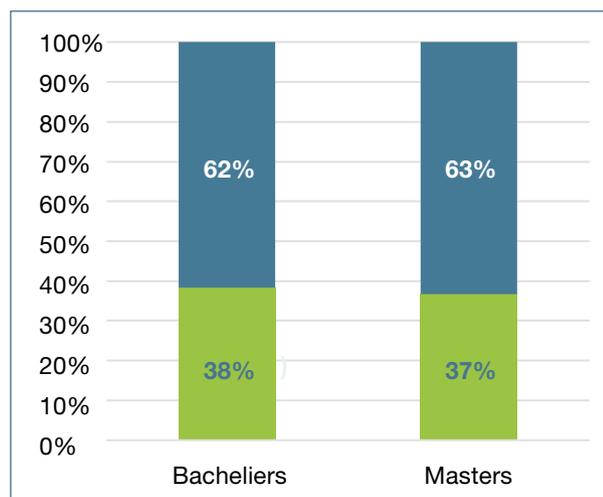


Figure 3 : Répartition femmes (vert) - hommes (bleu) dans les cursus évalués

Cette répartition par genre est assez similaire si l'on compare la population d'étudiants en bachelier et en master.

L'évolution des effectifs étudiants entre 2015 et 2020 est reprise en figure 4.

Le nombre d'inscrits en bachelier est en diminution constante depuis 2015-2016 avec une baisse significative en 2017-2018, année d'instauration de l'examen d'entrée<sup>10</sup>.

Le master connaît quant à lui une hausse constante des effectifs jusqu'en 2017-2018, année de la « double cohorte ». En effet, ce graphique des inscrits est à analyser en parallèle avec le graphique de la figure 5.

Le nombre de diplômés en master est multiplié par deux en 2017-2018 en conséquence à cette double cohorte. Le terme de « double-cohorte » désigne les étudiants diplômés en 2018, suite à la réduction de la durée des études de 7 à 6 ans (entrée en vigueur en 2012), deux promotions arrivent au terme de leur master en même temps. Les derniers étudiants formés en 7 ans sont diplômés en même temps que la première génération en six ans.

<sup>10</sup> Décret relatif aux études de sciences médicales et dentaires 29/03/2017 [https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/43655\\_006.pdf](https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/43655_006.pdf)

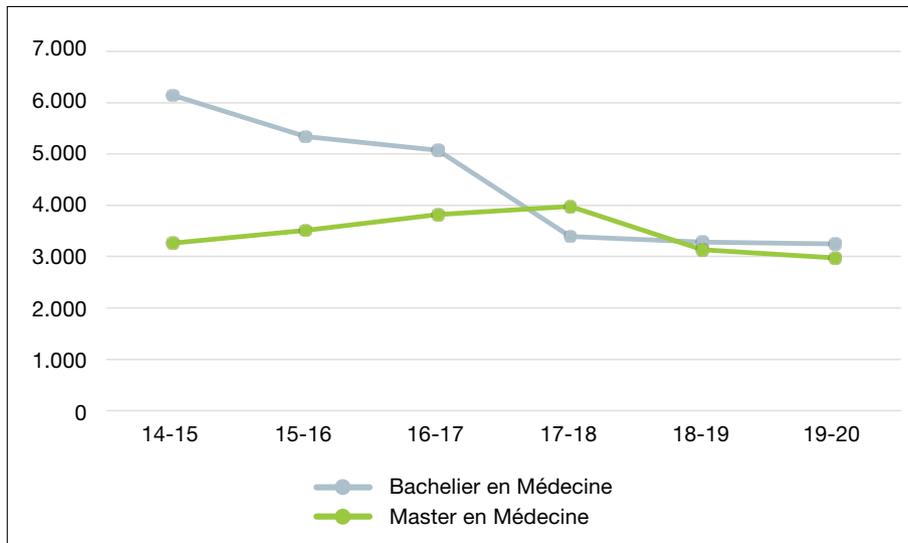


Figure 4 : Évolution des inscriptions dans le cursus Médecine (2015-2020)

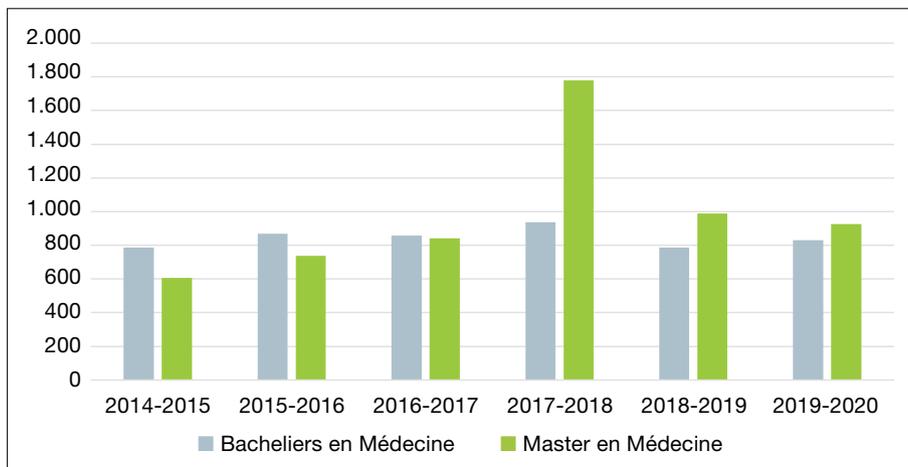


Figure 5 : Évolution du nombre de diplômés (2015-2020)

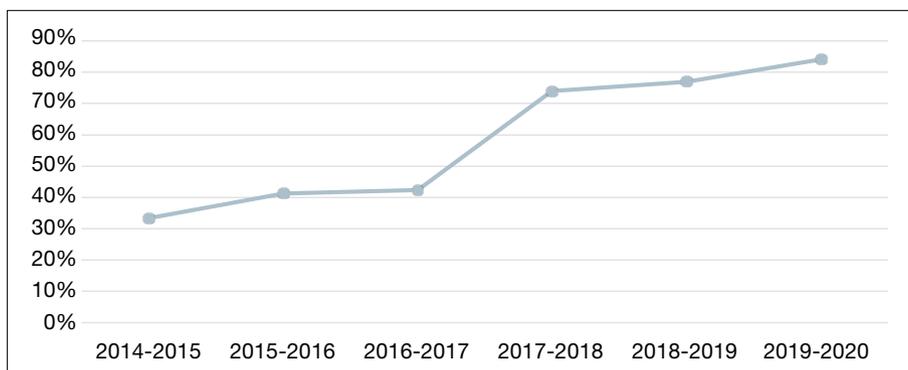


Figure 6 : Évolution du taux de réussite en BA1 (2015-2020)

La figure 6 montre que le taux de réussite en fin de première année est en augmentation depuis 2015 avec une nette hausse pour la promotion 2017-2018, année d'instauration de l'examen d'entrée.

L'évolution du taux de diplômés en bachelier «à l'heure H» depuis la cohorte entrante en 2013-2014 à celle de 2017-2018 est illustrée par le

graphique de la figure 8. Le nombre d'étudiants qui terminent leur cursus avec fruit dans le temps imparti subit une nette augmentation depuis la cohorte 2017-2018 passant d'environ 20 % pour les cohortes précédentes à plus de 50 %. Cette augmentation coïncide avec la mise en place de l'examen d'entrée en première année.

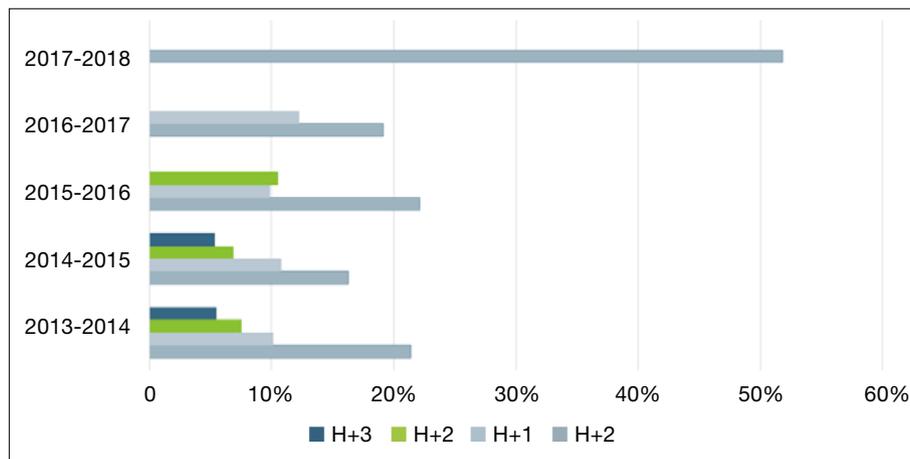


Figure 7 : Évolution du taux de diplomation en bachelier de Médecine à l'heure H; H+1; ... H+n, soit n années après les trois années usuelles du bachelier

Les données manquantes correspondent aux diplomations pour les années académiques non disponibles au CRef.

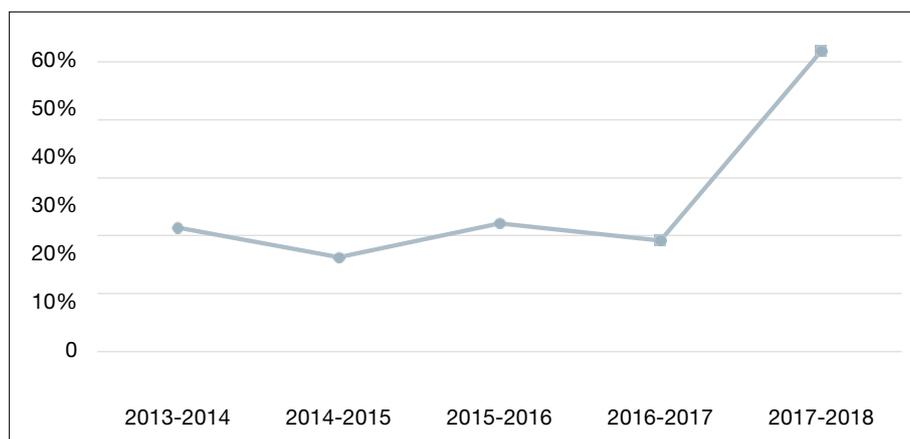


Figure 8 : Évolution du taux de diplomation en bachelier en Médecine «à l'heure H»

## Chapitre 2 – La politique de gouvernance et les systèmes d'assurance qualité

### 2.1 Politique et structures de gouvernance, en soutien à la qualité de l'enseignement

La politique de gouvernance des universités se structure selon trois axes, correspondant aux trois missions des établissements d'enseignement supérieur : enseignement, recherche et service à la collectivité.

De manière générale, le comité a constaté que les autorités des universités étaient attentives à la gouvernance de leur faculté de médecine.

Les universités se caractérisent globalement par une grande autonomie laissée aux facultés de médecine et une certaine octroyée aux enseignants qui restent maîtres du développement, de l'organisation et des informations contenues dans leurs cours.

Il a par ailleurs constaté, en fonction des liens entre l'équipe rectorale et celle de la faculté de médecine, un souhait de disposer d'une plus grande autonomie des facultés de médecine, liées aux éléments spécifiques à la gouvernance d'une faculté de médecine, à l'adaptation des réformes successives spécifiques à la médecine, mais aussi à l'évolution des attentes des étudiants en médecine.

Toutes les universités visitées visent le développement d'une culture qualité et mettent à disposition divers outils d'évaluation de la qualité des programmes. Dans certaines universités, ces outils sont encore en cours de développement.

Bien que toutes les facultés expriment une volonté d'instaurer une culture qualité, le comité a constaté une certaine difficulté de nombreux membres des différentes équipes à appréhender le terme « qualité », ce qui nuit à l'évaluation des innovations mises en place, notamment dans le cadre du cycle PDCA.

#### Bonne pratique :

Depuis 2007-2008, l'UCLouvain a défini des critères pour une formation universitaire de qualité afin d'orienter la démarche qualité de l'institution. Les critères retenus sont de trois ordres : la pertinence des actions de formation (nature et qualité des objectifs visés), les moyens mis en œuvre pour atteindre les résultats visés par ces actions, leur équité (réduction des inégalités de départ). Plusieurs outils sont mis à disposition des facultés (ensemble de questions, d'indicateurs, etc.).

Toutes les institutions disposent, tant au niveau central qu'au niveau des facultés de médecine, des organes/entités et des membres du personnel académique, administratif et technique, en charge du développement et du soutien de la qualité de l'enseignement dans tous ces aspects. Les responsabilités des différentes parties prenantes sont définies et leur coopération mutuelle vise à pouvoir garantir le bon déroulement des processus qualité.

La collaboration entre les services centraux et ceux des facultés de médecine est généralement bonne, notamment dans l'aide au processus qualité, mais aussi dans les différentes formes de communication entre ces services et les facultés.

#### Bonne pratique :

À l'ULiège, l'évaluation de la qualité des enseignements repose sur une réflexion institutionnelle concrétisée par le dispositif Evalens qui permet aux acteurs impliqués dans la qualité des enseignements de bénéficier d'une information fiable, fidèle et valide pour mettre en œuvre, orienter, piloter, réguler la qualité des enseignements. La mise en place récente d'une cellule qualité au sein de la faculté de médecine vient compléter le dispositif.

Même si l'objectif est une articulation optimale entre la stratégie institutionnelle et le pilotage des programmes, les liens et les mesures pour faciliter la mise en place d'actions concrètes en matière de qualité entre l'université et la faculté de médecine

ne sont pas apparus toujours clairement aux yeux du comité. De manière générale, il n'y a que peu ou pas d'indicateurs pour suivre et/ou ajuster le résultat des actions. Le travail de mise en place d'indicateurs clés alignés sur les objectifs des plans stratégiques débute encore dans plusieurs établissements.

Dans les facultés, ce sont principalement les commissions de programme/conseil d'études qui jouent/devraient jouer un rôle central pour garantir la qualité de l'enseignement, généralement avec l'aide d'un conseiller ou conseillère pédagogique et d'outils mis à disposition par l'université (pour collecter et traiter des données, notamment en réponse à des enquêtes). Cependant, ces outils rendus disponibles par les universités sont parfois insuffisamment connus ou utilisés par les enseignants, ou ne le sont que peu, et parfois inadaptés aux besoins spécifiques des facultés de médecine, ce qui tend à limiter l'impact de certains outils sur le programme comme certains en matière d'innovations pédagogiques ou de gestion.

## 2.2 Implication étudiante

La représentation des étudiants dans les différents organes de gouvernance est régie par décret. Cette représentation devrait en principe favoriser l'innovation et permettre aux étudiants de faire émerger certaines propositions de modification des programmes. Cela dit, il a été constaté, lors des entretiens, que dans plusieurs facultés de médecine, la participation des étudiants au sein des différents conseils facultaires n'était pas optimale.

À ce jour, l'assurance qualité s'est principalement concentrée sur les évaluations du niveau de satisfaction des étudiants vis-à-vis des unités d'enseignement suivies, via des questionnaires en ligne (évaluations des enseignants par les étudiants - EEE). Cependant, le comité a constaté que dans les institutions évaluées, le taux de réponse des étudiants est faible, voire très faible (max. 25 %). Cela signifie que, sur la base des données recueillies, aucune conclusion ne peut véritablement être tirée pour prendre les mesures nécessaires à l'évolution du programme. Si, dans plusieurs établissements, les responsables qualité sont conscients de cette difficulté et envisagent des mesures pour

améliorer le niveau de fiabilité des enquêtes sur la qualité de l'enseignement dispensé, les données recueillies continuent cependant à être utilisées pour les renouvellements des contrats de certains personnels et pour les nominations et les promotions du personnel permanent. Ces données ne font par contre pas l'objet de retour vers les étudiants ni ne donnent lieu à un suivi systématique. Ces éléments, associés à la charge de travail des étudiants (voir ci-dessous) et au fait que ces questionnaires n'arrivent parfois qu'une fois le semestre pratiquement finalisé, n'encouragent pas les étudiants à les remplir et expliquent sans doute en partie la perte de sens que les étudiants perçoivent vis-à-vis de ces questionnaires.

En effet, les boucles qualité (ou cycles PDCA), même si elles sont évoquées dans certaines institutions, ne se mettent pas encore systématiquement en place. Les étudiants, dans plusieurs institutions évaluées, ont signalé des difficultés qui restent non solutionnées d'année en année ou qui ne font pas l'objet d'un traitement optimal et pérenne.

## 2.3 Implication des parties prenantes externes

De manière générale, les parties prenantes externes aux établissements ne sont pas systématiquement consultées. L'intégration de leur point de vue sur la qualité de l'enseignement ou la formation générale des étudiants serait pourtant susceptible d'améliorer la qualité des formations.

### Bonne pratique :

À l'UCLouvain, depuis 2018, deux enquêtes bisannuelles sont menées simultanément interrogeant les alumni 1 an et 5 ans après leur diplomation. Ces enquêtes permettent de présenter des indicateurs de l'insertion socioprofessionnelle, de comprendre les parcours d'insertion socioprofessionnelle et de dégager la perception qu'ont les diplômés de leur formation, de l'adéquation au marché de l'emploi et des services et dispositifs mis en place par l'université pour faciliter l'insertion socioprofessionnelle.

## 2.4 Évaluations périodiques des programmes

Des évaluations au niveau des programmes sont effectuées dans certaines institutions, mais elles sont davantage réalisées au niveau central qu'au niveau des facultés. Les évaluations de programmes menées par les équipes enseignantes elles-mêmes restent rares.

### Bonne pratique :

À l'UCLouvain, les évaluations des enseignements par les étudiants des bacheliers et des masters sont faites régulièrement et mises à disposition de la faculté ce qui permet de stimuler la réflexion sur l'adéquation du programme sur base de la perception des étudiants.

À cet égard, ici aussi, la commission de programme/le conseil d'études apparaît comme l'organe incontournable pour garantir la qualité des programmes d'études. Cependant, dans le cadre des entretiens, il est apparu au comité qu'ils ne répondaient pas/plus/pas assez aux attentes des parties prenantes, notamment étudiantes.

Le rythme de leurs réunions est trop peu soutenu (1 à 3 fois par an) et les rencontres sont marquées par un niveau important d'absentéisme notamment de la part des étudiants qui rencontrent parfois des difficultés à mettre des points les concernant à l'ordre du jour.

## 2.5 Information et communication interne

Le comité a pu constater la volonté de l'ensemble des facultés évaluées de renforcer la participation et la transversalité de la communication. La communication interne dispose, en règle générale, de nombreux outils. Ceux-ci entrent d'ailleurs parfois en redondance du fait de l'utilisation de différents canaux pour diffuser une même information. Cela conduit parfois à une certaine confusion auprès des étudiants qui n'arrivent pas toujours à déterminer les bons canaux pour identifier les informations qui leur sont utiles. Dans certaines facultés, les représentants étudiants créent, en outre, leurs propres canaux de communication

via les réseaux sociaux. Il apparaît préférable de limiter les canaux d'information et opter pour un système centralisé de communication/diffusion.

### Bonne pratique :

À l'UNamur, un Bureau Virtuel de l'Étudiant (BVE) a été mis en place, il constitue un canal important de communication entre le secrétariat facultaire et les étudiants.

## 2.6 Autoévaluation des entités en regard du référentiel AEQES

En amont des visites d'évaluation, les entités évaluées ont mené à bien une autoévaluation. Pour ce faire, plusieurs questionnaires ont été adressés aux différentes parties prenantes, permettant de collecter de nombreuses informations utiles et qualitatives. Des groupes de discussion ont été organisés afin de partager et d'analyser ces informations. Elles ont contribué à la qualité des dossiers d'autoévaluation.

Le comité peut donc affirmer que grâce au travail réalisé dans le cadre de cette autoévaluation, chaque entité dispose d'un matériel de qualité pour réfléchir et lancer des actions ciblées d'amélioration au travers de son plan d'action.

## 2.7 Défis pour l'avenir en matière de gouvernance et d'assurance qualité

Jusqu'à présent, l'efficacité des processus d'assurance qualité interne ne permet pas de résoudre les problèmes quotidiens. Les entités évaluées n'ont pas encore (suffisamment) développé de stratégie à moyen et à long terme en matière de qualité de l'enseignement.

Le comité considère néanmoins que tous les ingrédients sont réunis pour garantir la qualité des programmes de médecine et mettre en place ou développer une culture qualité intégrée au travail quotidien pour l'ensemble des facultés de médecine.

Pour cela, il conviendrait d'impliquer l'ensemble des parties prenantes dans les actions à mener, réserver un suivi systématique des actions et assurer une communication auprès de tous

les acteurs impliqués au sujet des actions entreprises. Par ailleurs, des échanges de bonnes pratiques entre facultés de médecine en matière d'enseignement gagneraient à être développés.

### Recommandations

2.1 Entamer ou poursuivre un travail collaboratif visant à définir, pour chaque entité, la notion de qualité de l'enseignement.

2.2 Systématiser les dispositifs d'évaluation interne de la qualité des programmes, notamment via :

- la traduction des objectifs stratégiques du niveau institutionnel en objectifs opérationnels concrets au niveau des programmes au travers d'une procédure de suivi standardisée et systématisée des plans facultaires afin d'en favoriser l'efficacité ;
- l'utilisation d'indicateurs clés basés sur les plans stratégiques pour suivre les résultats des actions développées ;
- la systématisation des processus ;
- l'optimisation des outils (qualité des données) ;
- la planification et l'exécution des actions sur la base de données vérifiées des résultats (clôture des boucles PDCA) ;
- le retour systématique d'informations aux parties prenantes ;
- l'optimisation de la communication à l'ensemble des parties concernées.

2.3 Réviser les modes de fonctionnements des commissions de programmes/conseils d'études, notamment concernant :

- leur organisation : la fréquence des réunions, les ordres du jour (afin de faciliter le dialogue entre parties prenantes) et la réduction du taux d'absentéisme des enseignants et des étudiants et de facilitation de la participation des étudiants au travers des délégués d'amphis et/ou en cooptant certains étudiants comme cela se fait dans certaines facultés de médecine ;

- le développement de leurs responsabilités et activités notamment en matière d'innovations pédagogiques afin de faciliter le transfert des innovations d'une spécialité à une autre ;
- leur composition : il semblerait également utile d'ouvrir ce collège à quelques enseignants extérieurs afin qu'ils apportent un autre regard et partagent leurs expériences ;
- leur dynamique : il paraît utile au comité d'accorder plus de place au dialogue avec les étudiants et à leurs propositions.

2.4 Stimuler davantage l'esprit d'équipe en facilitant les interactions entre les communautés enseignantes, mais aussi entre enseignants et étudiants notamment dans le cadre de projets partagés, en prenant en compte la liberté académique qui dans certains cas limite l'évolution des programmes.

2.5 Réduire le nombre de canaux de communication interne et s'assurer que la communication soit correctement reçue par les étudiants.

2.6 Inclure dans les questionnaires d'EEE des questions spécifiques adaptées aux différentes activités d'apprentissage dans le programme médical.

2.7 Identifier les causes conduisant au faible taux de candidatures des étudiants dans les organes de gouvernance et envisager les actions visant à faciliter leur représentation dans ces instances.

2.8 Développer des outils de suivi des actions entreprises et de documentation de la démarche qualité.

## Chapitre 3 – La pertinence des programmes

Tout programme d'études est construit de façon à répondre à certains besoins, dans un contexte donné. Ces besoins évoluent régulièrement et le contexte de fonctionnement est régulièrement l'objet de modifications. Pour approcher la notion de pertinence du programme en regard des besoins et du contexte, le comité a décidé de se référer au « modèle du diabolo »<sup>11</sup>.

### Cadre d'inspiration : le « modèle du diabolo » pour approcher la notion de pertinence

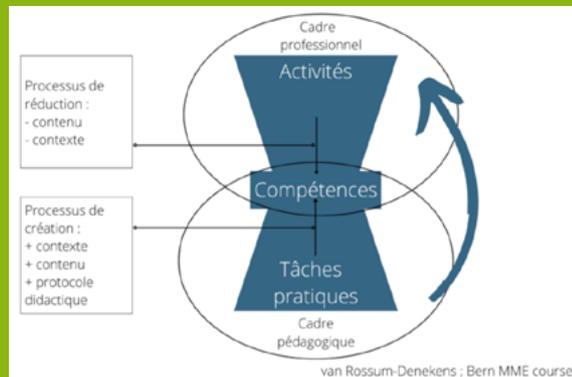


Figure 9 : Compétences, articulation entre pratique et enseignement

Dans le schéma ci-dessus, on retrouve dans le triangle supérieur l'ensemble des tâches qui sont assignées aux médecins, souvent en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Ces tâches sont agrégées en compétences, telles que celles énoncées dans le CanMEDS.

Dans le triangle inférieur, les compétences définies sont traduites en acquis d'apprentissage, en activités d'apprentissage et en méthodes d'évaluation; trois ensembles qui doivent être alignés entre eux (concept de la triple concordance ou de la cohérence interne du programme).

Le programme est donc le fruit d'un processus de création de protocoles didactiques afin que les compétences définies en amont puissent être atteintes par les étudiants au travers du programme.

Les triangles du haut et du bas doivent être alignés au bénéfice de la pertinence du programme.

Cet exercice d'alignement est bien entendu un processus continu car les évolutions du contexte et des besoins sont fréquentes et modifient constamment les exigences de compétence des médecins.

Le comité a repris dans ce chapitre un aperçu des développements dans les différents domaines qui nécessitent une adaptation constante des programmes de médecine.

Il les a répertoriées sous cinq domaines généraux :

- les évolutions de la législation,
- les évolutions de la société,
- les sciences de base, cliniques et technologiques,
- les évolutions du système de soins de santé,
- les cadres internationaux de référence en matière de pédagogie.

### 3.1 Cadre réglementaire des programmes

Les cadres juridiques et politiques ont fait l'objet de nombreux changements au cours des 20 dernières années, que ce soit au niveau européen, belge ou communautaire. Le comité des experts en a sélectionné quelques-uns qui lui semblent avoir marqué profondément la manière d'organiser les programmes de médecine en FWB.

<sup>11</sup> Master in medical education, Bern, Suisse, van Rossum & Denekens, 2013

## I. Réduction de la durée des études

Organisés jusqu'alors sur une durée de 7 ans, les programmes de médecine se sont alignés, en 2012-2013, sur la norme européenne qui prévoit que le bachelier en Médecine soit organisé en 180 ECTS et le master de 180 ECTS<sup>12</sup>.

### Bonne pratique interuniversitaire :

Lors de cette réforme, des groupes de travail interuniversitaires ont été créés pour revoir les programmes, leurs contenus et les objectifs d'apprentissage. Le choix de ces changements a été négocié au niveau du Collège des Doyens (organe interuniversitaire de la FWB) et décliné par les différentes facultés dans leurs objectifs d'apprentissage et dans les compétences visées. Cette concertation s'est révélée aussi particulièrement utile pour assurer une bonne transition entre le programme de bachelier et celui de master, a fortiori pour les universités n'organisant pas le master (UNamur et UMONS).

La réduction de la durée des études a conduit à une restructuration conséquente des programmes, principalement concernant le volume horaire à consacrer aux différents cours. Si les heures des cours ont été réduites à l'occasion de cette réforme, le contenu des enseignements, quant à lui, n'a que trop peu ou pas assez été diminué en conséquence. En bachelier, cela induit des programmes souvent surchargés de contenus visant le développement des connaissances théoriques des étudiants.

Par ailleurs, lors du passage de 7 à 6 ans, les facultés ont intégré dans le bachelier un certain nombre de cours cliniques, ainsi qu'un premier stage, qui peut être en soins infirmiers, en médecine générale ou en milieu hospitalier. Si cela stimule la motivation des étudiants, leur permettant d'acquérir un certain nombre de compétences visées dans le programme de bachelier et de mieux appréhender leur métier de demain et est donc perçu positivement par le comité, cela

ajoute des heures de travail en plus aux étudiants et contribue à augmenter leur charge de travail.

En master, les programmes comprennent de nombreux cours théoriques couvrant l'ensemble des spécialités médicales ainsi que des stages pratiques dans les cliniques et la rédaction du mémoire de fin de master. En master également, les programmes sont généralement trop chargés. Cette situation impacte à la baisse la qualité du mémoire de master qui se révèle être inférieure aux attendus prévus par les descripteurs Dublin et le cadre global des qualifications. En outre, le volume de crédits ECTS consacré au mémoire de fin d'études est particulièrement limité (de 5 à 15, selon les facultés évaluées).

## II. Accès aux études et à la profession

Le pouvoir fédéral via le Service public fédéral Santé publique (SPF Santé publique) est, en Belgique, l'organe compétent pour fixer, pour chaque Communauté, le nombre global d'attestations de sélection aux masters de spécialisation (ou «numéros INAMI»). Ce quota limite la sortie des études de master et l'accès à la médecine curative.

La FWB, depuis la 6<sup>e</sup> Réforme de l'État, dispose de la compétence de planifier les professions des soins de santé et de fixer les «sous-quotas» pour le port d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière.

Pendant près de 20 ans, les facultés de médecine ont réclamé la mise en place d'un système adéquat pour déterminer un filtre d'accès à l'entrée des études, dans le but de faire correspondre le nombre d'étudiants entrant dans le cursus au nombre d'attestations de spécialisation à la sortie de celui-ci. La croissance du nombre d'étudiants entrant dans les études de médecine en FWB alimente la menace brandie chaque année par le pouvoir fédéral de ne pas délivrer des numéros INAMI aux étudiants à l'issue de leur formation. En 2017, la FWB a instauré un examen d'entrée contraignant pour tout candidat aux études de médecine. Les candidats y sont interrogés sur huit matières, fixées par décret et réparties en deux catégories : connaissance et compréhension des matières scientifiques et communication et analyse critique de l'information. Seuls les étudiants qui ont présenté avec succès cette épreuve peuvent s'inscrire dans un programme de médecine de la FWB.

<sup>11</sup> Loi du 12 mai 2011 réduisant la durée des études de médecine (M.B. 8 juin 2011)

Au cours de l'évaluation, en avril 2022, un accord politique a été conclu. Cet accord aura d'importantes modifications pour la suite. En effet, à partir de 2023, l'épreuve ouvrant l'accès aux études de médecine deviendra un concours (et non plus un examen). Ce sont les numéros INAMI qui détermineront le nombre de candidats qui peuvent être admis aux études de médecine, à la suite d'une épreuve. À l'heure de finaliser cette analyse transversale, le projet de décret réglementant ce concours d'entrée vient d'être adopté par la Fédération Wallonie-Bruxelles<sup>13</sup>.

Sachant que, traditionnellement, un tiers des diplômés s'orientent vers la médecine sociale et la santé publique, il y a finalement peu d'opportunités dans le programme pour que les étudiants connaissent et s'approprient le contenu et la pratique de ces deux spécialités, le programme se concentrant avant tout sur les spécialités médicales classiques.

En outre, une difficulté additionnelle est apparue récemment : celle d'une pénurie de candidats désireux de s'orienter en médecine générale et une augmentation du nombre de candidats désireux de s'orienter vers les différentes spécialités.

Ces éléments sont à mettre en parallèle avec le non-remplacement des médecins généralistes qui partent à la retraite, qui pose à court et moyen terme le problème de la désertification médicale de certaines parties de la Wallonie.

### III. Organisation académique des études

Le décret Paysage<sup>14</sup> adopté par la FWB en novembre 2013, a introduit un ensemble de dispositions visant à renforcer l'intégration du système d'enseignement supérieur de la FWB à l'espace européen de l'enseignement supérieur. Les enseignements s'organisent désormais autour

de compétences rassemblées dans un référentiel<sup>15</sup> commun aux différentes universités (approuvé par l'ARES), décrivant les spécificités de la formation et les compétences visées en bachelier et en master, de manière à maintenir une cohérence entre les universités de la FWB.

Afin d'homogénéiser les parcours au sein de la FWB, un minimum de 60 % des contenus des enseignements au sein d'un même cursus doivent être communs aux différentes universités pour un même bachelier.

#### Bonne pratique :

À l'UMONS, les activités d'apprentissage, les bonnes pratiques des sciences médicales sont centrées sur l'utilisation de dispositifs innovants du raisonnement clinique, de la sémiologie, des cas vignettes, et des quiz) et entrent dans le cadre d'une conception globale de la formation. La mise en place d'un *learning lab* permet de simuler des situations pratiques et facilite l'obtention des acquis visés.

Le constat fait par le comité est qu'alors que le référentiel de l'ARES est constitué autour des compétences, la plupart des programmes présentés au comité sont avant tout structurés autour des connaissances et peu sur les compétences, ce qui conduit à des évaluations ne permettant pas de juger proprement du niveau de compétences atteint par les étudiants en fin de programme.

#### Bonne pratique interuniversitaire :

Une comparaison des contenus minimaux et du référentiel de compétences du bachelier a été réalisée au niveau interuniversitaire en 2019. Les contenus communs aux cinq universités correspondent à peu près à 75 % des ECTS du bachelier (donc au-delà des 60 % nécessaires).

<sup>13</sup> Le concours d'entrée en médecine et dentisterie aura lieu pour la première fois en 2023 <https://glatigny.cfwb.be/home/presse-actualites/publications/le-concours-dentree-en-medecine-et-dentisterie-aura-lieu-pour-la-premiere-fois-en-2023.html>

<sup>14</sup> Décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études

<sup>15</sup> Le référentiel de compétences du bachelier en médecine : [https://www.mesetudes.be/fileadmin/sites/mesetudes/plugins/fwbhops/import/fichiers/RC194\\_BA-TL\\_Medecine.pdf](https://www.mesetudes.be/fileadmin/sites/mesetudes/plugins/fwbhops/import/fichiers/RC194_BA-TL_Medecine.pdf); le référentiel de compétences du médecin (master) : [https://www.mesetudes.be/fileadmin/sites/mesetudes/plugins/fwbhops/import/fichiers/RC195\\_MA-Medecin.pdf](https://www.mesetudes.be/fileadmin/sites/mesetudes/plugins/fwbhops/import/fichiers/RC195_MA-Medecin.pdf)

Le décret Paysage vise à offrir davantage de flexibilité dans les parcours d'études notamment en permettant une certaine souplesse dans le nombre de crédits ECTS à inscrire dans le programme annuel de chaque étudiant (PAE), ce qui permet, dans une certaine mesure, d'ajuster le programme annuel aux souhaits et possibilités des étudiants.

On a pu constater, depuis l'instauration de l'examen d'entrée en 2017 (cf. fig. 6 chapitre 1), une augmentation des taux de réussite en fin de BA1. Au-delà du BA1, le comité a observé que, dans bon nombre de facultés évaluées, la flexibilisation des parcours d'études a conduit à de nombreuses trajectoires d'études individualisées, mais aussi à un certain allongement de la durée des études, qui s'explique par le fait que les crédits acquis par les étudiants ne permettent souvent pas de valider une année complète. Dans certains cas, cette situation peut conduire à l'abandon des études ou à l'arrêt du financement d'un certain nombre d'étudiants, les mettant dans des situations difficiles pour terminer leur cursus.

Le grand nombre de parcours d'études individualisés (avec PAE) crée par ailleurs une charge administrative importante, qui entraîne des retards dans l'enregistrement des PAE provoquant, par voie de conséquence, des problèmes dans la planification des UE, notamment pour les travaux pratiques, ce qui complexifie encore l'organisation des études.

Toutefois, récemment, le gouvernement a pris en considération les difficultés rencontrées et a approuvé une révision du décret visant à amener plus rapidement les étudiants à la diplomation notamment via une révision des conditions de réussite en BA1.

### 3.2 Évolutions de la société

Afin de remplir les besoins de la société, un programme de formation doit être adapté aux évolutions de la société, et ceci est particulièrement vrai pour la médecine. Au cours de ces vingt dernières années, de nombreuses évolutions de la société ont/auront des conséquences importantes sur la formation des jeunes médecins et nécessitent donc de la part des universités et de leurs facultés de médecine un certain nombre d'adaptations.

Parmi celles-ci le comité a retenu :

- l'évolution démographique avec de plus en plus de personnes âgées, mais aussi celle de la pauvreté qui nécessitent des prises en charge spécifiques et des structures et des services d'accompagnement ;
- la dégradation de la santé mentale de la population avec un accroissement du taux de dépression et d'autres troubles psychologiques, mais aussi une consommation plus importante de drogues et d'autres addictions ;
- une autonomisation et des demandes accrues des patients, en partie liées à l'influence des informations diffusées/partagées via Internet et les réseaux sociaux ainsi qu'à la demande d'une « prise de décision partagée/conjointe », et du droit à l'autodétermination ;
- des changements dans la position et les attentes du patient, qui nécessitent une meilleure coordination entre acteurs de santé ;
- un accroissement de la responsabilité légale, avec davantage de réclamations concernant une communication inefficace et une mauvaise coordination des soins. Avec des frontières changeantes en ce qui concerne les rôles et les responsabilités entre les professionnels de la santé dans la prestation du processus de soins de santé.

En l'absence d'adaptation des programmes à ces évolutions, le risque est de disposer à termes d'un corps médical ne disposant pas des compétences pour répondre aux attentes de la population et de capacités pour s'adapter aux nouveaux modes de fonctionnement des structures mises en place dans le futur.

Pendant la crise du COVID-19, l'ensemble des équipes pédagogiques des différentes institutions ont consenti d'importants efforts pour proposer un enseignement à distance de qualité, à la satisfaction générale des étudiants.

Cette gestion de la crise COVID a été globalement un succès et n'a pas trop affecté la formation des étudiants. Elle a par ailleurs permis une accélération de l'utilisation des outils numériques (avec une vraie plus-value de certains, tel que l'enregistrement des cours).

Ce succès est sans doute un élément important pour le développement futur de la formation en médecine au travers des technologies numériques.

### 3.3 Évolutions dans les sciences de base, cliniques et technologiques

En matière de recherche les programmes des facultés complètes visent une complémentarité entre recherche et enseignement, malheureusement celles ne disposant pas de masters ont des difficultés à faire vivre cette complémentarité. Les facultés disposant de laboratoires, d'instituts de recherche avec de nombreux chercheurs, renforcent la pertinence de leur programme en mettant en avant plus aisément les innovations de la recherche.

Le développement important et rapide des connaissances s'est accéléré du fait notamment des spécialisations ce qui fait qu'il devient difficile, voire impossible, que toutes les connaissances soient traitées au sein des programmes. Des choix sont donc nécessaires pour faire en sorte que les étudiants disposent, à la fin de leur master, des connaissances et des compétences, mais aussi des notions de base en recherche qui leur permettront d'aborder dans les meilleures conditions les situations concrètes auxquelles ils seront confrontés au quotidien.

Le comité souhaite développer cinq évolutions particulièrement impactantes pour les programmes de médecine :

1. L'importance de l'intelligence artificielle avec des outils basés sur le *big data* pour un diagnostic et un traitement à distance plus rapides et plus précis.
2. Dans le domaine thérapeutique, l'évolution vers une médecine personnalisée et de précision, avec une importance croissante des biomarqueurs dans le diagnostic, le traitement et le pronostic.
3. L'importance accrue accordée à la sécurité des patients, dans toutes les activités<sup>16</sup>.
4. L'attention accrue pour la promotion de la santé et la prévention, avec un rôle du médecin qui évolue et qui prend parfois des aspects de conseil, de coach, d'enseignant ou de défenseur de la santé.
5. L'influence des changements et des évolutions climatiques avec les phénomènes de chaleur et de pollution conduisant à l'émergence de nouvelles maladies.

Les enseignants qui exercent dans les programmes évalués sont des experts du contenu scientifique et/ou des médecins disposant d'une longue expérience dans la pratique. Toutes les personnes rencontrées au cours de l'évaluation externe sont apparues comme motivées, désireuses de mettre en adéquation le contenu du programme avec les avancées les plus récentes de la science et de tisser un lien étroit avec le domaine professionnel. Le comité a acquis la conviction que la pertinence substantielle du programme était garantie quant au contenu des enseignements et au niveau scientifique.

Dans toutes les facultés évaluées, ce sont les enseignants qui sont personnellement chargés de veiller à la pertinence de leurs enseignements. Le comité a cependant constaté que le suivi de la pertinence n'était pas toujours et partout systématisé. Faire reposer la pertinence des enseignements sur la responsabilité individuelle des enseignants peut conduire certains enseignants à vouloir aborder trop de connaissances spécifiques par matière (des connaissances dont la pertinence, pour une formation médicale de base, n'est pas obligatoirement démontrée), ce qui renforce le caractère chargé des programmes d'études (voir ci-dessus).

En outre, le comité a pu constater qu'il pouvait arriver, dans certains cas, qu'aucune mesure ne

<sup>16</sup> Si de nombreuses questions de sécurité sont prises en compte pour des pathologies cibles ou reconnues, d'autres le sont beaucoup moins notamment chez les patients présentant de multiples pathologies, plurimédicamentés. À l'instar de ce qui passe dans les hôpitaux dans des réunions communes à différentes spécialités, le recours à la téléexpertise avec des spécialistes peut être considéré comme une forme de sécurisation de la prise en charge des patients à pathologie complexe.

soit prise par un enseignant pour maintenir à jour le contenu de ses enseignements. C'est la raison pour laquelle le comité encourage vivement la réalisation d'une évaluation fiable et systématique des enseignements.

### 3.4 Évolutions du système de soins de santé

Le système de soins de santé a, lui aussi, connu d'importantes évolutions au cours des dernières années. Ces évolutions ne sont pas sans impact sur les programmes de médecine. Parmi ces évolutions, le comité des experts retient notamment :

- des maladies plus chroniques et des soins plus complexes, ce qui a notamment pour conséquence le recours de plus en plus fréquent à des professionnels de santé différents auprès d'un même patient ;
- un passage croissant des soins intra-muros à des soins ambulatoires et de nouveaux modèles de fonctionnement en soins primaires ainsi qu'une attention croissante au travail interprofessionnel en équipe ;
- une importance croissante des soins primaires intégrés et interdisciplinaires ;
- une importance croissante de la santé publique ;
- une hausse des coûts des soins de santé et une demande du gouvernement pour des soins de santé efficaces ;
- des considérations économiques, indiquant qu'une collaboration plus efficace au sein des professions et entre les groupes professionnels générerait une réduction des coûts ;
- une influence croissante des évolutions technologiques, télématiques, domotiques, l'e-santé ;
- une complexification des patients avec plusieurs pathologies chroniques ;
- des questions éthiques sur lesquelles différents groupes professionnels peuvent avoir des points de vue et des intérêts différents, ce qui induit des concertations paritaires nécessaires avant certaines prises de décision.

Les facultés évaluées sont engagées dans le développement économique et social de leur région. La coopération avec les hospitaliers universitaires et

non universitaires garantit des partenariats solides avec le milieu socioprofessionnel.

### 3.5 Cadres de référence en matière de pédagogie

La pratique pédagogique et ses cadres de réflexion ont, eux aussi, connu d'importantes évolutions comme :

- enseigner en mode constructiviste avec des méthodes pédagogiques autodirigées plus activantes/participatives ;
- enseigner dans une perspective de transformation avec plus d'attention au lien entre l'enseignement, la recherche et les services à la société. Il paraît en effet important de développer davantage ses activités notamment en matière d'innovations pédagogiques pour faciliter le transfert des innovations d'une spécialité à une autre. Le thème central est la nécessité de mieux adapter l'enseignement aux nouvelles structures et à l'ancrage social des soins de santé. À cette fin, un nouveau concept d'apprentissage transformateur « *change agent* » est proposé, avec une médecine socialement pertinente comme thème central<sup>17</sup> ;
- développer les compétences de réflexion avec plus d'attention aux activités éducatives dans le domaine des compétences et du comportement professionnels et de la pratique professionnelle ;
- développer les activités pédagogiques pour la formation académique et scientifique ;
- développer des évaluations plus continues dans le programme, avec une attention aux évaluations formatives et une attention à l'observation et à la rétroaction ;
- développer de nouvelles formes d'évaluation telles que l'autoévaluation et l'évaluation par les pairs ;

<sup>17</sup> Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376:1923-58

- s'interroger sur le rôle de l'enseignant et ses évolutions dans un monde qui bouge ;
- intégrer l'enseignement en blocs thématiques plutôt qu'en enseignement disciplinaire afin d'aboutir à faire coller l'intégration thématique avec la pratique clinique.

Il est frappant de constater que partout dans le monde, le monde politique demande, au nom d'une prise en charge efficace des patients, de plus en plus de «soins personnalisés», offrant des soins efficaces au bon moment par la bonne personne.

L'évolution de ces différents domaines nécessite le renouvellement des programmes de médecine. La question centrale à formaliser est : quel médecin doit-on former pour qu'il soit apte à se former continuellement dans un monde à évolution rapide? Ou posée différemment, quelles compétences les jeunes diplômés doivent-ils absolument acquérir pour être aptes à participer à leur formation continue «adaptée à l'objectif» et pouvoir collaborer avec les autres acteurs de santé du terrain ?

En 2010, 100 ans après le rapport Flexner qui a jeté les bases de l'enseignement médical moderne, un nouveau rapport de la Fondation Carnegie est paru : «*Educating Physicians*». Un appel à la réforme de la faculté de médecine et de la résidence»<sup>18</sup>. Dans ce rapport, les auteurs analysaient la formation médicale en Amérique du Nord et proposaient quatre groupes de recommandations pour l'avenir :

- davantage de standardisation et d'individualisation ;
- une intégration plus importante et meilleure ;
- une formation plus poussée en «habitudes de recherche et d'amélioration» ;
- une formation professionnelle approfondie.

La même année, un rapport faisant autorité a également été publié dans *The Lancet* par un consortium international dirigé par Frenk et

Chen<sup>19</sup>. Dans ce rapport les auteurs mettent en avant l'idée que la formation médicale actuelle «n'a pas suivi le rythme des grands défis en cours», en grande partie du fait de la fragmentation des programmes d'études, de leurs obsolescences et de leur caractère statique qui produisent des diplômés peu adaptés aux nouveaux défis. Les problèmes sont systémiques : inadéquation des compétences aux besoins des patients et de la population ; pauvre travail d'équipe ; persistance de la stratification genrée du statut professionnel ; focalisation technique étroite sans compréhension contextuelle plus large ; rencontres épisodiques plutôt que soins partagés ; orientation hospitalière prédominante au détriment des soins primaires ; déséquilibres quantitatifs et qualitatifs du marché du travail professionnel ; leadership faible pour améliorer les performances du système de santé. Ils soulignent les grandes disparités dans le monde dans la qualité et la quantité de l'enseignement médical et l'absurdité que seuls 2 % des coûts des soins de santé sont consacrés à la formation des prestataires de soins de santé. Après des générations de programmes d'études médicales centrés sur la science et des problèmes spécifiques, ils font la promotion d'un nouveau type de programme d'études basé sur un système mettant en avant les soins aux patients et ceux utiles à l'avenir pour les populations.

Pour ce faire, ils mettent en avant les contacts internationaux entre les prestataires de soins afin de faciliter la diffusion géographique des connaissances. Pour les auteurs, à l'avenir, les programmes d'études devraient se concentrer sur «l'apprentissage transformationnel», là où, dans le passé, l'accent était mis sur l'information et l'apprentissage formatif pour l'expertise et le développement personnel. L'apprentissage transformationnel devrait permettre aux professionnels de se focaliser sur l'amélioration des soins. Les concepts clés sont une formation interprofessionnelle axée sur les compétences qui soit davantage liée aux besoins en soins de santé et

<sup>18</sup> Cooke M, Irby D, O'Brien B, with a foreword by Lee S. Shulman. San Francisco: Jossey-Bass, 2010

<sup>19</sup> Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010 ; 376:1923-58

moins au cadre disciplinaire et à la délimitation spécialisée de son propre domaine de travail.

Bien que ces recommandations aient été rédigées il y a plus de 10 ans, certaines d'entre elles restent très pertinentes dans le cadre de l'évaluation de la formation médicale. Le contexte dans lequel travaillent et travailleront les jeunes docteurs diplômés a beaucoup changé au cours des 20 dernières années et changera encore plus et beaucoup plus rapidement en raison des développements médico-technologiques, la sécurité des patients, la durabilité, les changements climatiques avec de nouvelles et d'autres types de maladies.

Les exigences du domaine du travail sont beaucoup plus fortes et plus larges qu'auparavant. Le champ professionnel nécessite l'intégration des connaissances, des aptitudes et des attitudes dans les compétences afin que les médecins puissent être rapidement opérationnels dans la pratique.

Toutes les universités ont instauré des organes centraux dont la mission est d'assurer la formation pédagogique des enseignants.

Les enseignants débutants sont pour la plupart obligés de suivre un trajet de professionnalisation en matière pédagogique, de même que les assistants. Cela dit, les travaux du comité n'ont pas toujours permis de déterminer en toute transparence les sujets de formation qui étaient obligatoires ni combien de sujets devaient être couverts dans ces programmes de formation pédagogique de base. Il est également important de noter que les autres enseignants en place depuis un certain nombre d'années n'ont pas d'obligation de suivre cette formation pédagogique.

Cela signifie que bon nombre d'enseignants ignorent souvent les possibilités offertes par l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) et qui permettent de renforcer la pertinence du programme dans le domaine des innovations pédagogiques. Ce point est renforcé par le fait que la liberté académique est très appréciée et régulièrement mise en avant par les enseignants interviewés.

Le comité estime que la réflexion sur la pertinence pédagogique du programme doit s'appuyer sur une dynamique collective, sur la constitution

d'équipes d'enseignants prêts à s'engager dans des innovations didactiques et non sur l'engagement individuel d'enseignants. Il est également apparu au comité que la formation continue des enseignants devait être encore développée et que leurs liens avec les services d'appui pédagogique devaient être renforcés ou assurés.

Globalement, les facultés de médecine n'ont pas vraiment saisi l'opportunité de réaliser une réforme fondamentale de l'enseignement en médecine sur la base des cadres de référence internationaux. La question « quel médecin voulons-nous former pour l'avenir? » n'a pas vraiment été posée. Une vision réformée, basée sur l'EBM n'est pas à ce jour réalisée. Le comité considère qu'il s'agit là d'une opportunité manquée.

### 3.6 Internationalisation

Au cours des différentes évaluations, le comité a constaté que la mobilité entrante et sortante est relativement faible pour les universités situées en dehors de Bruxelles. Les étudiants des différentes universités sont pourtant encouragés à entreprendre une expérience de mobilité grâce à un soutien financier et logistique proposé par les services centraux des universités.

#### Bonne pratique :

Seules les universités situées à Bruxelles disposent d'une politique stratégique assortie d'objectifs opérationnels et de pistes d'action concrète pour répondre aux propositions faites dans le cadre du processus de Bologne.

Apprendre dans un contexte international, comme a pu le montrer le programme Erasmus, n'est plus un privilège des étudiants sortants, mais bien une possibilité d'enrichissement à tous les niveaux (professionnel mais aussi culturel et dans l'apprentissage des langues) pour tous les étudiants y compris ceux de médecine. Sur la base des entretiens, le comité considère qu'il existe encore des opportunités importantes d'expansion en adaptant les programmes d'études à l'internationalisation et aux relations internationales, par exemple, pour ceux qui y participent, au travers des alliances d'universités européennes.

## Recommandations

- 3.1 Mettre en œuvre des mesures de valorisation de la médecine générale, de la médecine sociale et de la médecine en santé publique afin que cela puisse couvrir les besoins de la société.
- 3.2 Renforcer les consultations interuniversitaires sur le lien entre les évolutions des soins de santé (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie...) et la programmation des programmes en médecine.
- 3.3 Poursuivre le développement des outils numériques et maintenir l'enregistrement des cours notamment pour les étudiants en situations particulières (longues distances à parcourir, nécessité de combiner études et travail, charge de famille, etc.).
- 3.4 Confier la responsabilité ultime de la garantie de la pertinence du programme d'études aux commissions de programme/ conseil d'études en étroite concertation avec les responsables des différents cours.
- 3.5 Mettre en place un mécanisme systématique d'évaluation de la pertinence du contenu des différents cours, tout en s'assurant que la charge du programme n'est pas trop lourde.
- 3.6 Renforcer la coordination entre les enseignants au niveau du programme.
- 3.7 Favoriser la mobilité internationale notamment au niveau bachelier et poursuivre le développement international notamment dans le cadre des alliances d'universités européennes pour les institutions impliquées.

## Chapitre 4 – La cohérence des programmes

### 4.1 Les compétences et l'approche par compétences dans l'enseignement en médecine

Le modèle de référence international le plus connu pour les compétences de base du médecin est le CanMEDS (2005, 2015), dans lequel les compétences suivantes sont définies : expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel.

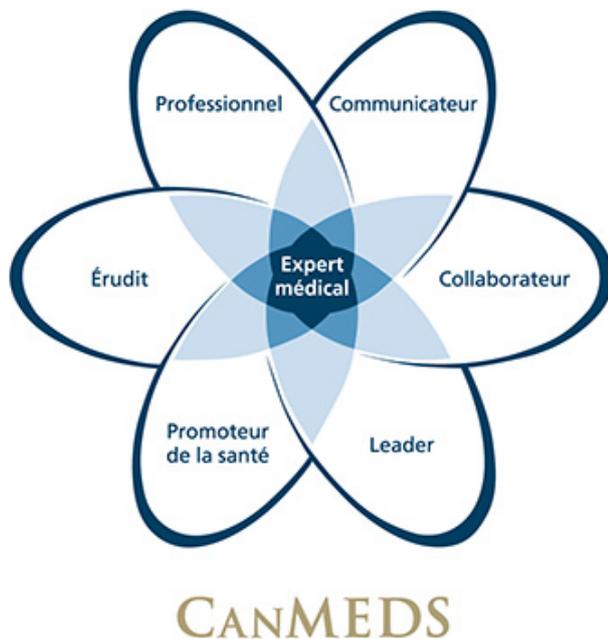


Figure 10 : Les 7 rôles du médecin selon le CanMEDS (2005, 2015)

Ces compétences font office de référence à l'échelle internationale pour la construction des programmes d'études en médecine. En FWB également, le référentiel de compétences approuvé par l'ARES s'appuie sur le CanMEDS. Certaines universités de la FWB utilisent également le « catalogue suisse des objectifs d'apprentissage pour la formation médicale prégraduée » (devenu

PROFILES<sup>20</sup>), un document similaire qui prend également appui sur le CanMEDS.

L'adoption d'un référentiel peut être considérée comme l'élément déclencheur d'une transition visant à aligner l'approche didactique des programmes de médecine sur les modèles internationaux actuels qui mettent moins l'accent sur le transfert de connaissances, au bénéfice d'une formation basée sur les compétences intégrant les connaissances, des savoir-faire et des savoir-être en situation. Lors des visites, le comité a constaté que le référentiel de l'ARES était actuellement sous-exploité par les universités.

La transition pédagogique vers un programme axé sur les compétences a commencé dans les différentes facultés avec l'introduction de nouvelles activités d'apprentissage conduisant à de nouvelles formes d'évaluation des apprentissages. Cela dit, en matière de compétences, un plan d'action cohérent (plan directeur) a débuté dans certaines facultés, mais pas dans toutes et doit être renforcé pour implémenter le référentiel de l'ARES. Les enseignants sensibles aux bénéfices d'une pédagogie plus active proposent des innovations pédagogiques dans leurs cours. Les autres continuent de proposer leurs enseignements de façon plus traditionnelle. Les experts ont constaté que souvent, ces derniers partagent l'idée qu'une pédagogie active met en péril l'apprentissage des connaissances, alors même qu'une pédagogie active vise une meilleure intégration de celles-ci. Souvent, un manque de temps et de formation a aussi été évoqué.

Les éléments centraux que doit stimuler la pédagogie active sont l'intégration des connaissances des différentes disciplines, le développement de savoir-faire, de comportements appropriés à différentes situations, l'intégration de la théorie à la pratique clinique, l'observation par l'enseignant du comportement de l'étudiant et un feedback à l'étudiant de sorte que celui-ci puisse se situer dans l'acquisition de ses compétences.

<sup>20</sup> Plus d'information sur : <https://www.unil.ch/upmed/fr/home/menuintst/profiles.html> (dernière consultation le 13 juillet 2022)

Dans cette nouvelle approche, l'étudiant est invité à faire preuve de plus d'autonomie dans son processus d'apprentissage et l'enseignant devient davantage un *coach*. Tout cela suppose un niveau d'exigence élevé en matière de cohérence du programme d'étude.

Le comité a noté qu'en général il y a peu d'orientation et de coordination de la commission de programme pour définir les choix pédagogiques au niveau des programmes et pour diffuser les avancées du programme de la faculté aux différentes parties qui a pour intérêt de favoriser la mise en place d'un programme cohérent basé sur les compétences.

## 4.2 Acquis d'apprentissage visés et fiches UE

L'analyse des dossiers d'autoévaluation et des fiches UE (un outil important pour documenter la cohérence du programme) montre que les facultés s'efforcent d'adopter l'approche par compétences dans les programmes. Cela dit, le processus est lent et difficile : dans de nombreux établissements évalués, ces fiches UE sont perçues comme une contrainte administrative et non pas comme un outil au service de la définition et de l'évolution de l'approche pédagogique du programme.

Souvent, les fiches UE ne définissent pas les compétences visées ou le niveau de maîtrise attendu par l'étudiant, mais bien les connaissances attendues ou le contenu du cours. En outre, il est arrivé régulièrement que le comité constate que les étudiants ne connaissent pas ces fiches UE ou n'aient pas pris la mesure de ce qu'elles offrent pour guider leur processus d'apprentissage.

Dans toutes les facultés évaluées, les enseignants sont chargés de compléter et/ou d'éditer les fiches UE correspondant à leurs enseignements et d'indiquer la contribution de leur cours à la liste des compétences définies dans le référentiel de compétences interuniversitaire. Il y a environ 25 à 40 % de possibilités de développer des éléments spécifiques dans le programme en fonction de la vision et de la mission et des plans stratégiques des universités/facultés.

Dans certaines facultés, il y a une concertation au niveau de la commission de programmes pour

soutenir ce processus de complétion des fiches UE. Dans d'autres, il existe un organe central qui s'occupe de la formulation afin de garantir au mieux la cohérence du programme, les enseignants pouvant compléter/modifier la formulation en fonction de leurs desiderata.

Parfois, la cellule pédagogique peut accompagner et conseiller les enseignants sur une base individuelle.

Le comité a noté dans plusieurs institutions que les fiches, bien qu'utilisées, sont insuffisantes en tant qu'instrument pour garantir la transition entre les acquis d'apprentissage utilisés par les enseignants et le programme. Cela est vrai non seulement au niveau des acquis d'apprentissage formulés par l'établissement, mais aussi, et surtout pour élaborer un programme cohérent en ce qui concerne l'activation des activités d'apprentissage pour réaliser l'intégration et développer un système d'évaluation aligné sur les acquis d'apprentissage au niveau de compétences afin d'être sûr que les acquis d'apprentissage sont maîtrisés par les étudiants en fin de programme.

## 4.3 Activités d'apprentissage

La structure des programmes de bachelier est à peu près la même pour tous les programmes évalués : l'attention est d'abord portée sur les matières de base, puis sur la personne normale et ensuite vers la pathologie (mécanismes physiopathologiques des maladies).

Il est important de noter que les facultés qui ne délivrent que le bachelier ont fait des efforts importants pour « médicaliser » les années de bachelier et s'assurer que leurs diplômés n'éprouvent aucune difficulté à passer en master dans un autre établissement.

En master, une grande attention est accordée à toutes les spécialités/hyperspécialités dans les cours théoriques. C'est une évolution connue dans plusieurs universités en dehors de la FWB qui conduit d'une part à une surcharge de connaissances à acquérir par les étudiants, mais aussi à ce que trop d'étudiants s'orientent vers une spécialisation et qu'un nombre insuffisant d'étudiants se dirigent vers la médecine générale ou médecine sociale, ces dernières étant moins

visibles dans le programme du fait du faible nombre d'heures qui leur sont consacrées.

Les programmes essaient de développer chez l'ensemble des étudiants un bagage méthodologique pertinent, une approche critique, une perception du contexte et des enjeux, une capacité de synthèse des éléments essentiels pour poser un diagnostic et dégager des conclusions pertinentes au travers d'une démarche rigoureuse d'analyse.

La programmation en cours est le système le plus courant, mais la programmation en blocs intégrés autour d'un thème (généralement lié à l'organe) est également abordée dans certains programmes.

L'enseignement suivi et continu en lignes directrices (par ex. recherche, soft skills...) d'une année sur l'autre et du bachelier au master n'est pas très développé. C'est en particulier le cas pour la formation académique, pour les aspects biopsychosociaux, pour l'éducation des aptitudes cliniques, ou encore pour la communication, le comportement professionnel, la pratique professionnelle, et enfin pour la formation scientifique.

De manière générale, l'enseignement des compétences pratiques, du comportement professionnel et des bases introductives à la recherche ne fait pas l'objet d'une attention suffisante. Les étudiants de plusieurs facultés sont plaints au comité de ne pas être suffisamment formés, notamment dans les domaines de la pratique clinique, de la communication et du comportement professionnel.

Tous les programmes évalués ont introduit un certain nombre d'interventions pédagogiques de qualité pour favoriser l'intégration entre les matières de base et les matières cliniques (médiatisation du bachelier) et en même temps ont essayé d'initier certaines innovations pédagogiques dans le bachelier.

Malgré cela et l'introduction de stages cliniques dans le master, il manque encore des moments aux étudiants pour maîtriser davantage les compétences cliniques, le raisonnement clinique, les compétences techniques de base, les compétences de communication, et d'acquérir les bases en matière d'éthique ou de comportement professionnel. Des plus grandes possibilités d'autoréflexion et d'autonomie dans le pro-

gramme semblent devoir être développées pour le comité.

La cohérence du programme, qu'elle soit horizontale (au sein d'une année et des UE entre elles) ou verticale (entre les années, et une progression entre les UE), est apparue de manière générale comme étant peu structurée au niveau des institutions évaluées.

Une meilleure intégration des matières biomédicales de base pourrait être conçue (que ce soit au niveau bachelier comme au niveau master) jusque dans les stages. Cela permettrait, en particulier, de prendre en compte l'évolution rapide des nouvelles connaissances dans les mécanismes physiopathologiques, mais aussi biomoléculaires des maladies. De plus cette base théorique à l'apprentissage par l'expérience apporte une valeur ajoutée évidente au processus d'apprentissage<sup>21,22,23,24,25,26</sup>.

#### Bonne pratique :

L'UNamur a été précurseur en FWB en instaurant un stage obligatoire en médecine générale, en fin de cycle. Les premiers pas des étudiants sur le terrain clinique permettent, au passage, de valoriser la médecine générale. Par ailleurs, un partenariat se met en place avec une haute école et l'UNamur pour la formation en Soins infirmiers de pratique avancée ce qui permet aux étudiants de disposer d'un lien concret avec l'exercice de la médecine et d'apprendre les gestes pratiques réalisés en cabinet.

<sup>21</sup> Bandiera G, Boucher A, Neville A et al. Integration and timing of basic and clinical sciences education. *Med Teach* 2013;35:381-7

<sup>22</sup> Harden R, et al, educational strategies in curriculum development: the spices model, *med Educ* 1984, 18, 284-297

<sup>23</sup> Malik AS, Malik RH. Twelve tips for developing an integrated curriculum. *Med Teach* 2011;33:99-104

<sup>24</sup> Peters S, Clarebout G, Diemers et al. Enhancing the connection between the classroom and the clinical workplace: A systematic review. *Persp Med Educ* 2017;6:148-57

<sup>25</sup> Van Schravendijk C, Maerz R, Garcia-Seoane J. Exploring the integration of the biomedical research component in undergraduate medical education. *Med Teach* 2013;35:e1243-51

<sup>26</sup> Vergel J, Stentoft D, Montoya J. Extending the theoretical framework for curriculum integration in pre-clinical medical education. *Persp Med Educ* 2017;6:246-55

Concernant l'intégration des aspects psychosociaux au sein des aspects biomédicaux, il est apparu au comité que ceux-ci sont abordés à la marge dans la plupart des programmes évalués. La médecine intégrée impliquant les dimensions psychosociales n'est-elle toujours pas applicable à tous les cours ? Les concepts et modèles scientifiques issus des sciences psychosociales ne doivent-ils plus être traités en continu dans les blocs et modules biomédicaux et être enseignés de manière intégrée ?

En formulant des prérequis et des corequis, les institutions cherchent d'une part à harmoniser le contenu et les niveaux d'exigence entre les cours, mais aussi à fluidifier une progression entre les cours.

Les prérequis de chaque UE sont en général repris dans la fiche UE et/ou énoncés en début de programme ou de cours. Ils sont essentiels dans la conception des PAE.

Le comité a constaté dans plusieurs institutions que la préparation des stages n'était pas optimale et qu'il manquait assez régulièrement un rappel des éléments de base de la spécialité où le stage était effectué. Le comité considère que ce manque ne permet pas d'optimiser les compétences acquises lors des stages. Il considère que les étudiants doivent être davantage préparés pour les stages afin de rendre la transition de la théorie à la pratique plus progressive et leur permettre d'acquérir des compétences au fil des années. Il considère également que les stages d'observation clinique des premières années sont importants pour permettre aux étudiants d'acquérir les premières compétences et de se familiariser avec le contact des patients.

Le comité a également constaté que l'encadrement du TFE ne permet pas toujours aux travaux fournis d'atteindre le niveau qualitatif attendu par les descripteurs de Dublin. Plusieurs raisons peuvent être avancées à cela :

- un système d'évaluation et une coordination insuffisants, des compétences partielles dans la programmation des apprentissages pour intégrer les compétences scientifiques ;

- trop peu de temps pour passer 15 ECTS sur le TFE pendant l'année de stage de M3 trop chargée, ou une grande difficulté pour les étudiants des facultés de médecine offrant uniquement le bachelier pour faire un TFE de recherche ;
- trop peu d'ECTS au niveau BaMa ;
- trop peu de soutien pour l'orientation et la supervision ;
- une insuffisance de l'expertise d'un certain nombre d'enseignants ;
- trop peu de lien avec les instituts de recherche.
- une qualité de supervision du TFE dépendante dans de nombreux cas de la qualité du superviseur.

Tout cela conduit, dans plusieurs institutions à un niveau de TFE insuffisant par rapport aux normes européennes, à une moindre acquisition de compétences des étudiants et au final à une valeur moindre du TFE que certaines institutions ont réduite à 5 ECTS.

#### Bonne pratique :

À l'ULB, la mise en place d'un TFE obligatoire et le renforcement de son accompagnement par l'instauration d'une cellule d'aide à la réalisation du TFE facilitent le travail des étudiants et accroissent la qualité des TFE.

## 4.4 Méthodes pédagogiques

Dans le bachelier, la grande majorité des enseignements correspond à des cours magistraux en auditoires. Le transfert de connaissances est l'objectif principal. Parfois, des outils technologiques d'interaction sont utilisés pour organiser des moments de questions-réponses et/ou des tests interactifs. Notons par exemple que, pendant la crise du COVID-19, Wooclap a été utilisé dans différentes facultés (tant en bachelier qu'en master).

En master, on retrouve de nombreuses conférences *ex cathedra* dans le cadre des enseignements théoriques des différentes spécialités. Le programme intègre également des stages et un TFE.

Le comité a cependant pu constater, tant dans le bachelier que dans le master, des méthodes d'enseignement innovantes telles que :

- des enseignements par problèmes ;
- des analyses de cas cliniques (plateforme informatique avec possibilité de feedback) ;
- un apprentissage de raisonnement clinique ;
- un apprentissage de résolutions des problèmes complexes ;
- des travaux pratiques ;
- des séminaires en petits groupes ;
- des travaux personnels ;
- des simulations, des laboratoires en présentiel et virtuel ;
- des exercices sur mannequins, des classes inversées ;
- des podcasts ;
- des MOOCs ;
- des blocs-notes collaboratifs ;
- des rédactions de rapports individuels ou collectifs ;
- l'élaboration de cartes conceptuelles et mentales pour promouvoir la pensée critique.

La crise du COVID-19 a amené toutes les facultés à développer massivement les services TICE pour assurer un enseignement à distance de qualité et pour stimuler l'autonomie des étudiants dans leur processus d'apprentissage. Ces développements ont recueilli la grande satisfaction des étudiants.

Pour l'avenir, c'est la garantie de mettre en place des programmes hybrides mêlant enseignement traditionnel et à distance.

#### 4.5 Charge de travail des étudiants

En bachelier, cette charge est variable d'une année à l'autre et d'un programme à l'autre. Des efforts ont été observés par le comité pour rééquilibrer la charge de travail des étudiants dans ces années dans plusieurs institutions.

Le master quant à lui se caractérise par un afflux important de connaissances spécialisées qui n'apparaissent pas toujours utiles pour l'ensemble des étudiants, notamment ceux qui se destinent à la médecine générale.

Idéalement, l'enseignant de spécialité doit apporter les informations de sa spécialité nécessaire à la formation d'un médecin de base. Cela signifie que les enseignants de spécialités ne doivent pas prendre en compte uniquement les informations utiles à leur spécialité, mais considérer davantage les connaissances et utiles à un médecin de base de façon à ce qu'il dispose des compétences lui permettant de prendre en charge le patient, si nécessaire, aux spécialistes relevant de son cas.

Selon le comité, la charge de travail des étudiants, tant en bachelier qu'en master, reste trop élevée et doit être réévaluée en fonction des attendus souhaités à la fin de la formation. Pour limiter la charge de travail, il est possible d'utiliser le système ECTS plus précisément. Pour arriver à cela, des accords doivent être conclus à ce sujet entre la faculté, les départements et les établissements.

#### 4.6 Évaluations du niveau d'atteinte des acquis d'apprentissage

La dernière étape de la cohérence du programme consiste à aligner les méthodes d'évaluation des acquis d'apprentissage aux acquis d'apprentissage visés via les méthodes pédagogiques employées<sup>27</sup>. En d'autres termes : l'ensemble des acquis d'apprentissage apparaissant dans les différentes unités d'enseignement doivent être évalués afin de vérifier qu'ils correspondent bien aux acquis d'apprentissage visés par le programme.

Il est en effet important de façon à garantir la qualité des soins que l'ensemble des compétences visées soient testées, afin de garantir aux responsables réglementaires et politiques que le niveau de formation en fin d'études est conforme aux attentes et qu'il est atteint par l'ensemble des étudiants diplômés.

<sup>27</sup> Concept de l'alignement de Biggs (1996), repris par l'AEQES dans son référentiel d'évaluation

### Cadre d'inspiration : le « modèle du diabolo » pour approcher la notion de pertinence

Au niveau international, la pyramide de Miller est généralement employée pour évaluer le niveau d'acquisition des compétences selon quatre paliers : l'étudiant sait, l'étudiant sait comment, l'étudiant démontre, l'étudiant fait.



Figure 11 : la pyramide de l'intégration des apprentissages (Miller, 1990)

Le comité a constaté, au niveau master, un défaut de reprise des connaissances théoriques en amont des stages cliniques, mais il a également constaté de manière positive, dans les différentes institutions l'existence d'évaluations testant les connaissances des étudiants et leur applicabilité à diverses situations pratiques. Cela lui laisse à penser que le niveau des connaissances des étudiants répond aux attentes réglementaires même s'il considère qu'il existe une marge d'amélioration de l'enseignement systématique des compétences. Cela l'amène à conclure que l'utilisation de l'EPA<sup>28,29</sup>, est recommandée.

Le comité n'a pas constaté dans les institutions visitées une politique d'évaluation structurée par quadrimestre, ou par an au niveau du programme, où une maîtrise graduelle des compétences devant

être acquises est planifiée. Le comité considère qu'une attention particulière doit être portée à la qualité des tests en matière de validité, de fiabilité, d'acceptabilité et du rapport coût-bénéfice afin de l'améliorer.

Les programmes n'ayant pas été associés à des tests longitudinaux, il est difficile pour le comité d'avoir une idée précise sur l'atteinte des objectifs visés en fin du programme d'études.

Le comité a constaté que différentes méthodes d'évaluation étaient utilisées par les enseignants comme des QCM, des questions vrai/faux, des examens oraux, des examens pratiques, des rapports de cas, des rapports d'étapes, des portfolios, des évaluations continues, etc. Il a noté que les autoévaluations et les évaluations par les pairs ne sont que rarement voire jamais employées, de même que les évaluations formatives, ainsi que les examens de synthèse (intégration de plusieurs UE).

#### Bonne pratique :

À l'UCLouvain, le portfolio a fait l'objet de plusieurs évolutions au cours des dernières années, ce qui a permis sa simplification et permet aujourd'hui une meilleure compréhension de la part des étudiants, une plus grande utilisation et leur satisfaction globale.

Concernant les évaluations des stages cliniques, le comité a généralement constaté qu'elles étaient effectuées par le maître de stage, souvent avec l'aide d'un assistant. Cette évaluation se déroule à l'aide d'un court questionnaire visant à situer le niveau d'acquisition des compétences. Le comité a recueilli un certain nombre de plaintes de la part des étudiants qui critiquent la validité de cette forme d'évaluation à la fois sur le fond et la forme pour tester leurs compétences trouvant le système ni transparent ni équitable.

Le comité a constaté que la plupart des stages se déroulent en milieux hospitaliers, sont très limités, rares et souvent facultatifs, en médecine générale/soins de première ligne, médecine sociale. La pression des soins aux patients est dans la plupart des établissements hospitaliers si grande que l'apprentissage est régulièrement relégué au

<sup>28</sup> Hirsh DA, Holmboe ES, Ten Cate O. Time to trust: longitudinal integrated clerkships and entrustable professional activities. Acad Med 2014;89:201-3

<sup>29</sup> Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide 99. Med Teach 2015;37:983-1002

second plan. Il y a souvent trop peu de temps pour l'observation et le *débriefing* des étudiants, ce qui a pour conséquence de limiter les acquis d'apprentissage de l'étudiant.

Enfin, le comité a constaté que les notes sont généralement élevées voire très élevées compte tenu des rapports entre le formateur et l'étudiant, ce qui ne conduit pas à une image réaliste des compétences et des acquis du stagiaire. Au final, le comité considère qu'il existe une marge de progression importante dans l'apprentissage formatif des stages.

Le comité a constaté dans certaines institutions l'existence d'examens théoriques supplémentaires, comme en médecine interne, avec présentations de cas cliniques. Le comité regrette le manque d'examens cliniques objectifs, structurés à la fin des études qui permette une évaluation plus fine des connaissances et des compétences.

Le comité a constaté dans plusieurs institutions que l'évaluation des compétences en phase clinique était faible. Dans plusieurs institutions, les étudiants ont pointé que pour certains cours cliniques, les évaluations ne portaient pas sur les compétences que l'enseignant avait déclaré viser dans la fiche UE et que l'évaluation était en fait davantage axée sur les connaissances.

Le comité tient à souligner que l'évaluation des compétences nécessite la mise en place de dispositifs d'évaluation complexes. Les enseignants ne sont généralement pas formés à ces méthodes et disposent de peu de moyens pour mettre en œuvre de tels dispositifs notamment à l'échelle de grands groupes d'étudiants. Ce constat fait, en raison du nombre important d'étudiants, en général, les enseignants optent pour des méthodes moins chronophages.

Le comité a constaté que bien que certains programmes tentent d'introduire un portfolio. L'apprentissage par un portfolio est l'outil d'apprentissage idéal pour cartographier la progression de l'apprentissage dans les différentes compétences, où l'autonomie, l'auto-évaluation et la réflexion sont au cœur du processus d'apprentissage et où les produits sont collectés pour

démontrer qu'il existe des «preuves» que les compétences cibles ont été atteintes<sup>30,31</sup>.

Le comité souligne l'importance de se doter d'outils pédagogiques permettant d'apprécier la progression du niveau de compétences des étudiants.

## 4.7 Défis pour l'avenir en matière de cohérence

### I. Conduite professionnelle/Préparation à la profession

Bien qu'un certain nombre de cours portent une attention au comportement professionnel, il y a de manière générale un manque de réflexion sur le comportement et une rétroaction structurée sur l'évolution de la conduite professionnelle.

En plus des connaissances et des comportements exemplaires, les étudiants ont besoin d'un retour sur leurs propres actions pour un bon développement professionnel. Cette rétroaction peut stimuler un bon comportement, renforcer la performance des étudiants et corriger un comportement inadéquat. Il y a suffisamment de cours dans les programmes où le comportement professionnel peut être discuté et élaboré de manière plus explicite, c'est notamment le cas : des premiers stages en bachelier, des petits groupes ou des séances de cas cliniques, etc.

En master pendant les stages, des efforts plus structurants peuvent être faits sur le comportement professionnel afin que la transition vers les spécialisations se fasse en douceur dans un continuum de formation tout au long de la vie en tant que professionnel.

<sup>30</sup> Poumay M, Maillart C (2015). Los portafolios : Hacia una evaluación más integrada y coherente con el concepto de desempeño complejo

<sup>31</sup> A systematic review, Tan R. et al: Journal of Medical education and curriculum development, 2022 vol 9

## II. Valorisation et investissement en temps pour l'enseignement

Au sein des facultés, il existe un champ de tension dans l'évaluation et l'investissement en temps pour l'enseignement, la recherche et les soins aux patients. Il ressort clairement des DAE que la combinaison des 3 missions académiques conduit à moins d'engagement envers l'enseignement, en particulier dans les années de master. Cela conduit à une diminution de la qualité et à un manque de pertinence des aspects pédagogiques de l'enseignement.

La valorisation de l'enseignement doit transparaître dans une politique de carrière, d'appréciation des opportunités et de professionnalisation. Dans ce contexte, la situation juridique et financière de l'enseignement doit être adaptée.

### Recommandations

- 4.1 Décliner, pour chaque programme, une matrice pédagogique reprenant chaque UE et le référentiel de compétences de l'ARES en identifiant pour les parties prenantes comment les UE contribuent à développer les compétences finales visées par le référentiel. Le comité considère que cet outil permet de disposer pour chacune des parties une vision claire de l'obtention des diplômes de sortie.
- 4.2 Renforcer la communication autour des fiches UE pour qu'elles soient un outil de meilleure compréhension des acquis d'apprentissage visés par chaque UE. Assurer, au sein de chaque cours, une description des acquis d'apprentissage principaux visés par le cours. Il pourrait être utile de montrer aux étudiants, grâce à la fiche ECTS, l'importance de ces acquis d'apprentissage dans le domaine concerné.

- 4.3 Examiner de plus près quelles connaissances un médecin doit avoir pour continuer à étudier de manière autonome dans l'une des spécialités et quelles compétences sont nécessaires pour pouvoir travailler de manière autonome en clinique en ayant la possibilité/la capacité de poursuivre sa formation continue.
- 4.4 Poursuivre la « médicalisation » du bachelier pour engager plus activement encore les étudiants dans leur apprentissage.
- 4.5 Proposer un enseignement plus actif, visant l'intégration des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être, pour que les étudiants puissent atteindre les compétences leur permettant de donner des soins individualisés complets et de qualité. Réduire la part d'enseignements *ex cathedra*.
- 4.6 Avec le temps, faire évoluer les programmes vers une meilleure intégration verticale et horizontale. L'intégration entre les matières de base et les matières cliniques est nécessaire aussi bien en bachelier qu'en master. Particulièrement en master, le rappel des notions fondamentales gagnerait à être fait.
- 4.7 Renforcer la coopération entre les différentes spécialités médicales afin que les étudiants intègrent les sujets davantage en fonction des questions pratiques posées par les patients dans les soins de santé et moins à partir des connaissances théoriques des différentes spécialités.
- 4.8 Développer des axes d'intégration au fil des années, par exemple pour le raisonnement clinique, les compétences, la formation clinique, les enseignements pluridisciplinaires, les comportements et les pratiques professionnels, etc.
- 4.9 Pour les stages, instaurer des sessions interactives en petits groupes au départ pour mieux préparer les étudiants au stage (*just in time learning*) et ensuite une courte période de connaissances plus théoriques visant à vérifier ce qui est connu des étudiants et identifier les lacunes.

- 4.10 Optimiser l'environnement d'apprentissage dans les hôpitaux pour les étudiants de master.
- 4.11 Mettre au point un portfolio en soutien à cet apprentissage des compétences.
- 4.12 Conclure des conventions favorisant la formation des étudiants avec les réseaux des hôpitaux avec lesquels les facultés travaillent. La formation pour fournir une rétroaction adéquate et ciblée est également cruciale, tout comme l'investissement en temps des personnels des hôpitaux où les soins aux patients sont prioritaires et le temps à passer à former les étudiants plutôt limité.
- 4.13 Prêter attention au processus d'apprentissage primaire : avec des tâches répétitives et supervisées par les étudiants comme la rédaction d'observations. Mais aussi renforcer l'encadrement des maîtres de stages en indiquant régulièrement ce qu'ils observent et ce que les étudiants peuvent et ne peuvent pas réaliser. L'utilisation systématique d'Évaluations Cliniques Courtes (CQ) et d'un journal de bord clinique apparaissent au comité de bons outils pour cela.
- 4.14 Au niveau des commissions de programmes/conseil d'études, davantage orienter et coordonner la transition pédagogique selon les règles de l'EBM afin de répondre aux standards internationaux. Des choix doivent être faits en ce qui concerne la vision pédagogique de l'établissement.
- 4.15 Au niveau des concepteurs du programme, mettre en place un processus de construction/d'évolution du programme partagé avec les responsables d'enseignement, ce qui permet la prise en compte des compétences essentielles transversales partagées entre les matières. Pour ce faire, un protocole didactique sera établi pour chaque tâche permettant à l'étudiant de comprendre comment il doit effectuer la tâche en question, mais aussi d'évaluer si la compétence recherchée est acquise ou non lui permettant ainsi d'indiquer ce qu'il a appris en effectuant la tâche et comment celle-ci lui a permis de progresser dans son travail. A cette fin, chaque unité de cours formulera un ensemble d'objectifs d'apprentissage qui, ensemble, garantiront que les compétences attendues sont bien atteintes.
- 4.16 Créer un cadastre des activités d'apprentissage afin que les liens entre les différentes activités pédagogiques deviennent plus clairs et qu'un équilibre entre ces activités puisse être apporté.
- 4.17 Dresser un cadastre des évaluations et veiller à ce que chaque UE soient alignées entre elles et sur les acquis d'apprentissage pour s'assurer que le niveau final visé est bel et bien atteint par les étudiants. L'accompagnement des services centraux de l'université dans cette transition est recommandé, car les facultés pourront alors s'appuyer sur leur expertise en pédagogie.

## Chapitre 5 – Les ressources

### 5.1 Ressources matérielles

#### I. Le financement

Une étude comparative sur le financement des universités en Europe (Wallonie, Pays-Bas, Allemagne et Flandre) montre que les universités de la FWB sont les moins financées<sup>32</sup>. Un ajustement apparaît donc nécessaire.

En effet, le manque de financement aujourd'hui engendre :

- un possible défaut d'encadrement des étudiants ;
- un encadrement insuffisant administratif au niveau des secrétariats en particulier, mais aussi pour l'organisation des travaux pratiques en petits groupes ;
- un financement insuffisant pour l'entretien, la construction des bâtiments et l'aménagement d'environnements d'apprentissage/de salles de classe modernes ;
- une incapacité d'assumer pleinement les fonctions d'enseignement pratique des médecins hospitaliers du fait du sous-financement des hôpitaux universitaires ou non.

Les financements du secteur de la recherche et des services à la collectivité s'avèrent être particulièrement à l'ordre du jour des déclarations politiques communes de la région wallonne et de Bruxelles-Capitale. Ces financements semblent menacés dans les années à venir. Le comité souligne unanimement que le modèle financier des universités fait de l'enseignement le parent pauvre d'un système où la recherche et les services à la collectivité sont au premier plan. Encore plus aujourd'hui, les doyens et recteurs doivent garantir le financement de l'éducation des jeunes diplômés pour qu'ils deviennent en fin d'études des professionnels opérants au service de la société.

<sup>32</sup> Pourtois M, Etude comparative du financement public des universités en Belgique, aux Pays-Bas et en Allemagne (2019) p. 5

#### II. Espaces de convivialité et de partage

Des espaces de convivialité et de partage sont développés dans certaines institutions et ceux-ci apportent des bénéfices dans les échanges entre étudiants et facilitent dans certains cas l'équilibre psychologique des étudiants.

#### III. Skills lab

Les universités visitées ont initié la mise en place de skills lab, notamment en matière de communication ou lors des examens cliniques.

#### IV. Bibliothèques

Les bibliothèques remplissent globalement leur mission auprès des étudiants et des personnels. Certaines nécessitent des rénovations ou des extensions. Les horaires d'ouverture sont variables d'une institution à une autre et fonction des disponibilités des personnels. Une extension des horaires à 19-20H pour celles qui ferment à 17H est souhaitable. Lors des périodes d'examen, la plupart des bibliothèques étendent leurs horaires. De la même manière, des espaces supplémentaires d'études sont en général ouverts durant ces périodes, par exemple dans les restaurants universitaires, une fois les repas servis. Les collections sont globalement satisfaisantes. Des prêts sont la règle même si dans certaines institutions ces prêts sont limités par le nombre de volumes disponibles. L'équilibre entre documentation papier et numérique semble satisfaisant au comité permettant en fonction des modes d'études des étudiants de profiter de documents papier ou numériques.

### 5.2. Ressources humaines

#### I. Manque de valorisation de l'enseignement

La pression exercée sur les enseignants pour obtenir des notes élevées en recherche est grande et les exigences en matière d'activité clinique également. Cela conduit de nombreux enseignants à délaisser ou disposer d'un temps réduit pour la partie enseignement. Pourtant, afin de former les futurs médecins au meilleur niveau, il est important que les étudiants reçoivent une formation des professeurs eux-mêmes, car ce sont eux qui disposent de la plus grande expérience. Apprendre

d'un « modèle important » est indiscutablement reconnu en enseignement. Afin de renforcer la qualité des enseignements, la mise en œuvre de la qualification de professionnalisation pédagogique peut être un instrument important d'amélioration de la qualité à cet égard.

Un autre point important est l'équilibre entre le temps passé en faculté et celui consacré au clinique. Même si le dilemme est complexe, car mettant en avant le travail d'un même individu dans deux organisations, l'équilibre entre ces deux missions est essentiel pour la formation des jeunes médecins. Des discussions entre les institutions universitaires et hospitalières doivent être organisées et facilitées par le monde politique pour que la formation des médecins de demain se fasse au meilleur niveau.

## II. Académisation de la médecine générale

Compte tenu des difficultés de couverture des besoins de santé dans certains territoires hors agglomération bruxelloise, le comité est d'avis qu'un rattrapage doit se faire dans le cadre du référentiel international pour l'académisation de la médecine générale. Il y a actuellement trop peu de médecins généralistes titulaires d'une thèse et la médecine générale est trop peu associée à la recherche scientifique. Pour couvrir les besoins actuels et futurs de la société en matière de soins de proximité, une politique de sensibilisation à ces sujets devra être développée à partir des services centraux et des facultés.

### 5.3. Équité et bien-être des étudiants

#### I. Aide à la réussite

Toutes les universités organisent des séances d'aide à la réussite en ce qui concerne la préparation pour l'examen d'entrée.

De nombreuses activités d'apprentissage sont organisées pour optimiser les taux de réussite en première année du bachelier.

Au-delà de la première année, un certain nombre d'étudiants en seconde ou troisième année se trouvent dans des situations délicates qui les amènent à prolonger la durée de leurs études voire à abandonner. Le comité considère que

l'organisation d'activités d'aide à la réussite est nécessaire en seconde et troisième années pour les étudiants en difficulté.

En général, l'accent devrait être davantage mis sur « apprendre à étudier » et pas seulement sur l'apprentissage du contenu de l'année en question.

Il a également semblé important au comité que les facultés examinent de façon approfondie la charge réelle par unité de cours aussi que l'alignement avec les ECTS afin de garantir que la quantité de matière à apprendre pour chaque cours est adaptée aux connaissances et compétences essentielles à acquérir par les étudiants.

Globalement, le comité considère qu'il faut développer les activités d'aide à la réussite qui permettent aux étudiants d'acquérir les compétences souhaitées tout en leur permettant de terminer leur bachelier dans les meilleurs délais. Pour ce faire, il pourrait être intéressant d'établir un planning global du programme intégrant les activités d'apprentissage et leurs articulations autrement que via les prérequis et corequis. Ce mode de présentation pourrait aider l'étudiant d'une part à la création d'un PAE cohérent et d'autre part à appréhender plus globalement son parcours et son contenu. Il convient d'associer les étudiants à ces réflexions via leur participation active aux commissions de programmes.

#### II. Gestion institutionnelle des étudiants présentant des besoins spécifiques

Le nombre d'étudiants présentant des besoins spécifiques augmente d'année en année. Une commission spécifique, un label spécifique, ou des aménagements spécifiques sont mis en place dans la plupart des institutions. Ces initiatives doivent être encouragées et accompagnées pour faciliter l'accès des étudiants aux études médicales.

**Recommandations**

- 5.1 Reconsidérer les ressources financières des institutions afin de les amener à un niveau proche du niveau européen pour maintenir la qualité des enseignements au niveau souhaité.
- 5.2 Développer les activités d'aide à la réussite, afin d'assurer une acquisition plus rapide des compétences, limiter la durée des études et former plus rapidement les jeunes médecins.
- 5.3 Développer les savoir-faire autour d'« apprendre à étudier » afin de limiter les taux d'échec et permettre aux étudiants d'acquérir les techniques qui leur seront utiles pour leur formation continue tout au long de leur carrière.
- 5.4 Développer et accompagner l'accès aux études médicales des étudiants présentant des besoins spécifiques.

## En synthèse : analyse SWOT des programmes évalués

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une adaptation importante aux évolutions réglementaires.</li> <li>• Des personnels enseignants, administratifs et techniques dévoués et compétents.</li> <li>• Des commissions de programme/conseils d'études qui visent l'amélioration de la qualité de l'enseignement.</li> <li>• Une volonté des facultés de renforcer la participation et la transversalité de la communication.</li> <li>• Des avancées numériques réelles en lien avec la crise COVID 19.</li> <li>• Une stratégie internationale bien développée par les universités bruxelloises.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un manque d'indicateurs pour suivre et ajuster les résultats des actions mises en place.</li> <li>• Les outils mis à disposition par les universités sont parfois insuffisamment connus ou utilisés par les enseignants.</li> <li>• La représentation/la participation des étudiants au sein des organes de gouvernance est non optimale. Le taux de réponse des étudiants aux évaluations est faible, voire très faible.</li> <li>• Les parties prenantes externes aux établissements ne sont pas systématiquement consultées.</li> <li>• Les évaluations au niveau des programmes sont davantage réalisées au niveau des établissements qu'au niveau des facultés.</li> <li>• La communication est parfois trop foisonnante ce qui nuit à la qualité des informations utiles.</li> <li>• Un manque de stratégie à moyen/long terme en matière de qualité de l'enseignement.</li> <li>• Des masters de manière générale trop chargés, favorisant une moindre qualité du mémoire de master.</li> <li>• Les programmes sont avant tout structurés autour des connaissances et peu sur les compétences.</li> <li>• Le suivi de la pertinence des programmes n'est pas toujours et partout systématisé.</li> <li>• Une non-prise en compte de formation pédagogique à l'ensemble des enseignants.</li> <li>• Une mobilité étudiante insuffisamment développée au sein des facultés de médecine non bruxelloise.</li> <li>• Des programmes qui manquent de cohérence horizontale ou verticale.</li> </ul>

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les réalisations d'évaluations fiables et systématiques des enseignements d'autres établissements.</li><li>• Les enseignants experts comme des plus-values aux réflexions d'évolution des programmes.</li><li>• Les collaborations extérieures notamment dans le cadre des alliances européennes comme moteur des réflexions aux évolutions des programmes.</li><li>• Les liens entre enseignants et service d'appui pédagogique.</li><li>• Le référentiel de l'ARES.</li><li>• Les fiches UE comme outil au service de l'évolution de l'approche pédagogique des programmes.</li><li>• Mise en place d'un examen clinique structuré à la fin des études pour permettre une évaluation fine des connaissances et des compétences.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des évolutions réglementaires trop fréquentes.</li><li>• Des moyens financiers insuffisants.</li><li>• L'absence d'intérêt des étudiants dans la mobilité internationale.</li></ul>

## Récapitulatif des recommandations

N°	Page	Recommandation	Étudiant-e-s	Enseignant-e-s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB
2.1	32	Entamer ou poursuivre un travail collaboratif visant à définir, pour chaque entité, la notion de qualité de l'enseignement.				
2.2	32	<p>Systématiser les dispositifs d'évaluation interne de la qualité des programmes, notamment via :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la traduction des objectifs stratégiques du niveau institutionnel en objectifs opérationnels concrets au niveau des programmes au travers d'une procédure de suivi standardisée et systématisée des plans facultaires afin d'en favoriser l'efficacité ;</li> <li>- l'utilisation d'indicateurs clés basés sur les plans stratégiques pour suivre les résultats des actions développées ;</li> <li>- la systématisation des processus ;</li> <li>- l'optimisation des outils (qualité des données) ;</li> <li>- la planification et l'exécution des actions sur la base de données vérifiées des résultats (clôture des boucles PDCA) ;</li> <li>- le retour systématique d'informations aux parties prenantes ;</li> <li>- l'optimisation de la communication à l'ensemble des parties concernées.</li> </ul>				
2.3	32	<p>Réviser les modes de fonctionnements des commissions de programmes/conseils d'études, notamment concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leur organisation : la fréquence des réunions, les ordres du jour (afin de faciliter le dialogue entre parties prenantes) et la réduction du taux d'absentéisme des enseignants et des étudiants et de facilitation de la participation des étudiants au travers des délégués d'amphis et/ou en cooptant certains étudiants comme cela se fait dans certaines facultés de médecine ;</li> <li>- le développement de leurs responsabilités et activités notamment en matière d'innovations pédagogiques afin de faciliter le transfert des innovations d'une spécialité à une autre ;</li> <li>- leur composition : il semblerait également utile d'ouvrir ce collège à quelques enseignants extérieurs afin qu'ils apportent un autre regard et partagent leurs expériences ;</li> <li>- leur dynamique : il paraît utile au comité d'accorder plus de place au dialogue avec les étudiants et à leurs propositions.</li> </ul>				

N°	Page	Recommandation	Étudiant·e·s	Enseignant·e·s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB
2.4	32	Stimuler davantage l'esprit d'équipe en facilitant les interactions entre les communautés enseignantes, mais aussi entre enseignants et étudiants notamment dans le cadre de projets partagés, en prenant en compte la liberté académique qui dans certains cas limite l'évolution des programmes.				
2.5	32	Réduire le nombre de canaux de communication interne et s'assurer que la communication soit correctement reçue par les étudiants.				
2.6	32	Inclure dans les questionnaires d'EEE des questions spécifiques adaptées aux différentes activités d'apprentissage dans le programme médical.				
2.7	32	Identifier les causes conduisant au faible taux de candidatures des étudiants dans les organes de gouvernance et envisager les actions visant à faciliter leur représentation dans ces instances.				
2.8	32	Développer des outils de suivi des actions entreprises et de documentation de la démarche qualité.				
3.1	41	Mettre en œuvre des mesures de valorisation de la médecine générale, de la médecine sociale et de la médecine en santé publique afin que cela puisse couvrir les besoins de la société.				
3.2	41	Renforcer les consultations interuniversitaires sur le lien entre les évolutions des soins de santé (pédiatrie, gériatrie, psychiatrie...) et la programmation des programmes en médecine.				
3.3	41	Poursuivre le développement des outils numériques et maintenir l'enregistrement des cours notamment pour les étudiants en situations particulières (longues distances à parcourir, nécessité de combiner études et travail, charge de famille, etc.).				
3.4	41	Confier la responsabilité ultime de la garantie de la pertinence du programme d'études aux commissions de programme/conseil d'études en étroite concertation avec les responsables des différents cours.				
3.5	41	Mettre en place un mécanisme systématique d'évaluation de la pertinence du contenu des différents cours, tout en s'assurant que la charge du programme n'est pas trop lourde.				
3.6	41	Renforcer la coordination entre les enseignants au niveau du programme.				

N°	Page	Recommandation	Étudiant·e·s	Enseignant·e·s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB
3.7	41	Favoriser la mobilité internationale notamment au niveau bachelier et poursuivre le développement international notamment dans le cadre des alliances d'universités européennes pour les institutions impliquées.				
4.1	49	Décliner, pour chaque programme, une matrice pédagogique reprenant chaque UE et le référentiel de compétences de l'ARES en identifiant pour les parties prenantes comment les UE contribuent à développer les compétences finales visées par le référentiel. Le comité considère que cet outil permet de disposer pour chacune des parties une vision claire de l'obtention des diplômes de sortie.				
4.2	49	Renforcer la communication autour des fiches UE pour qu'elles soient un outil de meilleure compréhension des acquis d'apprentissage visés par chaque UE. Assurer, au sein de chaque cours, une description des acquis d'apprentissage principaux visés par le cours. Il pourrait être utile de montrer aux étudiants, grâce à la fiche ECTS, l'importance de ces acquis d'apprentissage dans le domaine concerné				
4.3	49	Examiner de plus près quelles connaissances un médecin doit avoir pour continuer à étudier de manière autonome dans l'une des spécialités et quelles compétences sont nécessaires pour pouvoir travailler de manière autonome en clinique en ayant la possibilité/la capacité de poursuivre sa formation continue				
4.4	49	Poursuivre la « médicalisation » du bachelier pour engager plus activement encore les étudiants dans leur apprentissage.				
4.5	49	Proposer un enseignement plus actif, visant l'intégration des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être, pour que les étudiants puissent atteindre les compétences leur permettant de donner des soins individualisés complets et de qualité. Réduire la part d'enseignements ex cathedra.				
4.6	49	Avec le temps, faire évoluer les programmes vers une meilleure intégration verticale et horizontale. L'intégration entre les matières de base et les matières cliniques est nécessaire aussi bien en bachelier qu'en master. Particulièrement en master, le rappel des notions fondamentales gagnerait à être fait.				

N°	Page	Recommandation	Étudiant·e·s	Enseignant·e·s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB
4.7	49	Renforcer la coopération entre les différentes spécialités médicales afin que les étudiants intègrent les sujets davantage en fonction des questions pratiques posées par les patients dans les soins de santé et moins à partir des connaissances théoriques des différentes spécialités.				
4.8	49	Développer des axes d'intégration au fil des années, par exemple pour le raisonnement clinique, les compétences, la formation clinique, les enseignements pluridisciplinaires, les comportements et les pratiques professionnels, etc.				
4.9	49	Pour les stages, instaurer des sessions interactives en petits groupes au départ pour mieux préparer les étudiants au stage ( <i>just in time learning</i> ) et ensuite une courte période de connaissances plus théoriques visant à vérifier ce qui est connu des étudiants et identifier les lacunes.				
4.10	50	Optimiser l'environnement d'apprentissage dans les hôpitaux pour les étudiants de master.				
4.11	50	Mettre au point un portfolio en soutien à cet apprentissage des compétences.				
4.12	50	Conclure des conventions favorisant la formation des étudiants avec les réseaux des hôpitaux avec lesquels les facultés travaillent. La formation pour fournir une rétroaction adéquate et ciblée est également cruciale, tout comme l'investissement en temps des personnels des hôpitaux où les soins aux patients sont prioritaires et le temps à passer à former les étudiants plutôt limité.				
4.13	50	Prêter attention au processus d'apprentissage primaire : avec des tâches répétitives et supervisées par les étudiants comme la rédaction d'observations. Mais aussi renforcer l'encadrement des maîtres de stages en indiquant régulièrement ce qu'ils observent et ce que les étudiants peuvent et ne peuvent pas réaliser. L'utilisation systématique d'Évaluations Cliniques Courtes (CQ) et d'un journal de bord clinique apparaissent au comité de bons outils pour cela.				
4.14	50	Au niveau des commissions de programmes/conseil d'études, davantage orienter et coordonner la transition pédagogique selon les règles de l'EBM afin de répondre aux standards internationaux. Des choix doivent être faits en ce qui concerne la vision pédagogique de l'établissement.				

N°	Page	Recommandation	Étudiant·e·s	Enseignant·e·s	Autorités académiques	ARES et Gouvernement de la FWB
4.15	50	Au niveau des concepteurs du programme, mettre en place un processus de construction/d'évolution du programme partagé avec les responsables d'enseignement, ce qui permet la prise en compte des compétences essentielles transversales partagées entre les matières. Pour ce faire, un protocole didactique sera établi pour chaque tâche permettant à l'étudiant de comprendre comment il doit effectuer la tâche en question, mais aussi d'évaluer si la compétence recherchée est acquise ou non lui permettant ainsi d'indiquer ce qu'il a appris en effectuant la tâche et comment celle-ci lui a permis de progresser dans son travail.. A cette fin, chaque unité de cours formulera un ensemble d'objectifs d'apprentissage qui, ensemble, garantiront que les compétences attendues sont bien atteintes.				
4.16	50	Créer un cadastre des activités d'apprentissage afin que les liens entre les différentes activités pédagogiques deviennent plus clairs et qu'un équilibre entre ces activités puisse être apporté.				
4.17	50	Dresser un cadastre des évaluations et veiller à ce que chaque UE soient alignées entre elles et sur les acquis d'apprentissage pour s'assurer que le niveau final visé est bel et bien atteint par les étudiants. L'accompagnement des services centraux de l'université dans cette transition est recommandé, car les facultés pourront alors s'appuyer sur leur expertise en pédagogie.				
5.1	53	Reconsidérer les ressources financières des institutions afin de les amener à un niveau proche du niveau européen pour maintenir la qualité des enseignements au niveau souhaité				
5.2	53	Développer les activités d'aide à la réussite, afin d'assurer une acquisition plus rapide des compétences, limiter la durée des études et former plus rapidement les jeunes médecins.				
5.3	53	Développer les savoir-faire autour d'« apprendre à étudier » afin de limiter les taux d'échec et permettre aux étudiants d'acquérir les techniques qui leur seront utiles pour leur formation continue tout au long de leur carrière.				
5.4	53	Développer et accompagner l'accès aux études médicales des étudiants présentant des besoins spécifiques.				



**Agence pour l'Évaluation de la Qualité  
de l'Enseignement Supérieur**

Avenue du Port, 16  
Bureau OP08  
B-1080 Bruxelles  
[www.aeqes.be](http://www.aeqes.be)

Éditrice responsable : C. Duykaerts  
Novembre 2022