

## SP 01 Politiques, systèmes et professions de santé

*Réjean Hébert*

Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, Québec, Canada  
Contact : [Rejean.Hebert@USherbrooke.ca](mailto:Rejean.Hebert@USherbrooke.ca)

Le vieillissement de la population dans les pays industrialisés entraînera une prépondérance des maladies chroniques nécessitant des soins continus à long terme visant le soutien de l'autonomie des personnes. Les systèmes de santé hospitalo-centriques actuels devront se recentrer autour du domicile des personnes, d'où l'importance d'une première ligne efficace de soins à domicile, accessibles et suffisants. Pour ce faire, des investissements majeurs dans les soins à domicile et le soutien à l'autonomie sont nécessaires par la mise en place de caisses spécifiques pour couvrir ce nouveau risque que constitue le handicap. Si l'assurance santé a représenté l'innovation sociale du XX<sup>e</sup> siècle, l'assurance autonomie constituera sans doute celle du XXI<sup>e</sup> siècle. Dans un système de santé centré autour des personnes vivant à domicile avec des maladies chroniques, l'intégration des services est indispensable avec l'apparition de nouveaux rôles professionnels (gestionnaire de cas) et de nouveaux modes de communication (dossier clinique informatisé). La complexité des problèmes liés aux maladies chroniques et aux malades âgés rend obligatoire une formation adéquate des intervenants et des pratiques efficaces de collaboration interprofessionnelle. Les pénuries actuelles et anticipées de personnel en santé obligent à un réexamen du partage des compétences professionnelles ainsi que l'exploitation optimale des expertises et expériences par l'adaptation des conditions de travail du personnel senior et la mise en place de retraites plus progressives. Enfin, un système de santé à financement public demeure la réponse la plus pertinente et efficiente à une population vieillissante.

## SP 04 Université, partenaire du système de santé

*Aurel Schofield<sup>1</sup>, Daniel Bourgeois<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Doyen associé et Directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, Pavillon J.-Raymond Frenette, Université de Moncton, E1A 3E9 Moncton, Nouveau-Brunswick, Canada

<sup>2</sup> Directeur Institut Beaubassin, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

La province du Nouveau-Brunswick (N.-B.), au Canada, était jusqu'en 2006 l'une des deux provinces canadiennes qui n'avait pas de faculté de médecine sur son territoire. Elle offre par contre un système d'éducation primaire, secondaire et post-secondaire en français, ce dernier échelon étant sous la responsabilité de la seule université francophone de la province, l'université de Moncton.

La formation médicale francophone au N.-B. est dispensée depuis le début des années 80 grâce à un programme de stages cliniques affilié principalement à la faculté de médecine des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke, située dans la province voisine. Ce partenariat de longue date a été le tremplin pour la création en 2006 du centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB). Ce centre est entièrement dédié à former les étudiants francophones minoritaires de langue française de cette province. La qualité du programme est assurée par une structure de gestion académique locale, bien arrimée à celle de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke. L'université de Moncton, en tant que partenaire universitaire local, accueille les infrastructures physiques et technologiques, les services aux étudiants, tels que bibliothèque et le centre sportif, le support à la vie étudiante et un certain nombre de son corps professoral. Le tout est géré par un comité représentant les partenaires universitaires, le gouvernement du N.-B., la direction du CFMNB et la régie régionale de la santé.

En plus, le CFMNB s'est doté d'une équipe d'experts en développement communautaire, qui, selon l'approche « Vers l'Unité pour la Santé », a rallié dans une démarche participative les principaux partenaires du domaine de la santé inclusive de la communauté afin de définir ensemble les objectifs de succès du CFMNB.

Cette approche innovatrice arrime, dans un plan stratégique, à la fois les stratégies académiques et communautaires dans une vision commune et concertée. Le CFMNB agit donc comme un moteur d'innovation sur le système de santé et sur les institutions ainsi que sur le développement social de sa communauté. La participation active de celle-ci a contribué à lui apporter une saveur et une direction toute particulière, en lien avec les besoins de la communauté francophone.

## SP 05

**Formations adaptées aux besoins en santé des pays : cas de l'Afrique noire**

*Meïssa Touré, Anta Tal Dia*

Service de Pédagogie, Audiovisuel et Multimédia  
Service de Médecine préventive et Santé publique  
Faculté de médecine et de pharmacie, BP 5174 12522  
Dakar Fann, Sénégal  
Contact : [mtoure@ised.sn](mailto:mtoure@ised.sn)

Le continent africain supporte 25 % du poids de la maladie dans le monde. Il ne possède cependant que 3 % des personnels de santé dans le monde et ne représente que 1 % des dépenses de santé mondiale. Le déficit en ressources humaines en santé, toutes catégories confondues, est quatre millions dans le monde dont un million pour l'Afrique sub-saharienne. De nombreuses causes peuvent expliquer en partie ce déficit :

- une absence ou une insuffisance de planification des besoins en ressources humaines ;
- des formations initiales et/ou continues non adaptées aux besoins de santé des populations africaines ;
- un gel des recrutements imposé par les institutions financières internationales ;
- des cadres de travail et/ou de formation ne répondant pas aux attentes des personnels et aux contenus des formations.

Les auteurs font l'état des lieux des problèmes liés à l'inadéquation entre les formations existantes et les besoins réels en santé et proposent des pistes de réflexion vers un changement axé en partie sur :

- le recours plus fréquent aux outils de planification, tant au niveau national que sous-régional et régional ;
- la révision et l'harmonisation au niveau régional des curricula de formation ;
- l'évaluation et l'accréditation des institutions et des programmes de formation de ressources humaines en santé pour une carte subsaharienne de ces institutions de formation ;
- l'adaptation des formations des catégories de ressources humaines en santé aux besoins réels des pays.

Des initiatives en cours dans la région subsaharienne d'Afrique laissent penser que tout n'est pas perdu.

## SP 06

**D'une liste de compétences à un programme de formation**

*Charles Bader*

Faculté de médecine, Université de Genève, 1 rue  
Michel-Servet, CH-1211 Genève 4, Suisse  
Contact : [charles.bader@unige.ch](mailto:charles.bader@unige.ch)

Des changements considérables ont eu lieu dans l'enseignement aux étudiants en médecine et dans l'organisation du pilotage des études de médecine en Suisse. Les questions qui se posaient au début des années 1990 étaient : formons-nous nos étudiants à s'adapter continuellement et de façon autonome ? Sauront-ils évoluer avec la société et faire face à un flux d'informations de disciplines très différentes et dont certaines ne sont actuellement pas encore connues ? Ces futurs médecins devront être capables d'extraire, de façon autonome, l'essentiel des informations qui les concernent pour résoudre les problèmes de santé de leurs patients et de la société. Ils devront être encore plus attentifs que par le passé à l'établissement d'une relation de confiance avec des patients de mieux en mieux informés. Il se trouve que c'est à Genève que le besoin de changer en profondeur les études de médecine s'est fait ressentir en premier et, dès 1995, un modèle spécial d'enseignement et d'examen à la Faculté de médecine de Genève a été développé. Les facultés de médecine suisses ont développé des réformes différentes selon les possibilités locales mais toutes ont opté pour une exposition précoce de leurs étudiants à des compétences cliniques et relationnelles. La faculté de Berne a commencé en 1996, celle de Bâle en 1998, celles de Lausanne et Zürich en 2004.

L'initiation de ces différentes réformes a déclenché l'élaboration d'une nouvelle loi sur les formations médicales (révision de la loi de 1877 !). Une trop grande autonomie des facultés faisait peur aux responsables politiques : Comment garantirait-on une qualité uniforme ? Une façon d'y parvenir a été l'introduction d'un système externe de contrôle de qualité, basé sur trois piliers : 1) un catalogue des objectifs unifiés de la formation médicale prégraduée, 2) un examen fédéral commun pour l'obtention du diplôme fédéral de médecin, basé sur ce catalogue, 3) l'accréditation des filières médicales, faisant appel à des experts internationaux et basée sur les standards de la *World Federation for Medical Education*. Notons que dans la foulée, les facultés de médecine suisses ont toutes adapté leurs filières selon le modèle *Bachelor/Master*. Il n'est pas exagéré de dire que les facultés de médecine suisses ont été exemplaires en réalisant des changements majeurs, sur les plans structurel et pédagogique. Ces développements n'ont été possibles que grâce à la mise en place d'une remarquable solidarité nationale, qui s'est établie au niveau des instances fédérales de pilotage des études de médecine, la commission interfacultés médicale suisse (CIMS) et le comité directeur des examens fédéraux ainsi que les décanats des facultés de médecine et les rectorats des universités suisses.

## SP 07

## Le processus de Bologne, une opportunité pour améliorer la finalité de l'éducation médicale

Madalena Patricio

Présidente, *Association for Medical Education in Europe* (AMEE)

Contact : [patricio@fm.ul.pt](mailto:patricio@fm.ul.pt)

**Contexte et problématique** : En 1999 les ministres de l'Union Européenne ont signé un accord visant à harmoniser les dispositifs d'enseignement supérieur en Europe à partir de 2010. À cette fin, six objectifs ont été formulés : 1) adoption d'un système de grades académiques facilement identifiables et comparables ; 2) mise en place d'un dispositif fondé essentiellement sur deux cycles (licence, master) ; 3) mise en place d'un système commun de crédits accumulables et échangeables ; 4) promotion de la mobilité des étudiants, des enseignants et des chercheurs ; 5) coopération en matière d'assurance de la qualité ; 6) promotion de la dimension européenne de l'enseignement supérieur.

Au cours des années suivantes, ces objectifs ont été graduellement précisés et redéfinis dans le cadre du processus de Bologne. À l'issue de la dernière conférence ministérielle de Louvain la Neuve (avril 2009), les actions directrices suivantes ont été définies : 1) accent mis sur la démarche d'assurance-qualité ; 2) effort en faveur d'une transparence des *curricula* pour faciliter la mobilité et l'employabilité ; 3) centration sur l'étudiant avec des itinéraires individuels plus flexibles ; 4) promotion de l'apprentissage tout au long de la vie comme priorité ; 5) développement d'un modèle en trois cycles avec des finalités d'apprentissage spécifiées pour chaque cycle.

L'une des principales controverses suscitées, notamment dans le champ de l'éducation médicale, concerne la mise sur pied d'un système essentiellement articulé en trois cycles et l'introduction du modèle licence-master comme préalable à la professionnalisation.

La communauté médicale européenne va devoir prendre position à l'égard du processus de Bologne. Plusieurs options sont possibles entre deux attitudes opposées : d'un côté, la médecine pourrait choisir de s'exclure du processus de Bologne en l'ignorant ; de l'autre, la médecine pourrait s'engager dans le processus de Bologne, y compris en adoptant son modèle à trois cycles, en saisissant parallèlement cette opportunité pour refonder ses *curricula* et redéfinir les finalités de chaque cycle en termes d'apprentissages visés.

**État des lieux** : L'objectif de la présentation est de discuter les arguments retenus par l'AMEE pour soutenir le processus de Bologne, en considérant qu'il représente une opportunité privilégiée pour refonder les *curricula* au sein des facultés de médecine, en développant des stratégies éducationnelles adaptées aux exigences et aux défis de l'éducation médicale contemporaine. Sur la base des résultats de l'enquête réactualisée conduite dans le cadre du partenariat AMEE/MEDINE2 Update, nous comparerons les transformations respectives effectuées au sein des pays européens dans le cadre du processus. Considérant qu'il est nécessaire de clarifier les objectifs du processus de Bologne, nous présenterons la nouvelle initiative MedEdWorld développée en ligne par l'AMEE ([www.mededworld.com](http://www.mededworld.com)) comme un moyen original et exemplaire pour faciliter le dialogue entre les différentes facultés de médecine.

Les réponses apportées ne sont pas univoques mais il apparaît que peu de pays ont choisi d'implanter le modèle à deux cycles, bien qu'il y ait un soutien global envers le processus de Bologne. Les défis à relever, les bénéfices à attendre, les difficultés à anticiper et les leçons à retenir à partir de l'expérience des facultés qui se sont engagées dans le processus seront présentées.

La communauté européenne en éducation médicale a semblé très hésitante à se transformer. Les évolutions se mettent en place à des degrés divers qui vont d'un immobilisme confinant à une quasi ignorance du processus de Bologne jusqu'à une implantation complète du dispositif.

L'AMEE considère qu'il y a un risque potentiel pour la communauté médicale à ignorer le processus de Bologne, qui est une exigence réglementaire opposable au sein des 46 pays du processus de Bologne. L'AMEE est également convaincue qu'une intégration verticale du curriculum est possible au sein d'un curriculum pré-gradué à deux cycles, selon le modèle du curriculum en spirale (Harden and Stamper 1999).